

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

На правах рукописи

КРЮЧКОВА МАРИНА НИКОЛАЕВНА

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРОСТАТИЧЕСКОГО
ВАРИАНТА СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ**

14.01.06 - психиатрия (медицинские науки)

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент

СОЛДАТКИН ВИКТОР АЛЕКСАНДРОВИЧ

Ростов-на-Дону – 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	12
1.1. Хроническая боль: определение, классификация хронической боли, патофизиологические механизмы.....	12
1.2. Синдром хронической тазовой боли	13
1.3. Простатический вариант СХТБ и психопатология.....	17
1.3.1. Депрессивный и тревожный синдромы.....	18
1.3.2. Сенесто-ипохондрический синдром	21
1.3.3. Истерический синдром.....	23
1.3.4. Злоупотребление психоактивными веществами	24
1.3.5. Сексуальная дисфункция	24
1.4. Психологические особенности больных СХТБ/ХАП.....	26
1.5. Концепции патогенеза хронической боли	27
1.6. Проблемы терапии.....	31
1.6.1. Лекарственная терапия.....	31
1.6.2. Психотерапия	35
1.6.3. Комплексная терапия.....	35
1.6.4. Резюме	36
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	37
2.1. Дизайн исследования	37
2.2. Методы исследования	41
2.2.1. Клинико-психопатологический метод.....	41
2.2.2. Оценка боли.....	43
2.2.3. Психометрические шкалы.....	44
2.2.4. Оценка сексуальной функции и урологической симптоматики	45
2.2.5. Определение серотонина крови и катехоламинов мочи.....	45
2.2.6. Методы статистического анализа.....	47
2.3. Материалы исследования	48
2.4. Социально-демографические характеристики	50
2.5. Резюме	54
ГЛАВА 3. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ.....	56
3.1. Преморбидные особенности пациентов.....	56
3.2. Характеристика болевых ощущений у больных СХТБ/ХАП	65
3.3. Характеристика психопатологической симптоматики при СХТБ/ХАП	77

3.4 Характеристика урологической симптоматики и сексуальной дисфункции у больных СХТБ/ХАП	82
3.5 Соотношение психопатологии и других симптомов в структуре СХТБ/ХАП	88
3.6 Резюме	89
ГЛАВА 4 РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	94
4.1 Характеристика внимания	94
4.2 Характеристика памяти.....	95
4.3 Характеристики мышления	96
4.4 Характеристика черт личности и акцентуации	96
4.5 Оценка качества жизни и общего функционирования больных СХТБ/ХАП	103
4.6 Резюме	107
ГЛАВА 5 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ УРОВНЯ СЕРОТОНИНА КРОВИ И СУТОЧНОЙ ЭКСКРЕЦИИ КАТЕХОЛАМИНОВ МОЧИ.....	109
5.1 Уровни серотонина и катехоламинов мочи	109
5.2 Резюме	111
ГЛАВА 6 РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ.....	112
6.1 Принципы терапии	112
6.2 Результаты терапии	115
6.3 Резюме	136
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	137
ВЫВОДЫ	161
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	163
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	165

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

БАР – биполярное аффективное расстройство

ВАШ боли – визуальная аналоговая шкала боли

ГМ – головной мозг

ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство

ПАВ – психоактивные вещества

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство

ПФТ - психофармакотерапия

ПЭ – преждевременная эякуляция

РДР – рекуррентное депрессивное расстройство

СНМП – симптомы нижних мочевых путей

СХБ – синдром хронической боли

СХТБ – синдром хронической тазовой боли

СХТБ/ХАП III – синдром хронической тазовой боли, ассоциированный с
хроническим абактериальным простатитом

СХТБ/ХАП IIIА – синдром хронической тазовой боли, ассоциированный с
хроническим абактериальным простатитом, воспалительный
вариант

СХТБ/ХАП IIIБ – синдром хронической тазовой боли, ассоциированный с
хроническим абактериальным простатитом,
невоспалительный вариант

ХБ – хроническая боль

ЭД – эректильная дисфункция

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы

Несмотря на успехи современной медицины, в настоящее время сохраняется большое количество больных, страдающих упорной, изнуряющей тазовой болью, которая является настолько мучительной, что выражено нарушает качество жизни пациентов - сопоставимо с инфарктом миокарда, ишемической болезнью сердца и болезнью Крона [118, 186]. Только у 5-10% из них имеющуюся боль можно объяснить наличием урологического или неврологического заболевания [2], у остальных больных даже скрупулезное обследование тончайшими методами диагностики не выявляет какой-либо органической патологии (ни инфекционного, ни воспалительного, ни опухолевого, ни неврологического генеза) [118, 186, 172].

В соответствии с системой органов, в которой наблюдается тазовая боль, различают урологический, аноректальный, неврологический и мышечный варианты синдрома хронической тазовой боли (СХТБ). Большое внимание в научной литературе уделяется урологическому СХТБ, его простатическому варианту, который обозначают также как абактериальный хронический простатит (ХАП) и подразделяют на абактериальный воспалительный и абактериальный невоспалительный простатит. Для простатического варианта СХТБ (СХТБ/ХАП) характерна персистирующая или рецидивирующая боль в области простаты, ассоциированная с симптомами нарушения мочевых путей (СНМП) и эректильной дисфункцией (ЭД) [3, 119, 261].

Простатическим вариантом СХТБ страдают миллионы мужчин – от 4,5% [172] до 9-12% в популяции [186, 172] с частотой рецидивов до 50% [172] и, зачастую, различные существующие схемы терапии не могут облегчить их страданий [119, 186, 172].

В современной литературе приводится все больше доказательств высокой частоты встречаемости психических расстройств у больных с простатическим

вариантом СХТБ, которые выявляются у них чаще, чем в здоровом контроле [186]. В исследовательских работах [68, 78] описываются признаки депрессии, сопутствующей этому недугу, а также тревога практически у трети больных – до 37%, в некоторых исследованиях до 60%; нарушения сна, патологическая фиксация на своем самочувствии, признаки ипохондрии и истерии, расстройств личности [78, 181]. Выявлено, что пациенты с простатическим вариантом СХТБ принимают большее количество препаратов от тревоги, депрессии или стресса [186].

Тесное сосуществование хронической боли (ХБ) и депрессии объясняет нейробиологическая гипотеза, в свете которой боль, вызванная психическим расстройством, хотя и не имеет болезненного стимула, но является сигналом угрозы для организма и, как боль физическая, запускает нейронные механизмы ответа. Доказано [10], что ноцицептивный путь для «психологической боли» схож с путями, участвующими в обработке аффективного компонента физической боли, что подтверждает тесную связь ХБ и депрессии. Данную связь также можно объяснить общими для боли и депрессии нейротрансмиттерами: при депрессии наблюдается дефицит серотонина, норадреналина и дофамина; в тоже время установлена роль серотонин- и норадреналинергических нейронов в передаче болевых импульсов. Нарушение в одной из систем влечет расстройства в другой, что приводит к сочетанному развитию болевого синдрома и депрессии. Поэтому если при боли и депрессии имеются недостатки одних и тех же медиаторов, то можно предположить, что их коррекция может привести к успеху в лечении ХБ. Что подтверждается эффективностью трициклических антидепрессантов, ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина в лечении хронического болевого синдрома, в том числе простатического варианта СХТБ [10, 181, 186].

Степень разработанности темы

Несмотря на то, что проблеме простатического варианта СХТБ уделяется большое внимание уже несколько десятилетий, она далека от разрешения.

Не разработаны простые и эффективные скрининговые методики выявления

тесно сосуществующих простатического варианта СХТБ и психических расстройств. Так, Karen Cocksedge В.А. и др. [186], проведя обширный поиск литературы в базах данных за период времени с 1946 по 2018 гг. на предмет скрининговых методик для выявления коморбидности депрессии и ХБ, обнаружили 43 статьи по теме, ни в одной из которых не были предложены комбинированные обобщенные инструменты скрининга депрессии и сопутствующей ей ХБ и простатического варианта СХТБ в частности [186].

Большую часть статей по проблематике простатического варианта СХТБ трудно рассматривать как доказательные из-за широких критериев включения пациентов в исследования, малого размера выборки, установления психиатрического диагноза только на основании результатов опросников без клинического подтверждения; констатации выявленных при простатическом варианте СХТБ только отдельных симптомов, таких, как тревога, канцерофобия, инсомния, разнообразных сексуальных нарушений, рассматривающихся как моносимптомы, а не в рамках синдрома и заболевания, что противоречит парадигме клинической психиатрии. Часто обнаруживаются недостатки в измерительном инструментарии – тот или иной фактор оценивается лишь по нескольким параметрам применяемой шкалы. Зачастую в исследованиях приводятся общие рекомендации по применению антидепрессантов, транквилизаторов без предложения схем терапии.

Также все чаще в возникновении и поддержании простатического варианта СХТБ придается роль психосоциальным факторам, таким, как катастрофизация больными своего состояния, болевое поведение, личностные особенности больных [186].

На основании вышеизложенного представляется обоснованным выполнение собственного исследования, посвященного доказательному выявлению психопатологии при простатическом варианте СХТБ, ее нозологическому типированию, патогенетическому осмыслению с предложением алгоритма комплексной терапии, что определило цели и задачи настоящего исследования.

Цель исследования

Совершенствование диагностики и терапии простатического варианта синдрома хронической тазовой боли.

Задачи исследования

1. Выявить и типировать психические расстройства у больных, страдающих простатическим вариантом СХТБ.
2. Изучить психологические особенности у больных, страдающих простатическим вариантом СХТБ.
3. Изучить состояние серотониновой и катехоламиновой систем у больных, страдающих простатическим вариантом СХТБ.
4. Интегрировав полученные данные, предложить рекомендации по комплексной диагностике и терапии простатического варианта СХТБ.

Научная новизна

При реализации плана исследования получены новые данные о значимых психолого-психиатрических особенностях у страдающих простатическим вариантом СХТБ, которые в совокупности с результатами оценки корригирующих мероприятий имеют потенциал увеличения эффективности помощи больным.

Описаны симптомы, структура синдромов выявленных расстройств, телесные сенсации, характерные для простатического варианта СХТБ. Впервые проанализированы в сравнительном плане психические нарушения в группах воспалительного и невоспалительного вариантов простатического СХТБ.

Уточнены психологические характеристики мужчин, страдающих простатическим вариантом СХТБ. Выявлены и типированы типы акцентуации личности и характера в сравниваемых группах. Проанализированы выявленные алекситимия, катастрофизация, поведение избегания как психологические характеристики у больных сравниваемых групп воспалительного и невоспалительного вариантов простатического варианта СХТБ.

Впервые выявлены особенности серотониновой и катехоламиновой систем, проведено их сравнение в группах воспалительного и невоспалительного вариантов простатического варианта СХТБ.

Предложен алгоритм, конкретизирующий выбор психофармакотерапии, доказана его достаточная эффективность.

Практическая значимость работы

Результаты исследования могут быть использованы в клинической психиатрии, психосоматике, урологии, семейной медицине для совершенствования диагностики и лечения простатического варианта СХТБ, пограничных психических расстройств и увеличения эффективности помощи при данной патологии.

Полученные данные дополняют теоретические представления психиатрии о закономерностях формирования психопатологии, ассоциированной с хроническими болевыми синдромами.

Степень достоверности результатов исследования

Достоверность результатов исследования обеспечена использованием комплекса валидных клинических, психометрических и биохимических методов, соответствующих поставленной цели и задачам исследования, корректным применением современных статистических методов обработки данных.

Положения, выносимые на защиту

1. СХТБ/ХАП - синдром, тесно ассоциированный с психопатологией. Психопатологические синдромы, выявленные при простатическом варианте СХТБ представлены депрессивно-сенестоипохондрическим синдромом и сенесто-ипохондрическим синдромом.
2. Психические расстройства при СХТБ/ХАП представлены: депрессивным эпизодом, устойчивым соматоформным болевым расстройством, рекуррентным депрессивным расстройством, биполярным аффективным расстройством. Установлена статистически значимая связь между продолжительностью персистирования боли и продолжительностью психического расстройства у больных СХТБ/ХАП.
3. Для мужчин, страдающих СХТБ/ХАП, характерны акцентуация характера по застревающему типу, алекситимия, катастрофизация и поведение избегания.
4. У больных, страдающих СХТБ/ХАП, имеет место дисбаланс

нейромедиаторных систем (серотониновой и катехоламиновой). Нарушения в системе катехоламиновой нейротрансмиссии состоят в снижении суточной экскреции адреналина, норадреналина и дофамина. Для больных, страдающих простатическим вариантом СХТБ, воспалительный вариант, характерно значимое снижение уровня серотонина крови.

5. Лечебный подход, основанный на клинико-патогенетической оценке состояния, предусматривающий активное выявление психопатологических проявлений и оценку характеристик систем нейромедиации, включающий психофармакотерапию и психотерапию, оказался эффективным.

Внедрение результатов исследований в практику

Результаты исследования применяются в педагогической работе кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии и кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии НИУ «БелГУ», в лечебной работе ростовского филиала ГУЗ ПНД РО. Результаты исследования применялись при выполнении государственного задания РостГМУ на тему «Синдром хронической тазовой боли у мужчин» (№ государственной регистрации: АААА-А18-1180130902081).

Апробация работы

Результаты исследования докладывались на Всероссийской конференции психосоматической медицины (Краснодар, 2016), XII Всероссийской школе урологов (Ростов-на-Дону, 2016), XXIII Всероссийской школе боли (Ростов-на-Дону, 2017), итоговых сессиях молодых ученых РостГМУ (2016, 2017, 2018), Всероссийских научно-практических конференциях психиатров (Ростов-на-Дону, 2017, 2018), областных клинических конференциях кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России (Ростов-на-Дону, 2017, 2018, 2020), международных конференциях (Ташкент 2019, 2020 г, Самарканд, 2019).

Личный вклад автора

Автором самостоятельно выполнено клиническое психопатологическое обследование всех участников исследования; описаны симптомы, структура психопатологических синдромов, проведено их нозологическое типирование. В соавторстве разработан патент: «Способ выбора тактики лечения синдрома хронической тазовой боли», патент РФ № 2692644 (опубликован 25.06.2019). Проведены анализы динамики заболевания на фоне терапии, сделаны выводы, даны практические рекомендации.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 20 научных работ, из них 5 статей в научных журналах и изданиях, включенных в перечень рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК для публикации основных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, глава в учебнике «Психиатрия. Ростовская научно-педагогическая школа», глава в учебнике «Пограничная психиатрия и психосоматика», монография в соавторстве «Простатит и заболевания-имитаторы. Клинические разборы».

Структура и объем работы

Диссертация изложена на 186 страницах машинописного текста и состоит из введения, 6-ти глав, выводов, практических рекомендаций. Список литературы включает 221 источник, из них 41 – отечественных и 180 иностранных. Работа иллюстрирована 61 таблицей и 28 рисунками.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Величайшее зло - физическая боль...

Святой Августин (354–430)

Боль - скупость, худшее из зол

и чрезмерное, опрокидывает все терпение...

Д. Мильтон (1608–1674),

«Потерянный рай»

1.1. Хроническая боль: определение, классификация хронической боли, патофизиологические механизмы

Дисфункциональная хроническая боль возникает без какого-либо органического поражения, в том числе нервной системы, вне активации как периферических, так и центральных ноцицепторов [10, 20]. Считается, что дисфункциональная боль возникает вследствие нарушения функции противоболевых систем головного мозга (нисходящих норадренергических и серотониновых), в результате чего обычные неболевые стимулы начинают восприниматься как боль, но при этом не удается вывить клинически значимой органической причины боли, либо же имеющееся органическое поражение не объясняет ее длительность, стойкость и интенсивность.

Таким образом дисфункциональная боль имеет биологическую основу – нарушение регуляции нейромедиаторных систем [10].

Возникновению дисфункциональной боли также способствуют стресс, психологические и психопатологические факторы [10, 20, 41], поэтому данный вид боли исторически обозначают как психогенную, подчеркивая тем самым важность и ведущую роль именно психологических и психопатологических факторов в ее возникновении [10].

При дисфункциональной боли главными патофизиологическими механизмами являются дезингибция - недостаточность нисходящих

антиноцицептивных влияний и центральная сенситизация - гипервозбудимость центральных сенсорных нейронов [10, 131]. Предполагается, что вследствие воздействия стресса, нейрогуморальных, иммунных факторов возникает недостаточность нисходящих антиноцицептивных влияний (ослабление нисходящей ингибиции), затем развивается гипервозбудимость центральных сенсорных нейронов (центральная сенситизация); данные процессы приводят к восприятию неболевых стимулов как болевых и появлению спонтанной боли без ноцицептивной стимуляции [10, 131].

Предметом нашего исследования являются пациенты с простатическим вариантом синдрома хронической тазовой боли, при котором даже скрупулезное обследование тончайшими методами диагностики не выявляет какой-либо органической патологии (ни инфекционного, ни воспалительного, ни опухолевого, ни неврологического генеза) [3, 118] и предполагается, что боль в данном случае является дисфункциональной [3, 118]. В большинстве случаев различные схемы терапии не могут облегчить страдания таких больных [3, 118], а боль при простатическом варианте СХТБ является настолько мучительной, что нарушает качество жизни пациентов сопоставимо со степенью нарушений при инфаркте миокарда, ишемической болезни сердца и болезни Крона [118].

Анализ научной литературы позволяет обоснованно предположить патогенетическую роль в развитии простатического варианта СХТБ психопатологии [78, 118, 172, 186], что согласовывается с механизмами психогенной боли и является предметом нашего обзора и изучения.

1.2. Синдром хронической тазовой боли

Синдром хронической тазовой боли – персистирующая или рецидивирующая боль в области таза [3, 6, 118]; типична, если боль не имеет четкой локализации или локализуется в трех и более областях таза (классификация Европейской ассоциации урологов) [160].

Согласно рекомендациям Международного общества по проблемам недержания мочи и классификации Международной ассоциации по изучению

болевого синдрома (IAPS), различают следующие виды синдрома хронической тазовой боли у мужчин (Таблица 1.1):

Таблица 1.1 – Виды СХТБ у мужчин

Синдром	Система органов, в которой наблюдается ХБ	Орган, в котором наблюдается ХБ	Вспомогательные характеристики
СХТБ	урологический	мочепузырный болевой синдром	тип А воспалительный абактериальный тип Б невоспалительный абактериальный
		уретральный болевой синдром	
		простатический болевой синдром	
		мошоночный болевой синдром пенильный болевой синдром	
	аноректальный	аноректальный болевой синдром	
	неврологический	например, срамной болевой синдром	
	мышечный		

Простатический вариант СХТБ представляет собой хроническую персистирующую или рецидивирующую боль в области простаты, ассоциированную с симптомами нарушения мочеиспускания (СНМП) и эректильной дисфункцией (ЭД) различной степени выраженности [3, 6, 118].

Простатическим вариантом СХТБ страдают от 4,5% [3] до 9-12% мужчин во всем мире и каждый девятый или десятый пациент обращается на прием к урологу с данной проблемой [172, 123].

Простатический вариант СХТБ принято классифицировать как III-ю категорию хронического простатита, называемую также абактериальным хроническим простатитом [3, 33, 183]:

I острый бактериальный простатит (длительность симптоматики менее 3 месяцев)

II хронический бактериальный простатит (длительность симптоматики

более 3 месяцев, при этом выявляется инфекционный фактор)

III СХТБ/ХАП (длительность симптоматики более 3 месяцев, инфекционный фактор не выявляется – абактериальный простатит)

- СХТБ/ХАП IIIА - воспалительный вариант СХТБ – лейкоциты в - семени, секрете простаты, третьей порции мочи

- СХТБ/ХАП IIIБ - отсутствие лейкоцитов в семени, секрете простаты, третьей порции мочи

IV бессимптомный воспалительный простатит (гистологический простатит) [3, 34, 183].

При СХТБ/ХАП III не выявляется бактериальный возбудитель, поэтому данное состояние обозначается как абактериальный хронический простатит и обозначается термином «синдром хронической тазовой боли, ассоциированном с хроническим абактериальным простатитом» (СХТБ/ХАП) [3].

Поскольку при СХТБ/ХАП отсутствует инфекционный агент, то в МКБ-10 данное состояние шифруется в рубрике R10.2 - боли в области таза и промежности, включая состояния, которые можно определить как «неуточненные», «неизвестной этиологии» или «преходящие», имеющие следующие диагностические признаки: а) случаи, при которых более точная диагностика была невозможна даже после изучения всех имеющихся фактических данных; б) случаи появления преходящих симптомов или признаков, причины которых невозможно было установить; в) случаи постановки предварительного диагноза, который невозможно было подтвердить из-за неявки больного для дальнейшего обследования или лечения; г) случаи направления больного в другое учреждение для обследования или лечения до постановки окончательного диагноза; д) случаи, когда более точный диагноз не был установлен по какой-либо иной причине; е) некоторые симптомы, по которым представлена дополнительная информация, сама по себе не имеющая ценности для оказания медицинской помощи [25].

Единственным специфическим симптомом СХТБ/ХАП является

локализация боли в области простаты [3]. Основные проявления СХТБ/ХАП включают боль и дискомфорт в области промежности, мочевого пузыря, яичек и пениса; симптомы нижних мочевых путей (СНМП), представленные болезненным учащенным мочеиспусканием, императивным позывом на мочеиспускание; симптомы эректильной дисфункции (ЭД) – снижение эрекции, затрудненная и/или болезненная эякуляция [3, 48]. Особенностью СХТБ/ХАП также является изменения (колебания) его степени выраженности на протяжении заболевания в виде периодов обострения, в некоторых случаях с непродолжительными (1-2 года) ремиссиями и возвращением затем стойкой симптоматики [98].

СХТБ/ХАП составляет 90-95% всех случаев хронического простатита и четверть всех обращений мужчин к урологу в целом [3, 98]. Согласно эпидемиологическим исследованиям, распространенность СХТБ/ХАП варьирует в пределах 8-20% в популяции [78, 123].

Несмотря на одинаковые проявления, воспалительная и невоспалительная формы СХТБ/ХАП (СХТБ/ХАП IIIA и СХТБ/ХАП IIIB соответственно) представляют собой различные патологические состояния [6]. При СХТБ/ХАП IIIA наличие боли отчасти можно объяснить воздействием воспаления и его продуктов, т.е. имеется видимая, органическая ее причина – абактериальное воспаление, хотя и не ясного на сегодняшний день генеза [6]. При СХТБ/ХАП IIIB не существует четко определенных и общепризнанных механизмов развития боли, хотя боль является его доминирующим симптомом [6]. В то же время, как при СХТБ/ХАП IIIA, имеющим причину боли, так и при СХТБ/ХАП IIIB, идиопатическом по своей сути, более половины больных не могут получить облегчения своих страданий даже после неоднократных курсов антибактериальной, противовоспалительной, сосудистой терапии, физиотерапии [3].

Ранее дискуссии по поводу СХТБ/ХАП сводились к вопросам наличия хронического воспаления предстательной железы и поиска вызвавшего его инфекционного фактора [55, 95], верификации спазма мышц тазового дна [64, 124] и нарушения кровообращения в простате [180].

В настоящее время выявлены психологические и социальные факторы, сопряженные с СХТБ/ХАП III, а также установлено [22, 196, 218], что у 37% - 60% [186, 189, 197] больных выявляется та или иная психопатология.

Изучение и анализ психопатологии, психических особенностей больных СХТБ/ХАП позволит достигнуть более глубокого понимания механизмов его развития и улучшить подходы к его терапии [186].

1.3. Простатический вариант СХТБ и психопатология

Результаты научных исследований выявляют более высокий уровень частоты встречаемости психических расстройств на протяжении жизни у пациентов с СХТБ/ХАП по сравнению со здоровым контролем [79, 103], причем наличие психопатологии существенно усугубляет не только качество жизни пациентов, но и тяжесть, выраженность и длительность СХТБ/ХАП [79, 103, 118, 186].

На сегодняшний день остается не выясненным – является ли психическое расстройство при СХТБ/ХАП первичным, обуславливающим его развитие, или его следствием; или психическое расстройство и СХТБ/ХАП существуют независимо друг от друга [111, 161, 186].

Большинство исследований свидетельствуют о наиболее высокой коморбидности депрессии и тревожных расстройств, соматоформных расстройств с СХТБ/ХАП, большом удельном весе расстройств личности в группе этих больных [189, 197, 221]. В таблице 1.2 представлена психопатология, коморбидная с СХТБ/ХАП.

Таблица 1.2 – Коморбидность СХТБ и психических расстройств

Психопатология, частота	Автор, год
Депрессия от 6,5% до 42,4%	Gatchel, R. J. (2004) [101], Baranowski A.P., Fall M. (2011) [3], Samplaski M.K., Li J., Shoskes D.A. (2012) [189], Riegel B (2014) [186], Brünahl C.A. at all (2014) Samplaski M.K, Li J., Shoskes D.A., Kessler T.M. (2016) [118], Hooten, W.M. (2016) [111], Doggweiler R., Reitz A. (2017) [95], Polackwich A.S. (2018) [173], Clemens J.Q. (2019) [78]

Продолжение Таблицы 1.2

Психопатология, частота	Автор, год
Тревога и тревожные расстройства от 35,4% до 62,3%	Nicolson, S. E. at all (2009) [161], Tripp, D.A. at all (2013) [207], Ahn, S.G. at all (2012) [42], Riegel B (2014) [186], Brünahl C.A. at all (2014) [128], Lai, H.H. at all (2017) [126], Leue, C. at all (2017) [138], Allaire C. at all (2018) [46], Miller-Matero, L.R. (2016) [154], Brünahl, C. at all (2017) [66]
Соматоформное расстройство до 31%	Tripp D.A. at all (2013) [207], Kessler T.M. (2016) [118], Riegel B. (2014) [186], Brünahl C. at all (2017) [66], Hohenfellner U. (2016) [109, 110], Lai H.H. et all (2017) [126]
Сексуальная дисфункция в сочетании эмоциональными расстройствами до 43%	Crofts M. (2014) [83], Arda E., at all (2016) [51], Hao Z. [108], Wang J. (2018) [216], Franco J.V.A. et all (2019) [100]
Расстройство личности: пограничное от 1% до 28%, нарциссическое от 2% до 23%, зависимое от 2% до 17%, обсессивно-компульсивное от 7% до 16%	Riegel B. (2014) [186], Albrecht R. et all (2015) [45], Paulman P.M., (2016) [166]
Ипохондрия	Riegel B. (2014) [186]
Истерия	Riegel B. (2014) [186]
Злоупотребление ПАВ до 5,3%	Riegel B. (2014) [186], Curtis Nickel, J. (2018) [87]
Отдельные психопатологические симптомы: нарушения сна до 51%, патологическая фиксация на своем самочувствии до 7%, канцерофобия в 17%	Riegel B (2014) [186], de Carvalho A.C.F. at all (2015) [88], Kessler T.M. (2016) [118], Miller-Matero L.R. (2016) [154], Wang J. (2018) [216]

1.3.1. Депрессивный и тревожный синдромы

Многие исследователи приходят к выводу, что хроническая боль является соматическим проявлением депрессии и предлагают включать ее в структуру депрессивного синдрома [42, 156].

S.K. Chaturvedi подчеркивал, что хроническая боль является широко

распространенной маской депрессии [72]. Для маскированных болевых депрессий в 85% случаев характерны аутохтонное начало, наследственная предрасположенность, суточная динамика самочувствия, в том числе боли [72, 95], отсутствие в структуре синдрома подавленности и аффекта тоски при наличии снижения круга интересов и явлений ангедонии, снижение психомоторной активности, слабость, суицидальные идеи, нарушения сна, либидо, снижение аппетита и массы тела [72, 95]. Телесные сенсации в структуре маскированных депрессий представляют собой алгии и сенестоалгии в какой-либо одной системе органов или разных топографоанатомических областях, характеризующиеся неопределенностью, диффузностью, чувством внутреннего напряжения, волнения, общего недомогания, телесного дискомфорта, обуславливают возникновение тревожных опасений пациентов в отношении своего здоровья и могут являться основой для развития ипохондрических идей [72]. Выявлено, что у 69% пациентов в структуре алгических депрессий кроме телесных сенсаций выявляются разнообразная соматовегетативная симптоматика [205].

Во многих исследованиях установлено, что хроническая боль является самым сильным предиктором для последующего развития депрессии [161, 205, 207], в то же время депрессия может являться фактором риска возникновения хронической боли [78, 95, 173].

Между СХТБ/ХАП и депрессией также существует двунаправленная связь: СХТБ/ХАП является фактором риска развития депрессии, и, в то же время, депрессия является фактором риска возникновения СХТБ/ХАП [99, 186, 207].

Согласно эпидемиологическим данным, наибольший риск развития депрессии при СХТБ/ХАП приходится на молодой возраст 25-44 лет, при этом преобладают депрессии умеренной степени выраженности, имеющие затяжной и резистентный характер [99, 186, 207].

На основе анализа научной литературы депрессии при СХТБ/ХАП можно разделить на две группы. Первую группу представляют пациенты, у которых в клинической картине депрессии больший удельный вес занимает соматическая

симптоматика (СНМП, болезненное мочеиспускание и ЭД), более высокий уровень тревоги и раздражительности, низкий уровень качества жизни и менее продолжительное существование депрессивной симптоматики по сравнению с симптоматикой СХТБ/ХАП [108]. Вторая группа больных характеризуется преобладанием в клинической картине аффективной симптоматики, которая сопровождается менее выраженной соматической симптоматикой и более длительным течением депрессивной симптоматики по сравнению с соматическими проявлениями [108].

Депрессии при СХТБ/ХАП являются атипичными, затяжными, для них характерны телесные сенсации, идеи малоценности, виновности, ипохондрические идеи [72, 156], распространение боли на несколько топографических зон как в области таза, так и за его пределы: на фоне преобладающей боли в области простаты выявляются боли в пенисе, мочевом пузыре, мошонке, прямой кишке, а также в области поясницы, нижних конечностей, но ведущей и доминирующей болью всегда является боль в области предстательной железы [126]. Характерным для СХТБ/ХАП является наличие функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта, фибромиалгий, что обуславливает неблагоприятный прогноз течения болезни, сопряжено с более тяжелой степенью депрессии и более низким качеством жизни по сравнению с пациентами, у которых соматизированная симптоматика ограничена областью таза [72, 156, 172].

При СХТБ/ХАП описаны как униполярные депрессии, так и депрессивные эпизоды в рамках БАП [138, 170], особенностью которых является выраженная лабильность настроения, обуславливающая повышенную чувствительность к боли и ее восприятию, и, соответственно, усилению ее интенсивности [138, 185].

При СХТБ/ХАП у пациентов более чем в половине случаев - до 60%, выявляется высокий уровень тревоги [186]. Частое развитие тревоги при СХТБ/ХАП объясняется преморбидными психическими особенностями, когда в характере больного присутствуют тревожность, впечатлительность, обуславливающие склонность катастрофически воспринимать боль, что

усугубляет ее выраженность и может приводить к появлению патологической тревоги, страху усиления боли и формированию избегающего поведения в целях ее облегчения. Постоянная настороженность, ожидание появления боли или ее усиления, в свою очередь, усиливают болевой компонент СХТБ/ХАП [46].

Больные СХТБ/ХАП в 2 – 3 раза чаще имеют диагноз генерализованного тревожного расстройства, панического расстройства и агорофобии, чем больные без СХТБ/ХАП [198]; и наоборот, больные с тревожными расстройствами в два раза чаще имеют риск развития СХТБ/ХАП на протяжении жизни [198, 209]. При этом тревога при СХТБ/ХАП более выражена, чем у больных с тревожными расстройствами без симптоматики СХТБ/ХАП [151].

Распространенность генерализованного тревожного расстройства у больных СХТБ/ХАП составляет от 1% до 10%, распространенность панического расстройства от 1% до 28% [67].

Особенности депрессии и тревожных расстройств при СХТБ/ХАП в большей части доступной научной литературы описаны скудно, в большинстве случаев лишь констатируется факт выявления отдельных симптомов тревоги и депрессии при помощи психометрических шкал, без структурирования их в синдром, без уточнения нозологий, в рамках которых они наблюдаются, а также без анализа особенностей данных расстройств в зависимости от типа простатического варианта СХТБ - СХТБ/ХАП ША и ШБ.

Высокая частота встречаемости депрессивных и тревожных расстройств при СХТБ/ХАП требует дальнейшего изучения данного вопроса [118].

1.3.2. Сенесто-ипохондрический синдром

В научной литературе хроническая боль при СХТБ/ХАП редко рассматривается в рамках соматоформных расстройств. Существуют единичные исследования СХТБ/ХАП, которые предполагают, что длительные устойчивые жалобы на боль при СХТБ/ХАП могут наблюдаться в рамках соматоформных расстройств (рубрика F 45 МКБ-10) [68].

Для 48% больных СХТБ/ХАП характерны признаки ипохондрии, которая

выявляется у них чаще, чем у здорового контроля [68], включает ощущение боли как физического страдания, уверенность в наличии серьезного урологического заболевания, следствием которого и является испытываемая больными боль, озабоченность в отношении своего самочувствия, опасения ухудшения своего состояния, интерпретацию любых ощущений в области таза как болезненных признаков тяжелой болезни (например, онкологического заболевания), неоднократные посещения врача-уролога и других специалистов с целью назначения новых обследований и лечения [68, 186].

Учитывая характеристики боли при СХТБ/ХАП и тесную взаимосвязь СХТБ/ХАП с психопатологией, в научной литературе высказывается предположение, что испытываемые больными болезненные ощущения при СХТБ/ХАП являются телесными сенсациями [68], которые составляют основу сенесто-ипохондрического синдрома [15, 105].

Описаны идеопатические алгии в рамках ограниченной ипохондрии [15, 34, 33], которые имеют четкую проекцию в области таза – урогенитальные, ректальные боли, которые в начале своего развития неизменны по локализации и интенсивности, носят персистирующий характер, [15, 34, 35] со временем становятся мучительными, изнуряющими, «непереносимыми», начинают превалировать в сознании пациентов и определяют содержание их мыслей и поведения, со временем переходя на стадию одержимости болями, проявляющуюся стремлением к минимизации интенсивности болевых ощущений, постоянным поиском новых способов купирования боли [33, 35]. Идиопатические алгии могут быть связаны как с психогенной, так и с соматогенной провокацией, длятся от нескольких месяцев до нескольких лет, в большинстве случаев имеют обратное развитие [15, 33, 35].

Описания сенестоипохондрического синдрома при СХТБ/ХАП в доступной научной литературе найти не удалось, но в последней подчеркивается необходимость выявления ипохондрии, изучения особенностей и характера болевых ощущений при СХТБ/ХАП в целях верной квалификации симптоматики СХТБ/ХАП и оптимизации терапевтических стратегий [68].

1.3.3. Истерический синдром

Согласно некоторым концепциям, хронические алгии рассматриваются в качестве варианта психогенно спровоцированных истероконверсионных нарушений, манифестирующих после объективно либо индивидуально значимых психогенных травм [15, 32]. Манифестация психалгий в данном случае сопровождается чувством тревоги по поводу опасного заболевания, яркими, образными представлениями о возможном «катастрофическом» исходе заболевания, демонстративностью и стремлением к установлению диагноза. Однако психалгии нестойки и при переключении активного внимания на значимые для больных виды деятельности либо существенно ослабляются, либо редуцируются [15, 32]. По мере учащения приступов и хронификации психалгии постепенно утрачивают актуальность, на первый план начинают выступать астенические, а также ипохондрические проявления, определяющие характер и содержание «аномального болезненного поведения» [15, 32]. Возникновение сенестопатий объясняется проекцией психических расстройств в сферу соматопсихики, что обозначается такими терминами, как «соматизация» или «конверсия» [32, 35].

Для конверсионных расстройств описаны характерные телесные фантазии, имеющие четкий предметный характер и пространственно-топографическую организацию [15, 32], четко соотносящиеся с определенными внутренними органами и физиологическими процессами [32], формирующиеся на основе конверсионных и алгических нарушений у лиц истероидного склада, описывающих свои телесные ощущения с избыточной драматизацией и демонстративностью [15, 32].

В качестве варианта конверсионных нарушений, маской которых может являться хроническая боль, описана «хроническая полисимптоматическая истерия» (синдром Брике), в структуре которой неорганические боли составляют наиболее частый доминирующий и значимый для больного симптом [32], однако в доступной научной литературе не удалось найти описание синдрома Брике у больных СХТБ/ХАП.

В доступной литературе широко описаны конверсионные проявления для хронических болевых синдромов, таких, как фибромиалгия, хроническая поясничная боль, головные боли, но не обнаружено ни одного исследования, посвященного проблеме СХТБ/ХАП и конверсии. Высказывается лишь предположение о конверсионной природе боли при СХТБ/ХАП как выражении неосознанного неразрешенного конфликта пациента [68] и подчеркивается необходимость проведения исследований в данном направлении.

1.3.4. Злоупотребление психоактивными веществами

В популяционных исследованиях выявлено, что пациенты с хронической болью примерно в 2-3 раза чаще употребляют ПАВ, чем пациенты, не страдающие ею [57, 60, 132, 202]; в свою очередь, распространенность хронической боли у пациентов, употребляющих ПАВ также высока - от 27% до 87% [202].

Обнаружена корреляция между хронической болью, депрессией, тревогой и злоупотреблением ПАВ, что предполагает прием ПАВ в данном случае по симптоматическим механизмам [57, 202].

В научной литературе встречается крайне мало исследований, посвященных данной тематике, только в трех доступных исследованиях изучалось злоупотребление ПАВ пациентами с СХТБ/ХАП [202]. Было установлено, что больные СХТБ/ХАП чаще принимают алкоголь и кофеин по сравнению с пациентами, не имеющими СХТБ/ХАП, а также чаще выявляют факт злоупотребления ПАВ, преимущественно опиодов и каннабиса [77, 132, 202]. Однако данные явления констатируются как факт, без клинического анализа и выявления первичности возникновения СХТБ/ХАП и употребления ПАВ, их взаимосвязи и требуют дальнейших исследований данного вопроса.

1.3.5. Сексуальная дисфункция

Наряду с болью и симптомами нарушения мочеиспускания СХТБ/ХАП характеризуется сексуальной дисфункцией, наблюдающейся у 60,3% пациентов и включающей эректильную дисфункцию в 35,1%, преждевременную эякуляцию в

36,9%, эякуляторную боль в 58% [165, 182, 192], которые при СХТБ/ХАП наблюдаются чаще, чем в общей популяции [182].

Именно хроническая боль признана фактором, способствующим возникновению преждевременной эякуляции (ПЭ) [62, 63, 108] и эректильной дисфункции (ЭД) [135, 143, 199] при СХТБ/ХАП.

ЭД при СХТБ/ХАП чаще является умеренной и тяжелой, наблюдается преимущественно у лиц молодого возраста от 20 до 40 лет, в отличие от пациентов с ЭД без СХТБ/ХАП, которая характерна для лиц старше 40 лет [92, 146, 158, 165].

Выявлена более высокая распространенность СХТБ/ХАП среди пациентов с ПЭ и наоборот [84, 115, 117, 165], а также корреляция между длительностью хронической боли и возможностью наличия ПЭ – чем дольше длится боль, тем чаще на ее фоне возникает ПЭ [134].

Специфическим симптомом для СХТБ/ХАП является эякуляторная боль, которая в общей популяции наблюдается редко – в 1% случаев [144, 190], при этом у части больных СХТБ/ХАП эякуляция облегчает боль, в то время как у других – усиливает ее [206].

В некоторых исследованиях предполагается причинно-следственная связь сексуальной дисфункции в рамках СХТБ/ХАП с психическими и психопатологическими факторами [144, 174, 190], с которыми наиболее тесную связь обнаруживает ЭД, часто коррелирующая с симптомами тревоги и депрессии [174, 190]. ЭД и озабоченность больных данной проблемой оказывает прямое влияние на интенсивность боли [43, 177] при СХТБ/ХАП, что по механизму обратной двойной связи ведет к усилению проявлений тревоги и депрессии [171, 210].

Известно, что при СХТБ/ХАП депрессия обуславливает нарушение оргазмической функции, снижение удовлетворенности половым актом, снижение чувствительности при коитусе, снижение сексуального желания, нарушение эректильной функции [190, 206]. Однако причинно-следственные связи сексуальной дисфункций и психопатологии в рамках СХТБ/ХАП полностью не

изучены [43, 171].

1.4. Психологические особенности больных СХТБ/ХАП

Влияние на выраженность и персистирование боли, тяжесть состояния при СХТБ/ХАП оказывают психические особенности больных, восприятие ими своей болезни и отношения к ней [96, 159, 186].

Так, колебание симптоматики СХТБ/ХАП, изнуряющий характер боли при обострениях, наблюдающихся периодически снова и снова, отсутствие триггеров, ухудшающих самочувствие, а также способа облегчения боли значительно ухудшают функционирование пациентов во всех сферах и способствуют формированию ощущения потери «внутреннего» контроля, а также контроля над своей жизнью [50, 112]. В моменты облегчения или купирования симптоматики у пациентов формируются страх и опасения возвращения боли, ухудшения самочувствия, из-за чего даже при отсутствии симптомов СХТБ/ХАП в интермиссии пациенты не чувствуют себя здоровыми [50, 112, 142].

Для больных СХТБ/ХАП характерен неустанный поиск понятной для них причины своей болезни, многократные обращения к врачам разных специальностей [112], что ведет к преувеличению значения серьезности своих болевых ощущений и их последствий, ожиданию усиления боли, постоянным размышлениям об этом, ощущению своей беспомощности в отношении боли, то есть к катастрофизации своего самочувствия [112, 203].

При этом катастрофизация, являясь неадекватным механизмом поведения, приводит к формированию стратегии избегания – болевому поведению, что также усугубляет течение и персистирование боли [53, 148, 211].

При СХТБ/ХАП неадаптивное болевое поведение встречается часто, проявляется тем, что больные СХТБ/ХАП стараются вести малоподвижный образ жизни, увольняются с работы, ограничивают социальные контакты, стараются больше времени проводить дома [53, 148, 211]. Положительное подкрепление болевого поведения значимыми для пациента людьми (чрезмерная забота, повышенное внимание) увеличивает вероятность его повторения в будущем,

приводя в последующем к усилению восприятия боли [53, 148].

Для пациентов с выраженными признаками болевого поведения характерна меньшая эффективность любого вида лечения, а отсутствие ожидаемого эффекта и разочарование ведет, в свою очередь, к усилению болевого синдрома [53, 148].

Особенности личности больных СХТБ/ХАП мало изучены, но установлено, что для пациентов с СХТБ/ХАП характерны выраженная характерологическая тревожность и фиксация на своем самочувствии, интроверсия (замкнутость), повышенные ответственность и сознательность, раздражительность, импульсивность, уязвимость к стрессу при недостаточной сформированности стратегий для его преодоления, пессимистический настрой в отношении своего самочувствия [127, 186, 168].

Предполагается, что данные черты личности, выявленные в начале терапии, могут лечь в основу скрининговой модели для выявления пациентов с предполагаемым повышенным риском низкого ответа на стандартные схемы терапии СХТБ/ХАП [47, 127, 168].

Многие научные исследования выявляют [203] более высокую распространенность алекситимии у пациентов с хронической болью по сравнению с общей популяцией, и доказывают, что у пациентов с алекситимией наблюдается боль большей интенсивности, чем у больных с хронической болью, не имеющих алекситимических черт [94, 203].

Алекситимии при различных болевых синдромах уделяется важное значение, но в доступной научной литературе наблюдается дефицит исследований, посвященных выявлению алекситимии у больных СХТБ/ХАП, которые могли бы уточнить механизмы формирования боли при данной патологии.

1.5. Концепции патогенеза хронической боли

ПЭТ и МРТ головного мозга пациентов с СХТБ/ХАП позволяют выявить у них функциональную активность центральных регуляторных структур ноцицептивной системы (соматосенсорной коры больших полушарий головного

мозга (ГМ), передней части поясной извилины коры ГМ, островка, префронтальной коры, таламуса, прилежащего ядра, миндалины) [27, 80, 167], которая коррелирует с интенсивностью боли [27, 167]. В тоже время данные области мозга участвуют в формировании эмоций, мотивации, сенсорных ощущений, обуславливая эмоциональный, когнитивный и поведенческий ответ на боль [80].

Также при СХТБ/ХАП выявляется уменьшение объема серого вещества соматосенсорной коры, островка, префронтальной коры и гиппокампа, и в этих же структурах доказана активация и потеря серого вещества у пациентов с депрессивными состояниями [27, 80, 167].

На основе нейровизуализационных исследований Р. Гарсия-Ларреа и Н. Пейрон предложили матрицу боли – многоуровневую нейрональную сеть, кодирующую ноцицептивные стимулы, моделирующую и формирующую память боли [69, 150, 152].

Нейрональная сеть состоит из трех уровней взаимосвязанной нейронной активности: на первом уровне происходит обработка ноцицептивной активации спиноталамического тракта, включая нейроны задних рогов спинного мозга, заканчивающихся в таламусе. Затем начинается ноцицептивная активация на втором уровне матрицы - в передней поясной коре, островке, префронтальной коре и задней теменной коре ГМ, в результате чего происходит сознательное восприятие ноцицептивного раздражения, формирование когнитивной модуляции и трансформирование в соматические или «вегетативные» ответы на боль [76, 162, 170, 193]. Далее восприятие и модуляция боли происходят в передней поясной извилине и заднелатеральном регионе префронтальной коры, где поступающие стимулы переоцениваются и формируется эмоциональный ответ в соответствии с индивидуальными психологическими особенностями индивида.

Второй и третий уровни матрицы через нисходящие в спинной мозг тракты ингибируют либо усиливают модуляцию входящих ноцицептивных стимулов, осуществляя так называемый нисходящий контроль ноцицепции [69, 74, 90, 113, 150].

Многочисленные исследования нейровизуализации показали, что области ГМ, активируемые ноцицептивными стимулами, также могут быть активированы различными эмоциональными состояниями, поэтому матрица боли демонстрирует схему влияния психологических и психических факторов на хроническую боль [167, 168, 168, 170].

Модель матрицы боли на сегодняшний день является основной при описании механизмов возникновения СХТБ/ХАП [184].

Нейробиологическая теория объясняет тесную взаимосвязь СХТБ/ХАП с аффективными расстройствами общими нарушениями нейротрансмиссии: при аффективных расстройствах наблюдается дефицит серотонина, норадреналина и дофамина; в тоже время серотонин- и норадреналинергические нейроны участвуют в передаче болевых импульсов [28]. Нарушение в одной из этих систем вызывает расстройства в другой, что объясняет сочетанное развитие СХТБ/ХАП и аффективных расстройств [28, 147, 220]. Поэтому если при СХТБ/ХАП и аффективных расстройствах имеются дисбаланс одних и тех же нейромедиаторов, то можно предположить, что их коррекция может привести к успеху в лечении СХТБ/ХАП [28, 81, 220]. Данное подтверждается эффективностью терапии СХТБ/ХАП антидепрессантами (селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, селективными ингибиторами обратного захвата серотонина и норадреналина, трициклическими антидепрессантами) [208].

Нейротрансмиттеры признаны биомаркерами функционирования нервной системы [208], оценка их концентрации в моче является валидной не только при аффективных расстройствах, но и при хронических болевых состояниях и может использоваться для диагностики и решения вопроса терапии и прогнозирования ответа на лечение как психических, так и болевых расстройств [28, 80, 208].

Теория биологических систем говорит о том, что долговременная память, хранящая весь жизненный опыт индивида, является эмоциональной, и ГМ способен фиксировать, хранить и воспроизводить аффективно заряженные афферентные образы всех перенесенных на протяжении жизни заболеваний [2, 14]. Оживление афферентных образов возможно под влиянием эмоциональных

стимулов даже при полной компенсации физического и психического состояния после перенесенного расстройства и через любой промежуток времени [176, 177]. При этом извлечение из долговременной памяти прошлого опыта идет по тем же нейрохимическим путям, по которым он фиксировался, и активирует те же биохимические сдвиги, которые наблюдались при фиксации предшествующего опыта, что ведет к стереотипному воссозданию соматической симптоматики когда-либо перенесенного заболевания [2, 14].

С долговременной памятью связана и проблема *locus minoris resistentiae* - локализации психосоматических расстройств, преимущественно в той или иной системе органов. При заболевании, в начале приспособительного процесса, в ГМ «решается вопрос реакции» на неблагополучие на основе фиксированного в долговременной памяти опыта болезни, пережитой индивидом, ведущую роль в формировании которого играют совпавшие со стрессом душевные переживания. Локализацию психосоматических расстройств в каком-либо органе обуславливают страх смерти или инвалидизации от болезни, испытанные хотя бы раз в жизни в связи с каким-либо заболеванием или функциональным нарушением, при этом «выбирается орган», который является наиболее важным в представлении индивида [2, 14].

Таким образом, согласно теории П.К. Анохина [2, 14], функциональная патология может формироваться по типу условного рефлекса, который возникает под влиянием определенного эмоционального состояния. Именно эмоции определяют степень вовлечения тех или иных органов в стрессовую ситуацию и закрепляют отдельные части условной реакции, проявлением которых являются вегетовисцеральные и функциональные расстройства [14]. Учитывая, что в основе формирования любого рефлекса лежат фиксация и воспроизведение эмоционально заряженных следов, то эмоции выступают в качестве главного звена, выключение которого позволяет воздействовать на матрицу долговременной памяти при психосоматических расстройствах во время фармакотерапии и психотерапии.

Наилучшим подходом к изучению и пониманию хронической боли

признана биопсихосоциальная модель [10], представляющая собой результат динамического взаимодействия биологических (анатомических, генетических, физиологических), психологических (аффективных, когнитивных, поведенческих) и социокультурных факторов (гендерные особенности, культурные факторы, система здравоохранения) и только воздействие на все эти факторы имеет потенциал купирования хронической боли [10, 20, 41].

Таким образом, анализ научной литературы позволяет предположить, что указанные модели хронической боли могут объяснять механизмы формирования СХТБ/ХАП [78].

1.6. Проблемы терапии

1.6.1. Лекарственная терапия

Стандартная терапия СХТБ/ХАП (альфа-адреноблокаторы, антибиотикотерапия, нестероидные противовоспалительные препараты, ингибиторы 5-альфа-редуктазы, кортикостероиды, опиоидные анальгетики [3]) не обладает должным терапевтическим эффектом у подавляющего большинства пациентов: позволяет частично редуцировать боль в 44,9% случаев [3, 107], улучшает качество жизни пациентов не более чем в 37,1% [3, 145].

Учитывая теории развития хронической боли и СХТБ/ХАП, во многих исследованиях в настоящее время предлагается использовать для терапии СХТБ/ХАП антидепрессанты, нормотимики и нейролептики, которые оказываются эффективными у пациентов, устойчивых к традиционным схемам терапии [3, 145].

Антидепрессанты

Развитие анальгетического эффекта при лечении хронической боли антидепрессантами связывают с увеличением активности антиноцицептивной системы вследствие угнетения обратного захвата моноаминов пресинаптическими окончаниями, потенцирования серотонин- и норадренергического торможения ноцицептивных нейронов, что ведет к накоплению медиаторов в синаптической

щели и увеличению эффективности моноаминергической синаптической передачи [10]. Обезболивающий эффект антидепрессантов достигается также за счет тимолептического действия – при улучшении настроения устраняется эмоционального напряжения, обусловленного ХБ, благоприятно отражается на оценке боли пациентом и изменении отношения к ней [10].

Одними из первых препаратов для лечения хронической боли использовались трициклические антидепрессанты (ТЦА) [10, 62, 137, 160], которые повышают уровень серотонина и норадреналина в синаптической щели участвуя в модуляции восходящих болевых сигналов [7], а вызванное ими торможение обратного захвата серотонина и норадреналина активизирует нисходящий путь торможения болевых сигналов [10]. Также ТЦА воздействуют на опиоидные рецепторы, блокируя натриевые каналы в периферических нейронах [137]. Антидепрессивный и обезболивающий эффекты ТЦА являются независимыми [10]. Установлено, что назначение amitriptyline до 100 мг в сутки является эффективным в 67% лечения больных СХТБ/ХАП [10, 137]. Так как при применении ТЦА довольно часто наблюдаются побочные эффекты, то на сегодняшний день ТЦА не являются препаратами выбора терапии СХТБ/ХАП [10, 137].

Более предпочтительными являются антидепрессанты с двойным механизмом действия, так как оказывают более длительный обезболивающий эффект, оказывают меньшее антихолинергическое, антигистаминное и адренергическое действия, снижая частоту побочной симптоматики по сравнению с ТЦА [10, 44, 61, 102].

Двойное воздействие селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСиН) на серотонин и норадреналин обуславливает более выраженный эффект при лечении болевых расстройств [9, 12], чем воздействие только на серотониновое звено [10]. Как серотонин, так и норадреналин вовлекаются в контроль боли через нисходящие пути болевой чувствительности за счет активации нисходящей системы серотонинергической и норадренергической ингибиции [24].

В доступной научной литературе описаны результаты лечения пациентов с СХТБ/ХАП селективным ингибитором обратного захвата серотонина и адреналина милнаципраном в суточной дозировке 100 мг на протяжении 12 недель [23, 29], в результате чего наблюдалось уменьшение болевого синдрома на 26,1% у подавляющего большинства пациентов, а также уменьшение степени сопутствующих тревожных и депрессивных расстройств до легкой степени тяжести [23, 29].

Описана терапия СХТБ/ХАП селективным ингибитором обратного захвата серотонина флуоксетином, заключающаяся в том, что пациенты с СХТБ/ХАП без ответа на антибактериальную терапию и терапию бета-блокаторами получали флуоксетин в дозе 20 мг/сут на протяжении трех месяцев. В результате 69,0% пациентов с СХТБ/ХАП имели значительное улучшение субъективной оценки своего самочувствия, а 78,57% имели более чем пятидесятипроцентное снижение тяжести боли и урологической симптоматики в конце терапии (12-я неделя), что авторы связывают с уменьшением депрессивных симптомов в структуре СХТБ/ХАП [217].

При СХТБ/ХАП терапия антидепрессантами на сегодняшний день изучена мало, но, учитывая данные исследований, имеет благоприятные перспективы в лечении данной патологии [163].

Антиконвульсанты

В терапии хронической боли применяются различные противосудорожные средства (карбамазепин, окскарбамазепин, ламотриджин, вальпроаты) [10, 133], антиболевой эффект которых объясняется уменьшением высокочастотной повторяющейся импульсацией нейронов вследствие блокирования потенциал зависимых натриевых и кальциевых каналов в периферических нервах [10]. Фенобарбитал, вальпроаты усиливают нервную передачу подавляющих импульсов либо нарушают передачу возбуждающих импульсов [10]. Габапентин и прегабалин уменьшают высвобождение глутамата и субстанции Р в перевозбужденных нейронах, при снижении или отсутствии концентрации которой распространение импульса на следующий болевой нейрон блокируется

[10, 182].

Терапевтическая эффективность антиконвульсантов в основном продемонстрирована в исследованиях у пациентов с нейропатической хронической болью, но имеет потенциал и при лечении психогенной хронической боли, в том числе терапии СХТБ/ХАП [10, 62, 187].

Нейролептики.

Нейролептики обладают некоторыми независимыми анальгетическими свойствами, хотя их эффективность до конца не выяснена [10].

В одной из научных работ описано применение алимемазина тартрата при лечении СХТБ/ХАП, сопровождаемого тревогой, который назначался в суточной дозе 60–80 мг в три-четыре приема в течение дня, в результате чего положительный эффект терапии был достигнут у 37% больных СХТБ/ХАП, устойчивых к стандартной терапии [5].

В некоторых научных исследованиях рекомендуется применение малых доз нейролептика сонapakca при преобладании ипохондрической симптоматики у больных с хронической болью [164, 201], однако данных применения нейролептиков при СХТБ/ХАП в доступной научной литературе найти не удалось.

Бензодиазепины

По данным научной литературы бензодиазепины не имеют анальгетических свойств, однако широко применяются для эффективного купирования тревоги и беспокойства, наблюдаемых у больных с хроническими болевыми синдромами [208].

Описан положительный опыт назначения бензодиазепинов альпразолама, клоназепамы как в монотерапии, так и в комбинированной терапии с антидепрессантами (амитриптилин, миансерин) при терапии хронических болевых синдромов [59].

Вопрос применения психофармакотерапии при СХТБ/ХАП на сегодняшний день является недостаточно изученным, в большинстве работ встречается лишь упоминание некоторых препаратов без рекомендаций схем терапии и дозировок.

Учитывая эффективность психофармакотерапии болевых синдромов различной этиологии целесообразно изучение применения антидепрессантов, нормотимиков, нейролептиков, бензодиазепинов в лечении СХТБ/ХАП [3, 10, 59].

1.6.2. Психотерапия

При лечении СХТБ/ХАП рекомендуется применение психотерапии, включающей психообразование пациента - формирование у него представления о природе возникновения боли и возможности ее модуляции; когнитивное воздействие - выявление и преобразование связанных с болью знаний, представлений, страхов и ожиданий пациента, а также развитие стратегий преодоления им боли; поддержку пациента - установление или усиление социальной поддержки и развитие стратегий в случае рецидива болевого синдрома или неудачив его терапии; устранение внутреннего психологического конфликта у пациента; изменение его болевого поведения; обучение пациента методам релаксации и саморегуляции, уменьшающим интенсивность болевых ощущений [89].

Целью психотерапии при СХТБ/ХАП является приобретение пациентами навыков, позволяющих скорректировать негативные мысли о хронической боли, контролировать эмоциональные реакции, связанные с ней, наиболее эффективно преодолевать боль и другие стрессовые факторы [85, 89].

На сегодняшний день многие исследователи в своих работах [3, 59, 89] подчеркивают возможную эффективность и необходимость применения психотерапии при СХТБ/ХАП.

1.6.3. Комплексная терапия

В соответствие с многофакторной этиологией при лечении СХТБ/ХАП рекомендуется использовать комплексный подход, направленный на биологические, психологические и социальные аспекты возникновения и поддержания боли [3, 10].

Комплексный подход в настоящее время считается «золотым стандартом» лечения дисфункциональной хронической боли любой локализации, в том числе

терапии СХТБ/ХАП и рекомендован Международной ассоциацией по изучению боли (International Association for the Study of Pain – IASP) [10, 120], которая указывает, что «комплексный подход в диагностике и лечении является предпочтительным методом оказания медицинской помощи пациентам с хронической болью любой этиологии» [56, 71, 119, 214].

1.6.4. Резюме

Анализ литературы позволяет обоснованно предположить патогенетическую роль в развитии СХТБ/ХАП различных психических расстройств. Несмотря на то, что данная проблема исследуется уже несколько десятилетий, она далека от разрешения.

Не разработаны простые и эффективные скрининговые методики выявления тесно сосуществующих СХТБ/ХАП и психических расстройств.

Большую часть статей по проблематике СХТБ/ХАП трудно рассматривать как доказательные из-за широких критериев включения пациентов в исследования, установления психиатрического диагноза только на основании результатов опросников без клинического подтверждения. В научных работах констатируются выявленные при СХТБ/ХАП только отдельные психопатологические симптомы, рассматривающиеся как моносимптомы, а не в рамках синдрома и заболевания, что противоречит парадигме клинической психиатрии. Зачастую в исследованиях приводятся общие рекомендации по психотерапии, применению антидепрессантов, транквилизаторов без предложения схем терапии.

На основании обзора научной литературы представляется обоснованным выполнение собственного исследования, посвященного доказательному выявлению психопатологии при СХТБ/ХАП, ее нозологическому типированию, патогенетическому осмыслению с предложением алгоритма комплексной терапии.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Дизайн исследования

Основную группу (ОГ) исследования составили пациенты с абактериальным невоспалительным хроническим простатитом - СХТБ/ХАП ШБ. В первую контрольную группу (КГ1) были включены пациенты с выявленным при обследовании абактериальным воспалительным хроническим простатитом - СХТБ/ХАП ША. Вторую контрольную группу (КГ2) составили здоровые мужчины репрезентативного возраста.

У всех пациентов, включенных в исследование, были исключены клинически значимые соматические заболевания (другие урологические, неврологические, травматологические, проктологические, сосудистые), которые могли бы объяснять наличие симптоматики СХТБ/ХАП.

Диагноз СХТБ/ХАП ША и ШБ устанавливался квалифицированным урологом после консультации невролога, травматолога, проктолога (на предмет исключения неврологической, травматологической, проктологической патологии, обуславливавшей бы болевой синдром) консилиумом совместно с психиатром.

В исследование включались пациенты, страдающие СХТБ/ХАП ША и ШБ, не имеющие отклика на стандартную терапию (альфа-адреноблокаторы, антибиотикотерапия, нестероидные противовоспалительные препараты, опиоидные анальгетики, кортикостероиды, ингибиторы 5-альфа-редуктазы, миорелаксанты, сосудистая терапия, физиотерапия, массажная терапия), проводившуюся им ранее (до включения в исследование).

Проведение исследования было одобрено локальным независимым этическим комитетом ФГБОУ ВО РостГМУ Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Критерии включения и исключения из исследования представлены в таблице 2.1.

Таблица 2.1 – Критерии включения и исключения из исследования

Группа	Критерии включения	Критерии исключения
ОГ (СХТБ/ХАП ШБ - абактериальный невоспалительный хронический простатит)	Диагностированный простатический вариант СХТБ ША и СХТБ ШБ Длительность течения СХТБ ≥ 3 месяца Возраст исследуемых от 18 до 69 лет	Психотическое состояние и выраженные когнитивные нарушения на период участия в исследовании или в анамнезе. Острые урогенитальные и хронические бактериальные и вирусные воспалительные процессы.
КГ1 (СХТБ/ХАП ША- абактериальный воспалительный хронический простатит)		Инфекции, передающиеся половым путем. Другие заболевания органов таза, сопровождающиеся хроническим болевым синдромом. Наличие в анамнезе неврологических, травматологических, проктологических и сосудистых заболеваний. Патология нижнегрудного, поясничного и крестцового отделов позвоночника. Декомпенсированные состояния других органов и систем.
КГ2 (здоровые мужчины)	Возраст исследуемых от 18 до 69 лет	Отсутствие любого психического, неврологического, урологического расстройства, СХБ любой локализации.

Этические и правовые аспекты исследования

Участие в исследовании для всех исследуемых являлось добровольным, перед началом любых процедур, связанных с проведением исследования, пациенты подписывали «Информированное согласие пациента». Пациентам предоставлялась исчерпывающая информация в доступной форме о проведении исследования (цель исследования, этапы обследования и терапии, возможные риски и осложнения терапии). Так как участие в исследовании являлось добровольным, пациенты в любой момент могли отказаться от дальнейшего в нем участия. На время проведения исследования пациенты не использовали других лекарственных средств, не предусмотренных исследованием.

Терапия в рамках исследования проводилась в соответствии с регламентирующей документацией:

1. Приказ от 17 мая 2012 г. №566 н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»
2. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при депрессиях легкой и средней степени и смешанном тревожном и депрессивном расстройстве в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета), обновленная версия. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1219 н
3. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, панических расстройствах, агорафобии в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета), обновленная версия. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1224 н
4. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, генерализованном тревожном расстройстве в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета), обновленная версия. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1225 н
5. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению биполярного аффективного расстройства у взрослых (проект), 2013 г.
6. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению рекуррентного депрессивного расстройства. Профильная комиссия при главном внештатном специалисте психиатре Минздрава
7. Клинические рекомендации по диагностике и лечению панического расстройства и генерализованного тревожного расстройства. Профильная комиссия при главном внештатном специалисте психиатре Минздрава, 2015

Риск, связанный с проводимым исследованием, не превышал таковой при существующих стандартах терапии психических расстройств.

Дизайн исследования представлен в таблице 2.2.

Таблица 2.2 – Дизайн исследования

	Этап исследования	Мероприятия
1	Визит скрининга	Подписание «информированного согласия пациента» Оценка критериев включения в исследование Оценка критериев исключения из исследования Анамнез жизни Анамнез заболевания Наркологический анамнез Сексологический анамнез Структурированное интервью MINI Оценка эректильной функции Оценка силы половой конституции
2	Обследование	ММРІ Психометрические шкалы, которые выполнялись врачом/психологом: Шкала HAMD (оценка депрессии) Шкала HAMA (оценка тревоги) Шкала NIH-CPSI (шкала хронического простатита и синдрома тазовых болей у мужчин) Психометрические шкалы, которые пациент заполнял самостоятельно: ВАШ (визуальная аналоговая шкала боли на момент исследования) Опросник боли Мак-Гиля (количественная оценка боли) Торонтская шкала алекситимии Характерологический опросник К. Леонгарда - Г. Шмишека Параклинический метод исследования: Определение уровня серотонина крови Определение суточной экскреции катехоламинов мочи (адреналина, норадреналина, дофамина)
3		Подтверждение/исключение диагноза психического расстройства
4		Терапия (при подтвержденном диагнозе психического расстройства)
5	Оценка эффективности терапии	4 неделя оценка психопатологической симптоматики оценка симптоматики СХТБ/ХАП общая клиническая оценка оценка суицидального риска 12 неделя оценка психопатологической симптоматики оценка симптоматики СХТБ/ХАП общая клиническая оценка оценка суицидального риска 24 неделя оценка психопатологической симптоматики оценка симптоматики СХТБ/ХАП общая клиническая оценка оценка суицидального риска

Исследование включало следующие этапы:

1. Визит скрининга
2. Обследование
 - а) клинико-психопатологическое
 - б) психологическое
 - б) параклиническое (определение уровня серотонина и катехоламинов мочи)
3. Терапию
4. Оценку эффективности терапии

Продолжительность визита скрининга для одного пациента составила от 1 до 2 дней, психологического исследования от 1 до 2 дней; продолжительность определения уровня серотонина крови и катехоламинов мочи от 5 до 7 дней во всех исследуемых группах.

В целом продолжительность этапа обследования одного пациента (скрининг и обследование пациента) составила от 7 до 14 дней. Этап терапии продолжался 24 недели в обеих группах. При этом общая продолжительность исследования составила 3 года.

2.2. Методы исследования

2.2.1. Клинико-психопатологический метод

Клинико-психопатологический метод являлся основным методом исследования и включал выявление (на основании жалоб больных, данных объективного и субъективного анамнеза жизни и заболевания, данных медицинской документации) и описание признаков психических расстройств, проведение клинического анализа с типированием выявленных признаков тех или иных психопатологических симптомов, систематизацию их в психопатологические синдромы и дальнейшее нозологическое типирование.

Клинико-психопатологический метод проводился с использованием разработанной авторами «Карты исследования пациента с СХТБ/ХАП», включающей следующие разделы:

1) паспортная часть (ФИО, возраст, образование, место проживания, место работы/обучения пациента, семейное положение, в том числе предыдущие браки, состав семьи, наличие детей; исследования, выполненные в рамках диагностики СХТБ/ХАП до обращения к психиатру);

2) вопросы в отношении хронической боли (частота, длительность, локализация, характер, интенсивность боли, влияние боли на социальную активность, семейную жизнь, работоспособность пациента, взаимное влияние боли и настроения);

3) анамнез жизни (наследственная отягощенность у родственников 1 и 2 степени родства, в том числе отягощенность СХТБ/ХАП и другими хроническими болевыми синдромами; структура семьи, климат, взаимоотношения в семье, система воспитания и наказаний в детстве; сведения о пережитом насилии пациентами; психиатрическая история; сведения о перенесенных соматических расстройствах на протяжении жизни; сведения об имевшейся ранее проблеме СХТБ/ХАП);

4) психопатологический статус с оценкой психопатологического синдрома;

5) сексологический анамнез с оценкой половой конституции;

6) наркологический анамнез;

7) данные параклинических методов исследования;

8) данные психометрических шкал;

9) катамнез, назначения, результаты.

Для верификации основных психиатрических заболеваний в соответствии с критериями МКБ-10 и последующего сравнения групп применялось короткое стандартизированное диагностическое интервью для основных психиатрических заболеваний M. I.N. I [172].

2.2.2. Оценка боли

Оценка боли проводилась на основании жалоб, объективного и субъективного анамнеза заболевания. Оценивались продолжительность и характер боли, локализация, иррадиация боли, факторы, усиливающие и/или облегчающие боль; анализировались влияние боли на качество жизни и поведение пациента, их взаимовлияние на боль; проводилось выявление сопутствующих болевых синдромов, не локализованных в области таза.

Интенсивность боли оценивалась пациентами субъективно при помощи визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ боли) (MacNab I, 1971) [14]. Уровень 0 баллов соответствовал полному отсутствию боли, 10 баллов – крайней ее степени выраженности, что отмечалась пациентами на шкале длиной 10 см в диапазоне от 1 до 10 баллов. 1-4 балла соответствовали слабой, 4-7 – умеренной, 7-9 – сильной интенсивности боли. Боль, оцениваемая в 10 баллов соответствовала боли крайней степени интенсивности (нестерпимой, невыносимой боли) (Рисунок 2.1).



Рисунок 2.1 – визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ боли)

Качественная характеристика боли проводилась при помощи шкалы боли Мак-Гиля (McGill Pain Questionnaire, MPQ) (Ronald Melzack, 1975) [14], включающей следующие характеристики: 1) сенсорные аспекты (характер боли в терминах механического или термического воздействия, изменения пространственных или временных параметров); 2) аффективные аспекты (эмоциональная сторона боли в терминах напряжения, страха, гнева или вегетативных проявлений) 3) когнитивно-оценочные аспекты; 4) многоаспектные характеристики боли.

2.2.3. Психометрические шкалы

Для количественной оценки выраженности тревоги и депрессии применялась госпитальная шкала тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983) [14]. 0-7 баллов шкалы расценивались как норма, 8-10 баллов как субклиническая тревога/депрессия, более 11 баллов как клинически выраженная тревога/депрессия.

Диагностика типа акцентуации характера и темперамента проводилась с использованием опросника К. Леонгарда-Г. Шмишека (Schmieschek H., 1970) [14]. Вывод о степени выраженности акцентуации проводился на основании следующих показателей: 0 -12 – акцентуация не выявлена; 13-18 – тенденция к тому или иному типу акцентуации личности; 19-24 – выявлена акцентуация.

Для выявления алекситимии применялась Торонтская шкала алекситимии (TAS 20) (Taylor G. J. et al., 1985) [14]. Результат 62 и менее баллов расценивался как отсутствие алекситимии, значения в 74 и более балла расценивались как выраженная алекситимия, остальные значения соответствовали промежуточным степеням.

Общая оценка способности больных к повседневному функционированию проводилась по шкале глобального функционирования (Global Assessment of Functioning Scale, GAF) (Luborsky L, 1962) [14] от 0 до 100 баллов. Нормальное функционирование оценивалось в 81-100 баллов, нарушенное в различной степени - менее 81 балла.

Шкала оценки качества и удовлетворенности жизни QLESQ Эндикотт Дж. (Endicott J., 1990) [14], применялась для оценки качества жизни и выявления сфер жизнедеятельности, вызывающих у пациентов наибольший дискомфорт или неудовлетворенность (в категориях работа, личные достижения, здоровье, общение с близкими людьми, поддержка (социальные взаимоотношения), оптимистичность, напряженность (физический и психологический дискомфорт), самоконтроль, негативные эмоции (настроение). Уровень удовлетворенности по общему индексу качества жизни в 4-10 баллов расценивался как очень низкий

(депрессивный), 11-20 баллов как низкий, 21-29 баллов как средний, 30-40 баллов как высокий.

2.2.4. Оценка сексуальной функции и урологической симптоматики

Оценка эректильной дисфункции (ЭД) проводилась квалифицированным врачом-урологом и врачом-психиатром клиническим методом, а также при помощи шкалы Международный индекс эректильной функции (МИЭФ) (Rosen R.C. et al., 1997) [14], характеризующей разные составляющие сексуальной функции (эректильную функцию, оргазмическую функцию, общую удовлетворенность коитусом, либидо) в баллах, соотносимых с нормой. Эректильная дисфункция диагностировалась при сумме баллов менее 26. При 21-25 баллах диагностировалась легкая степень ЭД, при 11-20 баллах средняя степень, при 10 и менее баллах – тяжелая степень ЭД.

Половая конституция оценивалась по шкале векторного определения половой конституции у мужчин Васильченко. (Васильченко Г.С., 1970) [14]. Чрезвычайно слабая конституция соответствовала 1-1,5 баллам; очень слабая 1,6-2,5 баллам; слабая 2,6-3,5 баллам; ослабленный вариант средней половой конституции - 3,6-4,5 баллам; средняя половая конституция - 4,6-5,5 баллам; сильный вариант средней половой конституции - 5,6-6,5 баллам; сильная 6,6-7,5 баллам; очень сильная 7,6-8,5 баллам; чрезвычайно сильная 8,6-9 баллам.

Для анализа урологической симптоматики, входящей в структуру СХТБ/ХАП, применялась шкала IPSS (International Prostate Symptom Score) (ВОЗ, 1992) [14], позволяющая оценить выраженность симптомов нарушения мочеиспускания у больных и определить по количеству баллов степень их тяжести. Количество баллов от 0 до 7 расценивалось как незначительная выраженность симптомов нарушения мочеиспускания, от 8 до 19 - как умеренная, от 20 до 35 баллов - как тяжелая степень симптомов нарушения мочеиспускания.

2.2.5. Определение серотонина крови и катехоламинов мочи

Определение серотонина крови и катехоламинов мочи проводилось в Центральной научно-исследовательской лаборатории (ЦНИЛ) ФГБОУ ВО

РостГМУ Министерства здравоохранения Российской Федерации квалифицированным врачом-лаборантом.

Для определения серотонина крови материалами исследования являлись кровь с гепарином + сыворотка в количестве 4 мл и 5 мл соответственно.

Перед сдачей крови пациенты исключали физические нагрузки и прием алкоголя, а также прием препаратов и пищевых добавок, содержащих кальций.

После забора крови из периферической вены пробирку плавно переворачивали 5-6 раз для полного перемешивания крови с антикоагулянтом, помещали в штатив и отстаивали при комнатной температуре 30 минут в вертикальном положении, затем в течение часа после забора кровь центрифугировали. Далее пробирку помещали в холодильник и передавали курьеру. Образцы крови с образовавшимся сгустком и гемолизом исследованию не подлежали.

Для определения катехоламинов мочи материалами исследования являлись суточная моча с консервантом в количестве 30 мл.

Сбор суточной мочи для анализа проводился следующим образом: в ходе первого утреннего мочеиспускания пациенты полностью опорожняли мочевой пузырь, данную порцию мочи выливали. Далее всю мочу, выделенную после первого мочеиспускания, собирали в ёмкость (не менее трёх литров), которая хранилась в холодильнике при температуре +2-+8 °С с консервантом. Через 24 часа от момента утреннего мочеиспускания мочевой пузырь опорожняли и данную порцию мочи добавляли в контейнер для сбора суточной мочи, перемешивали, измеряли полученный объем. 50 мл собранной мочи отбирали в стерильный контейнер с завинчивающейся крышкой объемом 60 мл, который доставляли в лабораторию.

Лабораторный материал хранился во время транспортировки при температуре +2-+8°С не более 24 часов с момента взятия материала.

Определение концентрации серотонина крови и катехоламинов суточной мочи (адреналина, норадреналина, дофамина) проводилось на жидкостном хроматографе с масс-спектрометрическим детектором Shimadzu 8040 методом

высокоэффективной жидкостной хроматографии.

Результаты полученных исследований (серотонина крови и катехоламины мочи) оценивались квалифицированным врачом-лаборантом и врачом-психиатром, проводившим исследование.

2.2.6. Методы статистического анализа

Полученные результаты исследования вносились в электронные таблицы Microsoft Excel 2007. Статистическая обработка данных проводилась с использованием статистического пакета STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc., США). При проведении статистического анализа руководствовались рекомендациями руководства «Статистический анализ медицинских данных» (О.Ю. Реброва, 2006) [31], а руководства «Статистический анализа и методы в публикуемой литературе для биомедицинских журналов (САМПЛ)» (Ланг Т., Альтман Д., 2014) [22].

При обработке данных оценивался характер распределения непрерывных показателей согласно критерию Шапиро-Уилка. В качестве меры центральной тенденции для непрерывных показателей при нормальном распределении использовалось среднее (M), и стандартное отклонение SD в формате $M (SD)$, в случае отклонения признаков от нормального распределения использовали медиану (Me) и значения квартилей $Q1$ и $Q3$ в формате $Me (Q1; Q3)$. Категориальные данные были представлены в виде частот и процентов $n (\%)$. Значимость различий непрерывных показателей оценивалась с помощью критерия Манна-Уитни. Для сравнения бинарных данных использовались точный критерий Фишера и Хи-квадрат Пирсона. Использовались общепринятый уровень значимости: $p < 0,05$. При сравнении нескольких групп по одному количественному признаку при нормальном распределении признака использовался дисперсионный анализ (ANOVA), при распределении, отличном от нормального, применялся ранговый анализ вариаций по Краскелу-Уолису с последующими апостериорными сравнениями. Для некоторых показателей проводились попарные сравнения между группами, при этом проводился перерасчет порогового уровня значимости согласно поправке Бонферрони. Для

характеристики связей признаков использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена и для непрерывных нормально распределенных показателей коэффициент корреляции Пирсона. Также тесноту связей оценивали с помощью Фи-коэффициента. Силу корреляции оценивали по значению коэффициента корреляции (r): $|r| \leq 0,25$ – слабая корреляция; $0,25 < |r| < 0,75$ – умеренная корреляция; $|r| \geq 0,75$ – сильная корреляция.

2.3. Материалы исследования

С 2016 года по 2019 год пациенты с диагнозом СХТБ/ХАП IIIA и IIIB, проходившие стационарное и амбулаторное обследование в урологическом отделении клиники РостГМУ и базах кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии, не имеющие отклика на стандартную терапию, направлялись на обследование и участие в данном исследовании на кафедру психиатрии, наркологии и клинической психологии РостГМУ.

У всех пациентов, направлявшихся на исследование, квалифицированным урологом были исключены клинически значимые соматические заболевания, проявлением которых являлась бы боль в области таза (острый простатит, хронический бактериальный простатит, острые урогенитальные воспалительные процессы; инфекции, передающиеся половым путем, другие заболевания органов таза, сопровождающиеся болевым синдромом).

Все пациенты были консультированы квалифицированными врачом-неврологом, врачом-травматологом, врачом-проктологом для исключения заболеваний неврологического, травматического, проктологического генеза, обуславливающих бы болевой синдром в области таза.

Дифференцировка пациентов на воспалительную (СХТБ/ХАП III A) и невоспалительную (СХТБ/ХАП III B) формы СХТБ/ХАП осуществлялась квалифицированным врачом-урологом по результатам комбинированной оценки микроскопии и культурального исследования мочи и секрета простаты стандартной методикой - 4-х стаканной пробой Мирса-Стеми [3, 6].

Все пациенты, направлявшиеся на исследование, не имели отклика на терапию стандартными урологическими методиками.

Все пациенты перед включением в исследование были осмотрены совместным консилиумом врачей-психиатров и врача-уролога на предмет оценки критериев включения и исключения в исследование.

На первом визите скрининга пациентам предлагалось подписать «Информированное согласие пациента». Из 123 направленных больных 77 согласились на участие в исследовании. Из них двое пациентов не были включены в исследование в соответствии с критерием исключения «психотическое состояние» (1 пациент - маниакально-параноидный синдром, 1 пациент - парафренный синдром) на момент визита скрининга. Также на этапе обследования по данному критерию (развитие психотического состояния в рамках депрессивно-параноидного синдрома) был исключен из исследования 1 пациент.

Основу исследования представили 74 пациента с СХТБ/ХАП III, которые составили ОГ - 40 пациентов с СХТБ/ХАП ШБ (абактериальный невоспалительный простатит), КГ1 - 34 пациента с СХТБ/ХАП ША (абактериальный воспалительный простатит). КГ2 составили 50 здоровых добровольцев.

Расчет мощности исследования (не менее 80%) был проведен с учетом статистических рекомендаций [22, 31]. Вычисления минимальных стандартизированных различий нескольких ключевых количественных признаков, анализируемых в исследовании, проводились по формуле: d/SD (где d - абсолютное значение минимального среднего различия между группами сравнения, имеющее клиническую значимость, SD - стандартное отклонение признака, который был получен в предыдущих исследованиях). Также анализировались бинарные признаки важных показателей планируемого исследования по формуле:

$$\sqrt{\frac{P_1 - P_2}{\frac{P_1 + P_2}{2} \left(1 - \frac{P_1 + P_2}{2}\right)}} \quad (1)$$

где P_1 и P_2 частоты исходов исследуемых показателей в сравниваемых группах.

Необходимый объем выборки определялся по номограмме, для получения искомой мощности исследования в 80%. Объем исследуемой выборки был достаточен для проведения исследования.

2.4. Социально-демографические характеристики

Медиана возраста обследованных участников исследования составила 37,0 лет, интерквартильный размах (32;42) года, сравниваемые группы статистически значимо не различались по данному признаку ($p=0,28$) (Таблица 2.3).

Таблица 2.3 – Возраст пациентов в группах сравнения

Группы	Возраст				p
	n	Медиана (Me)	Верхний квартиль (Q1)	Нижний квартиль (Q3)	
ОГ	40	35,5	29,5	45,0	0,28
КГ1	34	38,0	32,0	41,0	
КГ2	50	37,5	34,0	43,0	
Всего	124	37,0	32,0	42,0	

Примечание – p значимость различий между группами. Критерий Краскела-Уоллиса.

При анализе уровня образования в исследуемых группах установлено, что в целом в когорте исследуемых преобладали пациенты с высшим образованием – 55,3% (68 чел.).

Выявлено статистически значимое различие в уровне образования между ОГ и КГ1: для группы абактериального невоспалительного простатита (ОГ) статистически значимо чаще были характерны пациенты со средне-специальным образованием – в 64,1% (25 чел.) против 29,4% (10 чел.) КГ1 ($p=0,003$). А для группы абактериального воспалительного простатита (КГ1) статистически

значимо чаще пациенты имели высшее образование – в 70,6% (24 чел.) против 35,9% (15 чел.) ОГ ($p=0,003$). Сравнение ОГ и КГ1 со здоровым контролем (КГ2) не выявило статистически значимых различий в уровне образования между больными СХТБ/ХАП и здоровым контролем ($p=0,033$, при пороговом уровне значимости 0,017 с учетом поправки по Бонферрони) (Таблица 2.4).

Таблица 2.4 – Образование пациентов в группах сравнения

Образование	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	КГ2 n (%)	Всего	$p_{\text{ОГ/КГ1}}$	$p_{\text{ОГ/КГ2}}$	$p_{\text{КГ1/КГ2}}$
Средне-специальное	25 (64,1%)	10 (29,4%)	20 (40,0%)	55 (44,7%)	0,003	0,033	0,36
Высшее	15 (35,9%)	24 (70,6%)	30 (60,0%)	68 (55,3%)			
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	50 (100,0%)	124 (100,0%)			

Примечание – $p_{\text{ОГ/КГ1}}$ значимость различий между группами ОГ и КГ1; $p_{\text{ОГ/КГ2}}$ значимость различий между ОГ и группами КГ2; $p_{\text{КГ1/КГ2}}$ значимость различий между группами КГ1 и КГ2. Парные сравнения по критерию Фишера. С учетом поправки Бонферрони на множественность сравнения, пороговый уровень значимости $p=0,017$.

В целом в когорте больных преобладали служащие, доля которых составила 42,3% (52 чел.) ($p=0,11$) (Таблица 2.5).

Таблица 2.5 – Место работы пациентов в группах сравнения

Место работы	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	КГ2 n (%)	Всего	$p_{\text{ОГ/КГ1}}$	$p_{\text{ОГ/КГ2}}$	$p_{\text{КГ1/КГ2}}$
Предприниматель	11 (28,2%)	13 (38,2%)	9 (18,0%)	33 (26,8%)	0,11	0,001	0,061
Служащий	23 (59,0%)	12 (35,3%)	17 (34,0%)	52 (42,3%)			
Рабочий	5 (12,8%)	9 (26,5%)	24 (48,0%)	38 (30,9%)			
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	50 (100,0%)	124 (100,0%)			

Примечание – $p_{\text{ОГ/КГ1}}$ значимость различий между группами ОГ и КГ1; $p_{\text{ОГ/КГ2}}$ значимость различий между ОГ и группами КГ2; $p_{\text{КГ1/КГ2}}$ значимость различий между группами КГ1 и КГ2. Парные сравнения по критерию Фишера. С учетом поправки Бонферрони на множественность сравнения, пороговый уровень значимости $p=0,017$.

В ОГ в сравнении с КГ2 статистически значимо чаще пациенты являлись

служащими – в 59,0% (23 чел.) против 35,3% (12 чел.) соответственно и предпринимателями – 28,2% (11 чел.) против 18,0% (9 чел.) соответственно ($p=0,001$).

Ни один пациент, принимавший участие в исследовании, не потерял работоспособность полностью или частично из-за СХТБ/ХАП и не имел группы инвалидности.

Большая часть участвующих в исследовании проживали в городе - 68,3% (84 чел.) (Таблица 2.6).

Таблица 2.6 – Место проживания пациентов в группах сравнения

Место проживания	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	КГ2 n (%)	Всего	$p_{\text{ОГ/КГ1}}$	$p_{\text{ОГ/КГ2}}$	$p_{\text{КГ1/КГ2}}$
Город	29 (74,4%)	16 (47,1%)	39 (78,0%)	84 (68,3%)	0,029	0,80	0,005
Село	10 (25,6%)	18 (52,9%)	11 (22,0%)	39 (31,7%)			
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	50 (100,0%)	124 (100,0%)			

Примечание – $p_{\text{ОГ/КГ1}}$ значимость различий между группами ОГ и КГ1; $p_{\text{ОГ/КГ2}}$ значимость различий между ОГ и группами КГ2; $p_{\text{КГ1/КГ2}}$ значимость различий между группами КГ1 и КГ2. Парные сравнения по критерию Фишера. С учетом поправки Бонферрони на множественность сравнения, пороговый уровень значимости $p=0,017$.

Статистически значимые различия по показателю «место проживания» выявлены только при сравнении КГ1 со здоровым контролем (КГ2) – для группы абактериального воспалительного простатита (КГ1) статистически значимо чаще были характерны жители села – в 52,9% (18 чел.) в сравнении с 22,0 (11 чел.) КГ2 ($p=0,005$, при пороговом уровне значимости 0,017 с учетом поправки по Бонферрони).

Большая часть больных в целом - 62,3% (76 чел.) состояли в официальном браке.

Для больных СХТБ/ХАП (ОГ и КГ1) не были характерны пациенты, состоящие в гражданском браке ($p<0,001$), но статистически значимо чаще были характерны не женатые и не имеющие постоянных партнерш пациенты – 23,1% (9 чел.) в ОГ и 15,2% (5 чел.) в КГ1 в сравнении со здоровым контролем (КГ2) - 4,0%

(2 чел.), ($p < 0,001$).

Также больные СХТБ/ХАП (ОГ и КГ1), в отличии от группы здорового контроля (КГ2) статистически значимо чаще были разведены – в 12,8% (5 чел.) в ОГ и в 18,2% (6 чел.) в КГ1 в сравнении с 6,0% (3 чел.) КГ2, ($p < 0,001$) (Таблица 2.7).

Таблица 2.7 – Семейное положение больных сравниваемых групп

Семейное положение	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	КГ2 n (%)	Всего	Р ОГ/КГ1	Р ОГ/КГ2	Р КГ1/КГ2
Официальный брак	25 (64,1%)	22 (66,7%)	29 (58,0%)	76 (62,3%)	0,62	<0,001	<0,001
Гражданский брак	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (18,0%)	9 (7,4%)			
Разведен	5 (12,8%)	6 (18,2%)	3 (6,0%)	14 (11,5%)			
Не женаты, имеющие постоянную партнершу	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (14,0%)	7 (5,7%)			
Не женаты, не имеющие постоянной партнерши	9 (23,1%)	5 (15,2%)	2 (4,0%)	16 (13,1%)			
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0)	50 (100,0)	124 (100,0%)			

Примечание – $p_{\text{ОГ/КГ1}}$ значимость различий между группами ОГ и КГ1; $p_{\text{ОГ/КГ2}}$ значимость различий между ОГ и группами КГ2; $p_{\text{КГ1/КГ2}}$ значимость различий между группами КГ1 и КГ2. Парные сравнения по критерию Хи квадрат. С учетом поправки Бонферрони на множественность сравнения, пороговый уровень значимости $p=0,017$.

В повторном браке состояли 9,7% (12 чел.) когорты исследуемых, у большинства исследуемых – 75,8% (94 чел.) имелись дети - статистически значимых различий по данным признакам между группами сравнения (ОГ, КГ1 и КГ2 между собой) не выявлено ($p > 0,017$ с учетом поправки Бонферрони) (Таблицы 2.8, 2.9).

Таблица 2.8 – Пациенты сравниваемых групп, состоящие в повторном браке

Предыдущие браки	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	КГ2 n (%)	Всего	$p_{\text{ОГ/КГ1}}$	$p_{\text{ОГ/КГ2}}$	$p_{\text{КГ1/КГ2}}$
Отсутствуют	38 (95,0%)	31 (91,2%)	43 (86,0%)	112 (90,3%)	0,66	0,29	0,73
Имеются	2 (5,0%)	3 (8,8%)	7 (14,0%)	12 (9,7%)			
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	50 (100,0%)	124 (100,0%)			

Примечание – $p_{\text{ОГ/КГ1}}$ значимость различий между группами ОГ и КГ1; $p_{\text{ОГ/КГ2}}$ значимость различий между ОГ и группами КГ2; $p_{\text{КГ1/КГ2}}$ значимость различий между группами КГ1 и КГ2. Парные сравнения по критерию Фишера. С учетом поправки Бонферрони на множественность сравнения, пороговый уровень значимости $p=0,017$.

Таблица 2.9 – Сравнение пациентов ОГ, КГ1 и КГ2 по наличию детей

Наличие детей	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	КГ2 n (%)	Всего	$p_{\text{ОГ/КГ1}}$	$p_{\text{ОГ/КГ2}}$	$p_{\text{КГ1/КГ2}}$
Нет детей	11 (27,5%)	8 (23,5%)	11 (22,0%)	30 (24,2%)	0,79	0,62	1,0
Есть дети	29 (72,5%)	26 (76,5%)	39 (78,0%)	94 (75,8%)			
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	50 (100,0%)	124 (100,0%)			

Примечание – $p_{\text{ОГ/КГ1}}$ значимость различий между группами ОГ и КГ1; $p_{\text{ОГ/КГ2}}$ значимость различий между ОГ и группами КГ2; $p_{\text{КГ1/КГ2}}$ значимость различий между группами КГ1 и КГ2. Парные сравнения по критерию Фишера. С учетом поправки Бонферрони на множественность сравнения, пороговый уровень значимости $p=0,017$.

Ни один показатель из группы социально-демографических характеристик не обнаружил корреляции ни с одним из параметров симптоматики СХТБ/ХАП.

2.5. Резюме

Участники исследования представляли собой мужчин молодого возраста – медиана 37,0 лет (интерквартильный размах 32;42), в некотором большинстве имеющие высшее образование, работающие, преимущественно служащие, в большинстве проживающие в городе, состоящие в браке и имеющие детей.

При сравнении групп абактериального невоспалительного (ОГ) и абактериального воспалительного (КГ1) простатита между собой статистически значимых различий выявлено не было ($p>0,05$).

При сравнении групп больных СХТБ/ХАП (ОГ, КГ1) с группой здорового контроля (КГ2) установлено, что больные абактериальным невоспалительным простатитом (ОГ) статистически значимо чаще являлись служащими и предпринимателями ($p < 0,001$), а больные абактериальным воспалительным простатитом (КГ1) – статистически значимо чаще проживали в сельской местности ($p = 0,005$).

Также больные СХТБ/ХАП обеих групп сравнения (ОГ и КГ1) статистически значимо чаще, чем мужчины здорового контроля (КГ2) являлись не женатыми и не имели постоянных половых партнеров при этом ($p < 0,001$), а также статистически значимо чаще были разведены ($p < 0,001$).

ГЛАВА 3. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

3.1. Преморбидные особенности пациентов

Все участники исследования обследовались на наличие наследственной отягощенности по психопатологии, которая считалась таковой, если участник или его родственники 1 и 2 линии родства сообщали о наличии диагноза психического расстройства или сообщали данные, которые могли быть однозначно расценены как наличие психического расстройства у родных участников исследования.

Всего отягощенность по психопатологии у участников исследования (основной и контрольной групп) выявлена у 46,0% (57 чел.) (ОГ=КГ1+КГ2). При этом в ОГ психопатологическая отягощенность выявлена у 85,0% (34 чел.), в КГ1 у 47,0% (16 чел.), в КГ2 у 14,0% (7 чел.).

При сравнении по показателю «наследственная отягощенность по психопатологии» больных СХТБ/ХАП (ОГ+КГ1) и группы здорового контроля (КГ2) установлено, что для больных СХТБ/ХАП статистически значимо более характерна наследственная отягощенность, чем в здоровом контроле: 40,3% (50 чел) ОГ+КГ1 в сравнении с 14,0% (7 чел.) КГ2 ($p=0,00001$).

При сравнении по данному показателю группы абактериального невоспалительного простатита (ОГ) с группами контроля (КГ1 и КГ2) установлено, что психопатологическая отягощенность статистически значимо чаще была характерна для группы абактериального невоспалительного простатита (ОГ) в сравнении с группами контроля (КГ1 и КГ2): 85,0% (34 чел.) ОГ в сравнении с 47,0% (16 чел.) КГ1 и с 14,0% (7 чел.) КГ2 соответственно ($p=0,0067$, $p=0,000004$, с учетом поправки Бонферрони).

Группа абактериального воспалительного простатита (КГ1) по показателю «наследственная отягощенность по психопатологии» статистически значимо не

различалась со здоровым контролем (КГ2) – 47,0% (16 чел.) КГ1 против 14,0% (7 чел.) КГ2 ($p=0,078$).

При анализе психопатологической отягощенности по нозологиям установлено, что в группе абактериального невоспалительного простатита (ОГ) в сравнении со здоровым контролем (КГ2) статистически значимо чаще выявлялась наследственная отягощенность по депрессиям – 17,5% (7 чел.) в сравнении с 0,0% (0 чел.) КГ2 ($p=0,0065$ с учетом поправки Бонферрони) и по употреблению психоактивных веществ – 52,5% (21 чел.) в сравнении с 14,0% (7 чел.) КГ2 ($p=0,008$ с учетом поправки Бонферрони).

Статистически значимых различий между группами абактериального воспалительного простатита (КГ1) и здорового контроля (КГ2), а также при сравнении групп больных между собой (ОГ и КГ1) не выявлено ($p>0,017$ с учетом поправки Бонферрони).

Наследственная отягощенность по психопатологии участников исследования представлена в таблице 3.1.

Таблица 3.1 – Наследственная отягощенность участников исследования

Наследственная отягощенность родственников 1 и 2 линии родства	ОГ		КГ1		КГ2		p _{ОГ/КГ1}	P _{ОГ/КГ2}	P _{КГ1/КГ2}
	n	%	n	%	n	%			
по психопатологии в целом	34	85,0	16	47,0	7	14,0	0,0067	0,000004	0,078
по депрессии	7	17,5	6	17,6	0	0,0	0,782	0,0065	0,029
по употреблению ПАВ	21	52,5	10	29,4	7	14,0	0,053	0,008	0,465
по синдрому хронической тазовой боли (СХТБ)	2	5,0	0	0,0	0	0,0	0,497	0,497	-
по синдрому хронической боли другой локализации	3	7,5	1	2,9	0	0,0	0,62	0,123	0,5

Примечание – $p_{ОГ/КГ1}$ значимость различий между группами ОГ и КГ1; $p_{ОГ/КГ2}$ значимость различий между ОГ и группами КГ2; $p_{КГ1/КГ2}$ значимость различий между группами КГ1 и КГ2. Парные сравнения по критерию Фишера. С учетом поправки Бонферрони на множественность сравнения, пороговый уровень значимости $p=0,017$.

Выявление перинатальной патологии, патологии раннего детского возраста представляло некоторые трудности, так как вся когорта пациентов была

представлена мужчинами, у подавляющего большинства которых данные о беременности, родах матери, раннем периоде детства выявить не удалось из-за отсутствия интереса и склонности обсуждать данные темы с родными.

Тем не менее, установлено, что 17,5% (23 чел.) больных ОГ и КГ1 имели перинатальную патологию, представленную гестозами 1-й и/или 2-й половины беременности, 3,0% (2 чел.) пациентов были рождены раньше срока (в период 34-35 недель беременности матери), 11,0% (8 чел.) пациентов рождены путем кесарева сечения, в асфиксии в родах - 1,5 % (1 чел.) пациентов. У 5,5% (4 чел.) больных в детском возрасте наблюдался логоневроз, у 3,0% (2 чел.) - ночной энурез. По данным показателям статистически значимых различий в группах сравнения (ОГ и КГ1, ОГ и КГ2, КГ1 и КГ2) не выявлено ($p>0,05$).

Пубертат у 64% (47 чел.) сравниваемых групп протекал сглажено, у остальных - без особенностей. По данному показателю статистически значимых различий в группах сравнения не выявлено ($p>0,05$).

Большая часть больных воспитывались в структурно полной семье – 62,0% (46 чел.), в которой являлись единственным ребенком 63,7% (47 чел.). В целом отношения в родительской семье расценивались пациентами как «хорошие» в 67,7% (49 чел.), как «плохие» в 22,6% (17 чел.) и как «нейтральные» в 9,7% (8 чел.). Статистически значимых различий между группами сравнения по данным показателям не выявлено ($p>0,05$).

В системе воспитания в родительской семье пациентов преобладал гармонический тип в 22,6% (28 чел.), часто встречались противоречивый тип воспитания - в 14,5% (18 чел.), воспитание по типу моральной ответственности – в 12,9% (16 чел.), а также по типу формального воспитания – в 12,9% (16 чел.). В системе наказаний в детстве преобладало вербальное – в 73,4% (54 чел.). Статистически значимых различий между группами сравнения по данным показателям не выявлено ($p>0,05$) (Таблица 3.2).

Таблица 3.2 – Система воспитания больных сравнимых групп

Система воспитания	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	КГ2 n (%)	Всего	p
Гармоничное	12 (30,0%)	2 (5,9%)	14 (28,0%)	28 (22,6%)	0,45
Гиперопека	3 (7,5%)	1 (2,9%)	1 (2,0%)	5 (4,0%)	
Гипоопека	1 (2,5%)	4 (11,8%)	4 (8,0%)	9 (7,3%)	
По типу формального	3 (7,5%)	6 (17,7%)	7 (14,0%)	16 (12,9%)	
По типу моральной ответственности	4 (10,0%)	5 (14,7%)	7 (14,0%)	16 (12,9%)	
Противоречивое воспитание	10 (25,0%)	6 (17,7%)	2 (4,0%)	18 (14,5%)	
Авторитарный тип воспитания	1 (2,5%)	5 (14,7%)	0 (0,0%)	6 (4,8%)	
По типу «ежовые рукавицы»	2 (5,0%)	5 (14,7%)	1 (2,0%)	8 (6,5%)	
По типу «кумир семьи»	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (6,0%)	3 (2,4%)	
Демократический тип воспитания	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (18,0%)	9 (7,3%)	
Эмоциональное отвержение	2 (5,0%)	0 (0,0%)	2 (4,0%)	4 (3,2%)	
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	50 (100,0%)	124 (100,0%)	

Примечание – p - значимость различий между группами ОГ, КГ1 и КГ2, критерий Хи квадрат.

О перенесенном в детском возрасте физическом насилии в семье сообщили 4,8% (6 чел.) больных только группы абактериального невоспалительного простатита (ОГ) (статистически значимая разница со здоровым контролем, $p=0,006$).

Сопутствующая соматическая патология была выявлена у 2,48% (3 чел.) пациентов и наблюдалась только в группе абактериального невоспалительного простатита (ОГ) – 7,5% (3 чел.), была представлена артериальной гипертензией у

пациентов старшей возрастной группы и не имела статистической значимости между группами сравнения ($p > 0,05$).

До начала текущего СХТБ/ХАП 53,2% (66 чел.) всех больных, включенных в исследование, перенесли урологическое заболевание (острый бактериальный простатит и острый уретрит), которые наблюдались у них статистически значимо чаще в сравнении со здоровым контролем (КГ2) ($p = 0,001$ и $p = 0,021$); без статистически значимых различий между группами сравнения ОГ и КГ1 ($p = 0,81$, $p = 0,57$) по данному признаку (Таблица 3.3).

Таблица 3.3 – Урологические заболевания в анамнезе в группах сравнения

Урологические заболевания в анамнезе	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	КГ2 n (%)	Всего	$p_{\text{ОГ/КГ1}}$	$p_{\text{ОГ/КГ2}},$ $p_{\text{КГ1/КГ2}}$
Острый простатит	26 (65,0%)	21 (61,8%)	3 (%)	50 (40,3%)	0,81	0,001
Острый уретрит	7 (17,5%)	8 (23,5%)	1 (%)	16 (12,9%)	0,57	0,021
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	50 (100,0%)	124 (100,0%)	-	-

Примечание – значимость различий между группами ОГ и КГ1, точный двусторонний критерий Фишера.

При анализе половой конституции сравниваемых групп установлено, что в ОГ преобладали пациенты со средней половой конституцией – 45,0% (18 чел.) и слабой половой конституцией – 22,5% (9 чел.); в КГ1 чаще встречались больные со средней – 29,4% (10 чел.) и слабой половой конституцией – у 17,6% (6 чел.), а также, в равной степени, с сильным вариантом средней и очень сильной конституции – по 14,7% (5 чел.); в КГ2 преобладали мужчины с сильным вариантом средней половой конституции – 30,0% (15 чел.) и сильной – 30,0% (15 чел.). Для КГ2 не были характерны чрезвычайно слабый и очень слабый вариант половой конституции; для ОГ и КГ1 не была характерна чрезвычайно сильная половая конституция (Таблица 3.4).

Таблица 3.4 – Результаты шкалы векторного определения половой конституции у мужчин Г.С. Васильченко

Половая конституция	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	КГ2 (здоровые)	Всего	p ОГ/КГ1	p ОГ/КГ2	p КГ1/КГ2
Чрезвычайно слабая	1 (2,5%)	1 (2,9%)	0 (0,0%)	2 (1,6%)	0,54	<0,001	0,12
Очень слабая	2 (5,0%)	1 (2,9%)	0 (0,0%)	3 (2,4%)			
Слабая	9 (22,5%)	6 (17,6%)	5 (10,0%)	20 (16,1%)			
Ослабленный вариант средней	2 (5,0%)	3 (8,8%)	5 (10,0%)	10 (8,1%)			
Средняя	18 (45,0%)	10 (29,4%)	6 (12,0%)	34 (27,4%)			
Сильный вариант средней	3 (7,5%)	5 (14,7%)	15 (30,0%)	23 (18,5%)			
Сильная	4 (10,0%)	3 (8,8%)	15 (30,0%)	22 (17,7%)			
Очень сильная	1 (2,5%)	5 (14,7%)	3 (6,0%)	9 (7,3%)			
Чрезвычайно сильная	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)	1 (0,8%)			
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	50 (100,0%)	124 (100,0%)			

Примечание – p значимость различий между группами ОГ, КГ1 и КГ2, критерий Хи квадрат.

Группы ОГ и КГ1 статистически значимо не различались между собой по признаку «половая конституция» ($p=0,54$). Также не выявлено статистически значимых различий по данному признаку между КГ1 и КГ2 ($p=0,12$).

Статистически значимые различия выявлены в ОГ, в которой реже наблюдались пациенты с сильным вариантом средней – 7,5% (3 чел.) и сильной половой конституцией – 10,0% (4 чел.) в сравнении со здоровым контролем - по 30,0% (15 чел.) соответственно ($p<0,001$). Также в ОГ статистически значимо чаще наблюдались пациенты со средней половой конституцией в сравнении со здоровым контролем (КГ2) – 45,0% (18 чел.) в ОГ и 12,0% (6 чел.) в КГ2 ($p<0,001$) (Рисунок 3.1).

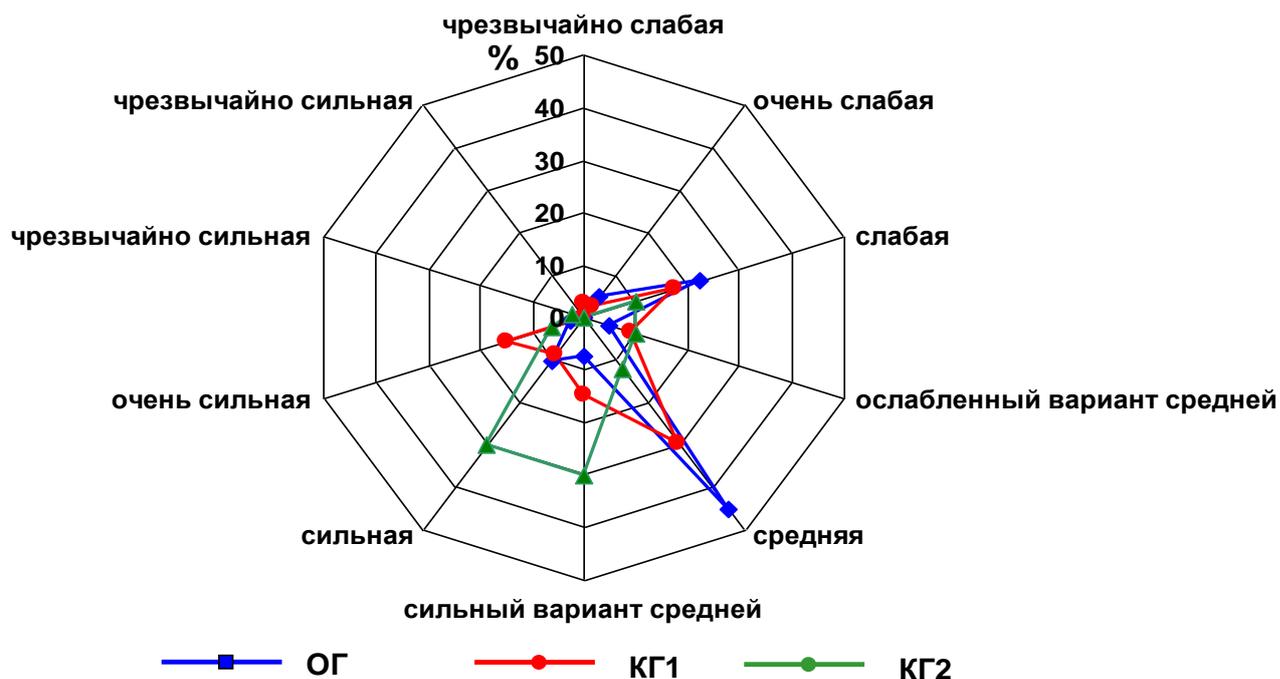


Рисунок 3.1 – Распределение (%) пациентов сравниваемых групп по значениям половой конституции по шкале векторного определения половой конституции у мужчин Г.С. Васильченко

Клинико-ретроспективно было установлено, что до развития СХТБ/ХАП у 48,6% (36 чел.) больных в анамнезе наблюдались психические расстройства (Таблица 3.5).

Таблица 3.5 – Психические заболевания участников исследования в анамнезе

Психические заболевания у анамнезе	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	КГ2 n (%)	Всего	p
Зависимость от ПАВ	9 (22,5%)	7 (20,6%)	0 (0,00%)	16 (12,91%)	0,055
Рекуррентное депрессивное расстройство	5 (12,5%)	5 (14,7%)	0 (0,0%)	10 (13,5%)	1,000
Расстройство приспособительных реакций (адаптации)	4 (10,0%)	3 (8,8%)	0 (0,0%)	8 (6,5%)	0,25
Биполярное аффективное расстройство	3 (7,5%)	2 (5,9%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)	1,000
Посттравматическое стрессовое расстройство	1 (2,5%)	1 (2,9%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)	0,89

Примечание – р-значимость различий между группами ОГ, КГ1 и КГ2, критерий Хи квадрат.

Психические расстройства в анамнезе у больных СХТБ/ХАП были представлены зависимостью от ПАВ – у 22,5% (9 чел.) в ОГ и у 20,6% (7 чел.) в КГ1; депрессивным эпизодом в рамках РДР – у 12,5% (5 чел.) ОГ и у 14,7% (5 чел.) КГ1; расстройством приспособительных реакций – у 10,0% (4 чел.) в ОГ и у 8,8% (3 чел.) КГ1; БАР – у 7,5% (3 чел.) в ОГ и 5,9% (2 чел.) КГ1; ПТСР – у 2,5% (1 чел.) в ОГ и у 2,9% (1 чел.) в КГ1, без статистически значимых различий по данным показателям в сравниваемых группах ($p>0,05$).

В целом психические расстройства в анамнезе у больных СХТБ/ХАП выявлены у 48,6% (36 чел.) больных, что статистически значимо чаще чем в здоровом контроле ($p=0,0000$), также в группе абактериального.

Длительность течения психических расстройств, выявленных в анамнезе (до развития СХТБ/ХАП) у больных ОГ составила от 2 до 15 месяцев, у больных КГ1 - от 1 до 5 месяцев, без статистически значимых различий по данному показателю между указанными группами сравнения ($p>0,05$).

В таблице 3.6 представлена продолжительность психических расстройств в анамнезе больных СХТБ/ХАП.

Таблица 3.6 – Продолжительность психических расстройств до начала СХТБ/ХАП

Длительность перенесенных психических расстройств (мес.)	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	КГ2 n (%)	Всего	p ОГ/КГ1	p ОГ/КГ2	p КГ1/КГ2
0	37 (92,5%)	30 (88,2%)	50 (100,00%)	117 (94,4%)	0,21	0,17	0,057
1	0 (0,0%)	2 (5,9%)	0 (0,0%)	2 (1,6%)			
2	1 (2,5%)	1 (2,9%)	0 (0,0%)	2 (1,6%)			
5	0 (0,0%)	1 (2,9%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)			
10	1 (2,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)			
15	1 (2,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)			
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	50 (100,0%)	124 (100,0%)			

Примечание – $p_{\text{ОГ/КГ1}}$ значимость различий между группами ОГ и КГ1; $p_{\text{ОГ/КГ2}}$ значимость различий между ОГ и группами КГ2; $p_{\text{КГ1/КГ2}}$ значимость различий между группами КГ1 и КГ2. Критерий Краскела Уоллиса.

В таблице 3.7 представлены данные выявленной зависимости от психоактивных веществ в анамнезе у участников исследования.

Таблица 3.7 – Зависимость от ПАВ в сравниваемых группах

Да/нет	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	КГ2 n (%)	Всего	р ОГ/КГ1	р ОГ/КГ2	р КГ1/КГ2
Зависимость от конопли							
Нет	34 (85,0%)	29 (85,2%)	50 (100,0%)	113 (91,1%)	1,0	0,006	0,090
Да	6 (15,0%)	5 (14,7%)	0 (0,0%)	11 (8,8%)			
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	50 (100,0%)	124 (100,0%)			
Зависимость от алкоголя (алкоголизм)							
Нет	40 (100,0%)	33 (97,0%)	50 (100,0%)	123 (99,2%)	1,0	0,090	0,4
Да	0 (0,0%)	1 (2,9%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)			
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	50 (100,0%)	124 (100,0%)			
Зависимость от синтетических наркотиков							
Нет	37 (92,5%)	33 (97,0%)	50 (100,0%)	120 (96,7%)	0,62	0,084	0,40
Да	3 (7,5%)	1 (2,9%)	0 (0,0%)	4 (3,2%)			
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	50 (100,0%)	124 (100,0%)			

Примечание – $p_{\text{ОГ/КГ1}}$ значимость различий между группами ОГ и КГ1; $p_{\text{ОГ/КГ2}}$ значимость различий между ОГ и группами КГ2; $p_{\text{КГ1/КГ2}}$ значимость различий между группами КГ1 и КГ2. Парные сравнения по критерию Фишера. С учетом поправки Бонферрони на множественность сравнения, пороговый уровень значимости $p=0,017$.

При более детальном анализе наркологического анамнеза у пациентов исследуемых групп выявлена зависимость от каннабиоидов у 8,8% (11 чел.) – 15,0% (6 чел.) ОГ и 14,7% (5 чел.) КГ1; алкоголизм у 0,8% (1 чел.) в КГ1 (верифицирована средняя стадия алкогольной зависимости легкой степени (F 10.3); зависимость от синтетических наркотиков у 3,2% (4 чел.) – 7,5% (3 чел.) в ОГ и 2,9% (1 чел.) КГ1. Группы ОГ и КГ1 статистически значимо не различались по данным признакам ($p=1,0$).

Выявлена статистически значимое различие наличия зависимости от конопли в группе абактериального невоспалительного простатита (ОГ) в сравнении со здоровым контролем (КГ2) ($p=0,006$).

Продолжительность зависимости от конопли в ОГ составила от 2 до 12 лет, в КГ1 от 1,5 до 10 лет; зависимости от приема синтетических наркотиков в ОГ от 6 мес. до 2 лет, в КГ1 от 6 мес. до 1,5 лет. Продолжительность зависимости от

алкоголя, наблюдавшейся только в ОГ, составила 15 лет. По данным признакам сравниваемые группы статистически значимо не различались ($p=0,8$, поправка Бонферрони).

3.2. Характеристика болевых ощущений у больных СХТБ/ХАП

У всех больных, участвовавших в исследовании, болевые ощущения в области таза возникли впервые. Медиана возраста возникновения боли в области таза составила 31,8 лет (межквартильный размах 27,0, 37,5), без статистически значимых различий по данному признаку между ОГ и КГ1 ($p=0,17$) (Таблица 3.8).

Таблица 3.8 – Сравнение пациентов ОГ и КГ1 по возрасту возникновения болевых ощущений

Показатель	ОГ Me (Q1; Q3)	КГ1 Me (Q1; Q3)	Всего Me (Q1; Q3)	p
Возраст возникновения боли	30,5 (24,5; 36,8)	32,5 (28,6; 38,5)	31,8 (27,0; 37,5)	0,17

Примечание – p значимость различий между группами ОГ и КГ1, критерий Манна Уитни.

Средняя продолжительность болевых ощущений в области таза в когорте больных составила 3,0 года, без статистически значимых различий между ОГ и КГ1 ($p=0,23$).

На рисунке 3.2 продемонстрировано, что у большей части пациентов обеих групп сравнения болевые ощущения продолжались на протяжении от 1 года до 4 лет.

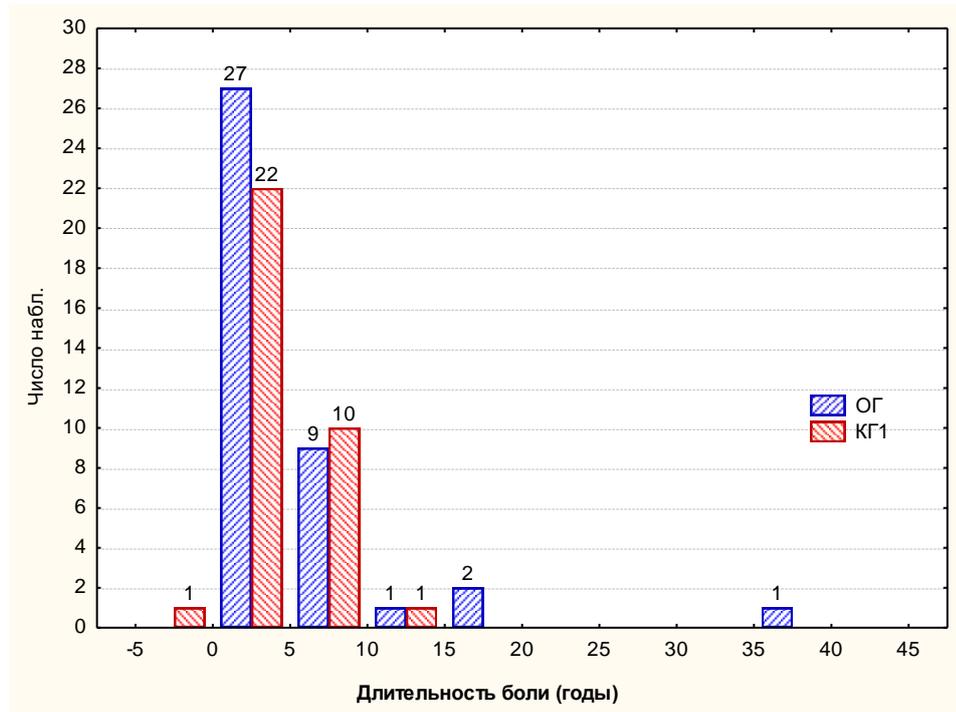


Рисунок 3.2 – Продолжительность боли в области таза у пациентов ОГ и КГ1 (годы)

На рисунке 3.3 представлена связь длительности боли и продолжительности психических заболеваний в целом у больных.

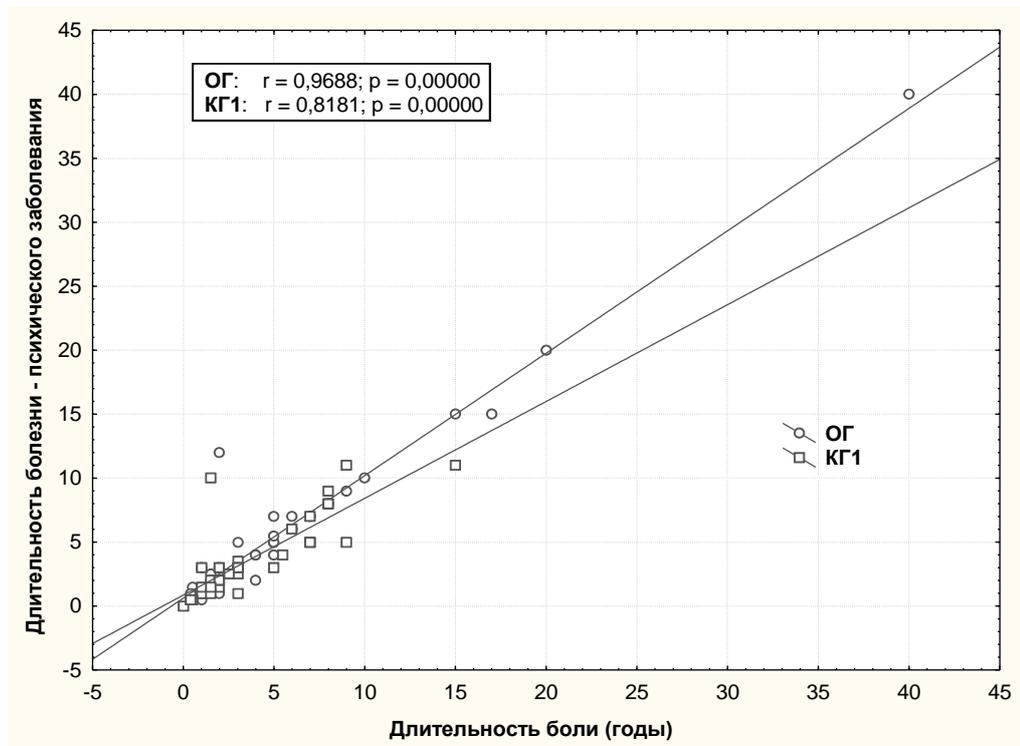


Рисунок 3.3 – Связь длительности боли и продолжительности психических заболеваний в целом у пациентов ОГ и КГ1 групп

Интенсивность боли в сравниваемых группах представлена на рисунке 3.4

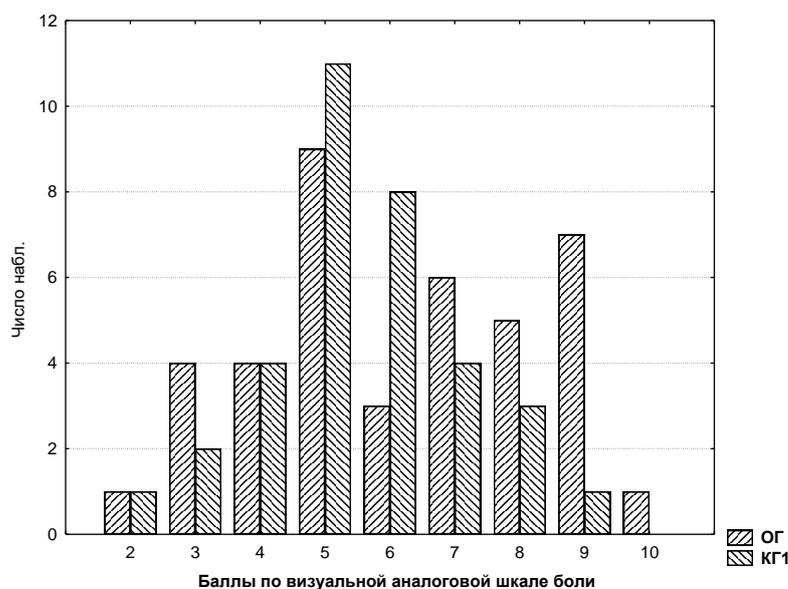


Рисунок 3.4 – Выраженность боли во ВАШ боли

Выявлена связь длительности боли и продолжительности психических заболеваний в целом у больных ОГ и КГ1: установлена сильная корреляция - очень сильная связь (коэффициент корреляции Пирсона $r = 0,9688$ ($p < 0,001$) в ОГ и $r = 0,8181$ ($p < 0,001$) в КГ1 при сравнении продолжительности течения болевых ощущений у пациентов ОГ и КГ1 и продолжительности течения выявленных у них психических расстройств (Таблица 3.9).

Таблица 3.9 – Баллы по визуальной аналоговой шкале боли у больных СХТБ/ХАП

Баллы по ВАШ боли	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	КГ2 n (%)	Всего	p ОГ/КГ1	p ОГ/КГ2	p КГ1/КГ2
0	0 (0,0%)	0 (0,0%)	50 (100,0%)	50 (40,3%)	1,0	<0,001	<0,001
1	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)			
2	1 (2,5%)	1 (2,9%)	0 (0,0%)	2 (1,6%)			
3	4 (10,0%)	2 (5,9%)	0 (0,0%)	6 (4,8%)			
4	4 (10,0%)	4 (11,8%)	0 (0,0%)	8 (6,5%)			
5	9 (22,5%)	11 (32,4%)	0 (0,0%)	20 (16,1%)			
6	3 (7,5%)	8 (23,5%)	0 (0,0%)	11 (8,9%)			
7	6 (15,0%)	4 (11,8%)	0 (0,0%)	10 (8,1%)			
8	5 (12,5%)	3 (8,8%)	0 (0,0%)	8 (6,5%)			
9	7 (17,5%)	1 (2,9%)	0 (0,0%)	8 (6,5%)			
10	1 (2,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)			
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	50 (100,0%)	124 (100,0%)			

Примечание – $p_{\text{ОГ/КГ1}}$ значимость различий между группами ОГ и КГ1; $p_{\text{ОГ/КГ2}}$ значимость различий между ОГ и группами КГ2; $p_{\text{КГ1/КГ2}}$ значимость различий между группами КГ1 и КГ2. Критерий Краскела Уоллиса.

При анализе типа течения боли установлено, что у больных обеих групп сравнения преобладал ее непрерывный тип течения - в 74,3% (55 чел.), который наблюдался у 82,5% (33 чел.) в ОГ и у 64,7% (22 чел.) в КГ1; без статистически значимых различий между группами сравнения ($p=0,11$ с учетом поправки Бонферрони) (Таблица 3.10).

Таблица 3.10 – Тип течения боли у больных СХТБ/ХАП

Течение боли	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	Всего	$p_{\text{ОГ/КГ1}}$
Нет боли	0 (0,0%)	0 (0,00%)	0 (0,0%)	
Периодическое течение	7 (17,5%)	12 (35,3%)	19 (25,7%)	0,11
Непрерывное течение	33 (82,5%)	22 (64,7%)	55 (74,3%)	
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	74 (100,0%)	

Примечание – $p_{\text{ОГ/КГ1}}$ значимость различий между группами ОГ и КГ1. Парные сравнения по критерию Хи квадрат. С учетом поправки Бонферрони на множественность сравнения, пороговый уровень значимости $p=0,01$.

У всех больных СХТБ/ХАП (100% - 74 чел.) болевые ощущения наблюдались в области предстательной железы, жалобы на которые являлись основными и выходили на первый план в клинической картине (Таблица 3.11).

Таблица 3.11 – Локализация болевых ощущений у больных ОГ и КГ1

Локализация боли	ОГ n=40		КГ1 n=34		p
	n	%	n	%	
Боль в области простаты	40	100,0	34	100,0	0,46
Боль в области промежности	30	75,0	19	55,9	0,092
Боль в области головки пениса	7	17,5	5	14,7	1,0
Боль в области ствола пениса	3	7,5	1	2,9	0,62
Боль в области мошонки	6	15,0	1	2,9	0,11
Боль в области мочевого пузыря	6	15,0	10	29,4	0,16
Боль в нижней трети живота	13	32,5	2	5,9	0,008
Боль в области паха	15	37,5	5	14,7	0,037
Боль в области ануса	16	40,0	3	8,8	0,003

Примечание – p значимость различий между ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера.

У большинства больных обеих групп сравнения одновременно с болью в предстательной железе наблюдались болевые ощущения и в других областях таза

В области промежности болевые ощущения наблюдались у 75,0% (30 чел.) в ОГ и 55,9% (19 чел.) в КГ1; в области головки пениса - 17,5% (7 чел.) ОГ и 14,7% (5 чел.) КГ1; в области ствола пениса - 7,5% (3 чел.) в ОГ и 2,9% (1 чел.) в КГ1; в области мошонки - 15% (6 чел.) в ОГ и 2,9% (1 чел.) в КГ1; в области мочевого пузыря - 15% (6 чел.) в ОГ и 29,4% (10 чел.) в КГ1, без статистических различий между группами сравнения по данным признакам ($p=0,46$).

В ОГ статистически значимо чаще наблюдались болевые ощущения в области нижней трети живота - 32,5% (13 чел.) в сравнении с 5,9% (2 чел.) в КГ1 ($p=0,008$); в области паха - 37,5 (15 чел.) в сравнении с 14,7% (5 чел.) в КГ1 ($p=0,037$) и в области ануса - 40% (16 чел.) в сравнении с 8,8% (3 чел.) в КГ1 ($p=0,003$).

Данные болевые ощущения возникали у всех больных на фоне доминирующей боли в простате, в большинстве случаев через 1-14 месяцев после возникновения боли в области простаты; являлись менее выраженными по интенсивности (1-3 балла по шкале ВАШ боли), непостоянными, на протяжении заболевания изменяли свое место расположения, могли самостоятельно купироваться и возникать вновь и в подавляющем большинстве случаев выявлялись у больных только при целенаправленном расспросе.

Анализ качественных характеристик болевых ощущений показал, что пациенты обеих групп сравнения в описании боли любой локализации использовали все аспекты шкалы Мак-Гилла – сенсорный, эмоциональный, когнитивный (оценочный) и многоаспектный.

В обеих группах сравнения в описании боли преобладали ее сенсорные характеристики, чаще всего описываемые пациентами в терминах термического воздействия – «жжение» (42,5% - 17 чел. в ОГ и 35,3% - 12 чел. в КГ1), «печет» (35% - 14 чел. в ОГ и 47,1% - 16 чел. в КГ1), механического воздействия – «сжимающая» (32,5% - 13 чел. в ОГ и 17,7% - 6 чел. в КГ1) и термином «ноющая» боль (32,5% - 13 чел. в ОГ и 35,3 - 12 чел. в КГ1) без статистически значимых

различий между группами сравнения ($p > 0,05$) (Таблица 3.12).

Таблица 3.12 - Качественная характеристика боли у пациентов ОГ и КГ1

Наличие и характеристика боли	ОГ n=40		КГ1 n=34		p
	n	%	n	%	
Жжение	17	42,5	12	35,3	0,63
Печет	14	35,0	16	47,1	0,35
Тянущая	10	25,0	5	14,7	0,39
Ноющая	13	32,5	12	35,3	0,81
Боль как удар тока	3	7,5	0	0,0	0,24
Давящая	1	2,5	8	23,5	0,01
Ломящая	9	22,5	0	0,0	0,003
Простреливающая	6	15,0	3	8,8	0,49
Грызущая	8	20,0	0	0,0	0,006
Колющая	7	17,5	3	8,8	0,33
Сжимающая	13	32,5	6	17,7	0,19
Утомляющая	10	25,0	5	14,7	0,39
Изнуряющая	10	25,0	5	14,7	0,39
Раздражающая	1	2,5	16	47,1	0,056
Мучительная	6	15,0	3	8,8	0,49
Непереносимая	1	2,5	0	0,0	0,005
Мучающая	13	32,5	6	17,7	0,19
Приводящая в отчаяние	9	22,5	0	0,0	0,003

Примечание – p значимость различий между группами ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера.

Следующие сенсорные характеристики боли наблюдались только в ОГ: «ломящая» боль – в 22,5% (9 чел.), «грызущая» – 20% (8 чел.), «удар тока» – 7,5% (3 чел.) ($p > 0,5$). Статистически значимо чаще в КГ1 больными использовались такие сенсорные характеристики боли, как «давняя» боль в 23,5% (8 чел.) в сравнении с 2,5% (1 чел.) в ОГ ($p = 0,01$).

В описании аффективных аспектов, отражающих эмоциональную сторону боли, больными обеих групп сравнения в равной степени использовались

термины напряжения - «утомляющая» боль в 25% (10 чел.) ОГ и 14,7% (5 чел.) в КГ1, а также «изнуряющая» боль в 25% (10 чел.) ОГ и 14,7% (5 чел.) в КГ1, без статистической разницы между группами ($p>0,05$).

Преимущественно для больных КГ1 было характерно использование описание когнитивного (оценочного аспекта боли) – «раздражающая» боль в 47,1% (16 чел.) против 2,5% (1 чел.) ОГ, различие приближается к статистически значимому ($p=0,056$).

Многоаспектные характеристики боли – «непереносимая» - 2,5% (1 чел.) и характеристика «приводящая в отчаяние» – 22,5% (9 чел) статистически значимо были характерны только для ОГ ($p=0,003$), также в ОГ статистически значимо чаще встречалась характеристика «мучающая» боль – у 32,5% (13 чел.) против 17,7% (6 чел.) КГ1 ($p=0,19$).

У подавляющего большинства больных обеих групп сравнения наблюдалась суточная и сезонная динамика боли, параллельная аффекту в виде усиления ее интенсивности при ухудшении настроения, наблюдавшаяся в 80,0% (32 чел.) ОГ и в 81,8% (27 чел.) КГ1, без статистически значимых различий между группами сравнения ($p=1,0$) (Таблица 3.13).

Таблица 3.13 – Наличие суточной и сезонной динамики болевых ощущений у больных сравниваемых групп

Суточная и сезонная динамика боли	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	Всего	p
Нет	8 (20,0%)	6 (18,2%)	14 (19,2%)	1,0
Да	32 (80,0%)	27 (81,8%)	59 (80,8%)	
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	74 (100,0%)	

Примечание – p значимость различий между группами ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера.

При анализе особенностей болевых ощущений у больных СХТБ/ХАП были выявлены ее следующие психопатологические характеристики (Таблица 3.14).

Таблица 3.14 – Психопатологические характеристики болевых ощущений у больных СХТБ/ХАП

Показатели	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	Всего	p
Крайне неприятный и тягостный характер болей	40 (100,0%)	34 (100%)	74 (100%)	1,0
Новизна болевых ощущений (никогда ранее не испытываемые)	40 (100,0%)	33 (97,1%)	73 (98,6%)	0,46
Полиморфизм болевых ощущений	40 (100,0%)	33 (97,1%)	73 (98,6%)	0,46
Затруднения вербализации характера боли	39 (97,5%)	32 (94,1%)	71 (95,9%)	0,59
Сенсорная недифференцированность	39 (97,5%)	32 (94,1%)	71 (95,9%)	0,59
Быстрая амнезия пережитых болевых ощущений после терапии	38 (95,0%)	28 (82,4%)	66 (89,2%)	0,13
Изменение локализации боли	32 (80,0%)	27 (81,8%)	59 (80,8%)	1,0
Диффузность	32 (80,0%)	27 (81,8%)	59 (80,8%)	1,0
Тотальный телесный дискомфорт (коэнестезии)	28 (70,0%)	13 (38,2%)	41 (55,4%)	0,01
Витальность ощущений	32 (80,0%)	27 (81,8%)	59 (80,8%)	1,0

Примечание – p значимость различий между ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера.

У всех больных обеих групп сравнения для болевых ощущений были характерны новизна болевых ощущений (ощущения отличались от испытываемых ранее, в том числе при любых органических патологиях в анамнезе) в 98,6% (73 чел.) – 100,0% (40 чел.) ОГ и 97,1% (33 чел.) КГ1; неопределенность и затруднения в описании характера боли в 95,9% (71 чел.) – 97,5% (39 чел.) ОГ и 94,1% (32 чел.) КГ1; полиморфизм в 98,6% (73 чел.) – 100,0% (40 чел.) ОГ и 97,1% (33 чел.) КГ1; диффузность боли в 80,8% (59 чел.) – 80,0% (32 чел.) ОГ и 81,8% (27 чел.) КГ1; изменение локализации боли в 80,8% (59 чел.) – 80,0% (32 чел.) ОГ и 81,8% (27 чел.) КГ1; крайне неприятный и тягостный характер боли у всех больных – 100% (74 чел.) – 100% (40 чел.) в ОГ и 100% (34 чел.) в КГ1; быстрая амнезия характеристик боли на фоне терапии в 89,2% (66 чел.) – 100,0% (40 чел.) ОГ и 100,0% (34 чел.) КГ1.

В 55,4% (41 чел.) в обеих группах сравнения у больных были выявлены коэнестезии, которые статистически значимо чаще преобладали в ОГ – 70,0% (28

чел.) против 38,25 (13 чел.) КГ1 ($p=0,01$).

Для 80,8% (59 чел.) больных обеих групп сравнения была характерна витализация ощущений - 80,0% (32 чел.) ОГ и 81,8% (27 чел.) КГ1, без статистически значимых различий в группах сравнения ($p=1,0$).

При клинико-ретроспективном анализе заболевания установлено, что у 52,1% (38 чел.) – 52,5% (21 чел.) в ОГ и 51,5% (17 чел.) в КГ1 ($p=1,0$, без статистически значимых различий) болевые ощущения в начале развития СХТБ/ХАП были локализованными, наблюдались только в области простаты, по мере развития заболевания распространялись на прилегающие области таза (мошонку, пенис, прямую кишку) и другие анатомо-топографические области (нижняя треть живота, конечности).

У 40,5% (30 чел.) больных СХТБ/ХАП наблюдалось купирование или значительное облегчение боли на протяжении первых 1-2 недель после начала терапии в обеих группах сравнения, без статистически значимых различий между группами сравнения ($p>0,097$). При этом данный ответ наблюдался на любую терапию СХТБ/ХАП - как урологическую (антибактериальную и/или противовоспалительную и/или сосудистую терапию и/или физиотерапию), так и психофармакологическую и психотерапевтическую.

У всех пациентов данный эффект наблюдался на протяжении от 1 до 2 недель, по прошествии которых симптоматика СХТБ/ХАП возвращалась в полной мере (Таблица 3.15).

Таблица 3.15 – Психологическая реакция больных СХТБ/ХАП на начало терапии

Купирование боли через 1-2 недели после начала терапии с последующим ее возвращением	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	Всего	p
Купирование болевых ощущений	20 (50,0%)	10 (29,4%)	30 (40,5%)	0,087
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	74 (100,0%)	

Примечание – p значимость различий между ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера.

У 75,7% (56 чел.) больных не удалось выявить факторы, провоцирующие

возникновение и/или усиление боли – у подавляющего большинства в КГ1 - 91,2% (31 чел.) и у большей части больных ОГ – 62,5% (25 чел.), ($p=0,045$) боль возникла без провокации (Таблица 3.16).

Таблица 3.16 – Факторы, провоцирующие возникновение и/или усиление болевых ощущений

Провоцирующие боль факторы	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	Всего	p
Ничего	25 (62,5%)	31 (91,2%)	56 (75,7%)	0,045
Физическая нагрузка	7 (17,5%)	3 (8,8%)	10 (13,5%)	
Физиопроцедуры	3 (7,5%)	0 (0,0%)	3 (4,1%)	
Сауна и др. тепловые процедуры	5 (12,5%)	0 (0,0%)	5 (6,8%)	
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	74 (100,0%)	

Примечание – p значимость различий между группами ОГ и КГ1. Критерий Хи квадрат.

Для некоторых больных в обеих группах сравнения выявлена провокация возникновения и/или усиления болевых ощущений физической нагрузкой (бег, езда на велосипеде, физические упражнения, физическая работа по дому), причем последняя наблюдалась статистически чаще в ОГ -17,55 (7 чел.) по сравнению с КГ1 - 8,8% (3 чел.) ($p=0,045$). Только в ОГ наблюдалась провокация болевых ощущений после воздействия тепловых процедур (сауна и др.) – у 12,5% (5 чел.) и после физиопроцедур – у 7,5% (3 чел.) ($p=0,045$) (Таблица 3.17).

Таблица 3.17 – Факторы, облегчающие болевые ощущения

Облегчающие факторы	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	Всего	p
Облегчающие факторы отсутствуют	32 (80,0%)	29 (85,3%)	61(82,4%)	0,93
Статическое положение	5 (12,5%)	4 (11,8%)	9 (12,1%)	
Физическая нагрузка	3 (7,5%)	1 (2,9%)	4 (5,41%)	
Обезболивающие препараты (НПВС, наркотические анальгетики)	0	0	0	
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	74(100,0%)	

Примечание – p значимость различий между группами ОГ и КГ1. Критерий Хи квадрат.

Самостоятельное облегчение боли наблюдалось у 82,43% (61 чел.) и было в равной степени характерно для обеих групп сравнения – 80,0% (32 чел.) ОГ и 85,3% (29 чел.) КГ1, без статистической разницы в сравниваемых группах

($p=0,93$)

У некоторых больных болевые ощущения облегчались статическим положением – у 12,5% (5 чел.) в ОГ и у 11,8% (4 чел.) в КГ1, а также физической нагрузкой (ходьба, выполнение работы по дому) у 7,5% (3 чел.) в ОГ и 2,9% (1 чел.) в КГ1, без статистической разницы между группами ($p=0,93$).

Обращает на себя внимание отсутствие облегчения болевых ощущений при приеме обезболивающих препаратов (ненаркотических и наркотических анальгетиков) в обеих группах сравнения ($p=0,93$).

Большинство больных - 69,0% (49 чел.) отмечали, что ухудшение настроения обуславливало у них усиление болевых ощущений – 71,8% (28 чел.) в ОГ и у 65,6% (21 чел.) в КГ1; без статистически значимых различий по данному признаку ($p=0,61$). В то же время у большинства больных наблюдалось обратное влияние болевых ощущений на настроение – усиление боли влекло за собой ухудшение настроения у 76,7% (56 чел.), из них в ОГ у 82,5% (33 чел.), в КГ1 у 69,7% (23 чел.), без статистически значимого различия в группах сравнения ($p=0,27$) (Таблица 3.18, 3.19).

Таблица 3.18 – Влияние настроения на болевые ощущения

Влияние настроения на боль	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	Всего	p
Нет	11 (28,2%)	11 (34,4%)	22 (31,0%)	0,61
Да	28 (71,8%)	21 (65,6%)	49 (69,0%)	
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	74 (100,0%)	

Примечание – p значимость различий между группами ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера.

Таблица 3.19 – Влияние болевых ощущений на настроение

Влияние боли на настроение	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	Всего	p
Нет	7 (17,5%)	10 (30,3%)	17 (23,3%)	0,27
Да	33 (82,5%)	23 (69,7%)	56 (76,7%)	
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	74 (100,0%)	

Примечание – p значимость различий между группами ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера.

При оценке влияния болевых ощущений на работоспособность больных СХТБ/ХАП установлено, что у 60,9% (42 чел.) испытываемая боль обусловила снижение работоспособности, что выражалось в смене работы и рода деятельности на более легкие в понимании пациента. Однако данные перемены не облегчили страдания ни одного пациента обеих групп (Таблица 3.20).

Таблица 3.20 – Влияние болевых ощущений на снижение работоспособности

Влияние боли на снижение работоспособности	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	Всего	p
Нет	12 (26,3%)	20 (54,8%)	32 (39,1%)	0,025
Да	28 (73,7%)	14 (45,2%)	42 (60,9%)	
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	69 (100,0%)	

Примечание – p значимость различий между группами ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера.

Снижение работоспособности вследствие болевых ощущений было статистически значимо более характерным для ОГ - 73,7% (28 чел.) по сравнению с 45,2% (14 чел.) КГ1 (p=0,025).

У 55,9% (38 чел.) больных было выявлено влияние болевых ощущений на социальную активность, статистически значимо более характерное для ОГ – 69,4% (25 чел.) в сравнении с 40,6% (13 чел.) КГ1 (p=0,027) (Таблица 3.21).

Таблица 3.21 – Влияние болевых ощущений на социальную активность

Влияние боли на социальную активность	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	Всего	p
Нет	11 (30,6%)	19 (59,4%)	30 (44,1%)	0,027
Да	25 (69,4%)	13 (40,6%)	38 (55,9%)	
Всего	36 (100,0%)	32 (100,0%)	68 (100,0%)	

Примечание – p значимость различий между группами ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера.

Обращает на себя внимание влияние болевых ощущений на семейную жизнь (их взаимоотношение с членами семьи - супругой, детьми, родителями) более чем у половины больных СХТБ/ХАП – в 76,7% (56 чел.), в равной степени обеих групп – 76,9% (30 чел.) ОГ и 76,5% (26 чел.) КГ1 (p=1,0) (Таблица 3.22).

Таблица 3.22 – Влияние болевых ощущений на отношения в семье

Влияние боли на семейную жизнь	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	Всего	p
Нет	9 (23,1%)	8 (23,5%)	17 (23,3%)	1,0
Да	30 (76,9%)	26 (76,5%)	56 (76,7%)	
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	74 (100,0%)	

Примечание – p значимость различий между группами ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера.

3.3 Характеристика психопатологической симптоматики при СХТБ/ХАП

На первом этапе клинической работы у всех больных СХТБ/ХАП были выявлены и описаны признаки психических расстройств, которые в дальнейшем были типированы как психопатологические симптомы.

Кроме телесных сенсаций у больных обеих групп сравнения (ОГ и КГ1), описанных в 3.2 «Характеристика болевых ощущений у больных СХТБ/ХАП», были выявлены озабоченность больных своим здоровьем и патологической фиксацией на своем самочувствии у 89,2% (66 чел.), патологическая фиксация на урологической симптоматике в 78,4% (58 чел.), опасения ухудшения своего самочувствия у 59,5% (44 чел.), убежденность больных в наличии у них «серьезного» урологического заболевания у 55,4% (41 чел.) и канцерофобия у 20,8% (15 чел.), доходящие до сверхценного урона.

У 97,3% (72 чел.) были выявлены ощущение усталости, у 98,6% (73 чел.) снижение энергичности и активности, у 89,0% (65 чел.) ощущение слабости, вялости, у 87,8% (65 чел.) отсутствие чувства отдыха после сна, у 77,0% (57 чел.) снижение физических сил, у 68,4% (51 чел.) апатия.

У 86,5% (64 чел.) была выявлена гипотимия, которая не имела четкого субъективного ощущения сниженного настроения и характеризовалась больными как «отсутствие настроения», «никакое» настроение (Таблица 3.23).

Таблица 3.23 – Психопатологические симптомы, выявленные в группах сравнения

Показатели	ОГ n = 40	КГ1 n = 34	Всего n = 74	p
Снижение энергичности, активности	40 (100,0%)	33 (97,1%)	73 (98,6%)	0,46
Ощущение усталости	38 (95,0%)	34 (100,0%)	72 (97,3%)	0,50
Снижение либидо	40 (100,0%)	32 (94,1%)	72 (97,3%)	0,21
Снижение работоспособности	39 (97,5%)	32 (94,1%)	71 (95,9%)	0,59
Патологическая фиксация на своем телесном самочувствии в целом	38 (95,0%)	28 (82,4%)	66 (89,2%)	0,13
Ощущение слабости, вялости	34 (87,2%)	31 (91,2%)	65 (89,0%)	0,72
Отсутствие чувства отдыха после сна	38 (95,0%)	27 (79,4%)	65 (87,8%)	0,071
Гипотимия	34 (85,0%)	30 (88,2%)	64 (86,5%)	0,75
Ангедония	31 (77,5%)	32 (94,1%)	63 (85,1%)	0,055
Тревога	36 (90,0%)	26 (76,5%)	62 (83,8%)	0,20
Ощущение напряжения	34 (85,0%)	27 (79,4%)	61 (82,4%)	0,56
Патологическая фиксация на урологической симптоматике	38 (95,0%)	20 (58,8%)	58 (78,4%)	<0,001
Снижение физических сил	36 (90,0%)	21 (61,8%)	57 (77,0%)	0,005
Раздражительность	30 (75,0%)	27 (79,4%)	57 (77,0%)	0,78
Апатия	26 (65,0%)	25 (73,5%)	51 (68,9%)	0,46
Удлинение процесса засыпания	27 (67,5%)	22 (64,7%)	49 (66,2%)	0,81
Снижение аппетита	28 (71,8%)	21 (61,8%)	49 (67,1%)	0,45
Опасение ухудшения самочувствия	33 (82,5%)	11 (32,4%)	44 (59,5%)	<0,001
Поверхностный прерывистый сон	24 (60,0%)	20 (58,8%)	44 (59,5%)	1,0
Ранние утренние пробуждения	27 (67,5%)	15 (44,1%)	42 (56,89%)	0,060
Убежденность в наличии урологического заболевания	22 (55,0%)	19 (55,9%)	41 (55,4%)	1,0
Снижение концентрации внимания и способности к сосредоточению	25 (62,5%)	14 (42,4%)	39 (53,4%)	0,1
Снижение массы тела	21 (52,5%)	17 (51,5%)	38 (52,1%)	1,0
Антивитальные мысли	13 (32,5%)	5 (14,7%)	18 (24,3%)	0,1
Канцерофобия	11 (28,2%)	4 (12,1%)	15 (20,8%)	0,15
Панические атаки	4 (10,3%)	10 (30,3%)	14 (19,4%)	0,04
Суицидальные мысли на высоте боли	6 (15,0%)	1 (2,9%)	7 (9,5%)	0,16
Тоска	4 (10,5%)	2 (5,9%)	6 (8,3%)	0,67
Суицидальные мысли	2 (5,0%)	0 (0,0%)	2 (2,7%)	0,50

Примечание – p значимость различий между ОГ и КГ1, точный двусторонний критерий Фишера.

Аффект тоски, сниженного подавленного настроения у больных СХТБ/ХАП практически не наблюдался и был выявлен у 8,3% (6 чел.) при тяжелых депрессивных эпизодах. У 83,8% (62 чел.) тревога, у 82,4% (61 чел.) ощущение напряжения, у 19,4% (14 чел.) наблюдались панические атаки, у 77,0% (57 чел.) раздражительность.

Явления ангедонии были характерны для 85,1% (63 чел.).

53,4% (39 чел.) сообщали о субъективно ощущаемых снижении концентрации внимания и затруднении сосредоточения.

Для 24,3% (18 чел.) были характерны антивитаальные мысли.

Нарушения сна были представлены удлинением процесса засыпания (до двух и более часов) у 66,2% (49 чел.), поверхностным прерывистым сном у 59,5% (44 чел.), ранними утренними пробуждениями у 56,89% (42 чел.).

Нарушения аппетита в виде его снижения были выявлены у 67,1% (49 чел.) при этом у 52,1% (38 чел.) наблюдалось снижение массы тела (от 5 кг до 20 кг) в первые 3-4 месяца развития симптоматики СХТБ/ХАП.

У 97,3% (72 чел.) было выявлено снижение либидо.

В таблице 3.24 представлена вегето-висцеральная симптоматика, выявленная у 75,7% (56 чел.) больных СХТБ/ХАП.

Таблица 3.24 – Вегето-висцеральные нарушения и функциональные синдромы при СХТБ/ХАП

Показатели	ОГ n = 40	КГ1 n = 34	Всего n =74	p
Тахикардия	12 (30,0%)	12 (35,2%)	24 (32,4%)	0,56
Симптомы раздраженного кишечника	13 (32,5%)	0 (0,0%)	13 (17,6%)	<0,001
Ощущение одышки	4 (10,0%)	5 (14,7%)	9 (12,2%)	0,47
Арталгии	6 (15,0%)	0 (0,0%)	6 (8,1%)	0,030
Субфебрилитет	3 (7,5%)	1 (2,9%)	4 (5,4%)	0,62
Всего	38 (97,5%)	18 (52,9%)	56 (75,7%)	

Примечание – p - значимость различий между группами ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера.

При анализе выявленной психопатологической симптоматики в группах сравнения установлено, что для группы абактериального невоспалительного простатита (ОГ) статистически значимо чаще были характерны симптомы опасения ухудшения своего самочувствия, наблюдавшиеся у 82,5% (33 чел.) ОГ против 32,4% (11 чел.) КГ1 ($p < 0,001$), патологическая фиксация на урологической симптоматике, встречающаяся у 95,0% (38 чел.) ОГ против 58,8 % (20 чел.) КГ1

($p < 0,001$), а также ощущение снижения физических сил, характерное для 90% (36 чел.) ОГ против 61,8% (21 чел.) КГ1 ($p = 0,005$). У больных абактериальным невоспалительным простатитом статистически значимо чаще выявлялись также антивитаальные мысли – в 46,4% (13 чел.) в сравнении с 19,0% (4 чел.) в КГ1 ($p = 0,049$), суицидальные мысли при усилении интенсивности боли, также только в данной группе сравнения были выявлены суицидальные мысли, не связанные с усилением интенсивности боли - у 7,1% (2 чел.), различие статистически значимо в сравнении с КГ1 ($p = 0,001$).

Только для группы абактериального невоспалительного простатита (ОГ) были характерны симптомы синдрома раздраженного кишечника – в 32,5% (13 чел.) (различия статистически значимы в сравнении с КГ1, $p < 0,001$) и арталгии у 15,0% (6 чел.) (различия статистически значимы в сравнении с КГ1, $p = 0,030$).

Группа абактериального воспалительного простатита (КГ1) характеризовалась только статистически более часто наблюдаемыми на высоте тревоги паническими атаками – в 50,0% (10 чел.) в сравнении с 10,7% (3 чел.) ОГ ($p = 0,037$) (Рисунок 3.5).

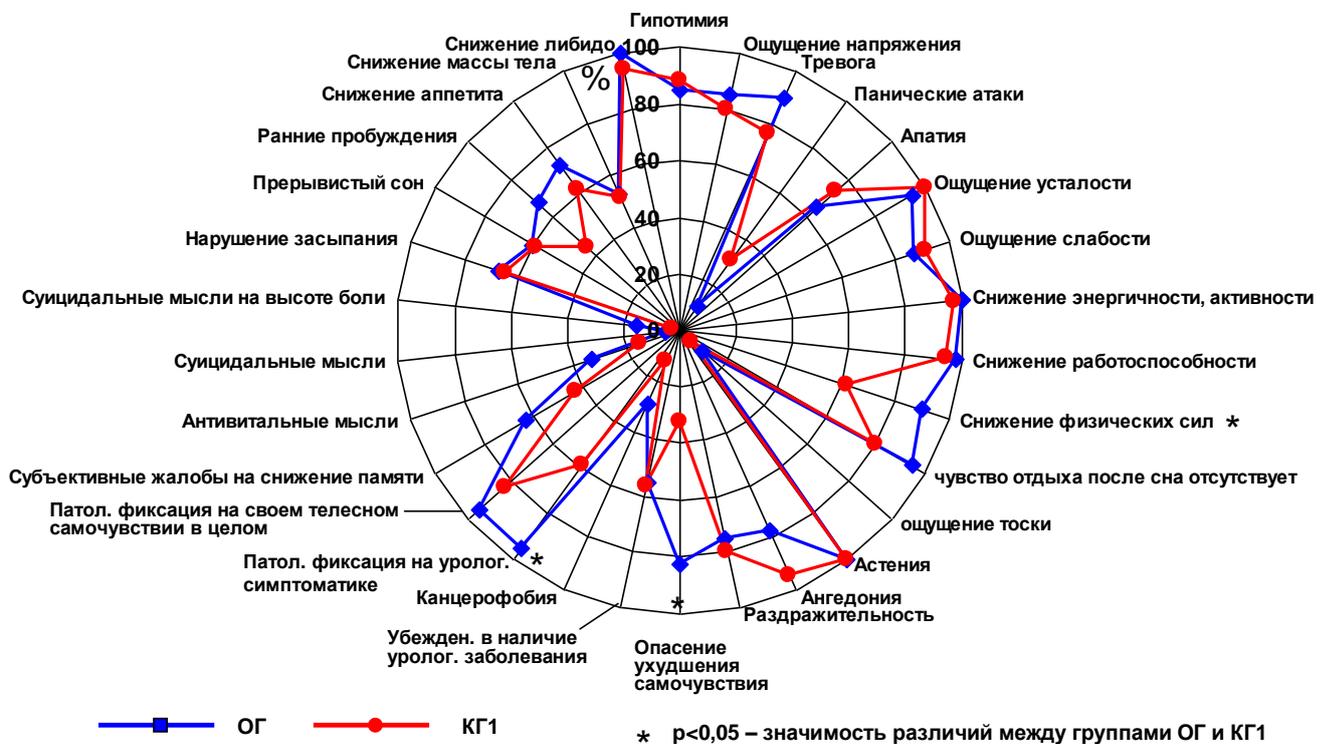


Рисунок 3.5 – Наличие (%) психопатологической симптоматики в ОГ и КГ1

По остальным показателям выявленной психопатологической симптоматики группы абактериального невоспалительного (ОГ) и абактериального воспалительного (КГ1) простатита статистически значимо не различались ($p > 0,05$).

На втором этапе диагностического процесса в группах сравнения были верифицированы психопатологические синдромы, представленные в таблице 3.25.

Таблица 3.25 – Психопатологические синдромы, выявленные у больных СХТБ/ХАП

Синдром	ОГ n=40	КГ1 n=34	Всего n=74	p
Депрессивно-сенестоипохондрический	31 (77,5%)	32 (94,1%)	63 (85,1%)	0,055
Сенестопатически-ипохондрический	9 (22,5%)	2 (5,9%)	11 (14,9%)	0,055

Примечание – p значимость различий групп ОГ и КГ1 критерий χ^2

У большинства больных СХТБ/ХАП преобладал депрессивно-сенестоипохондрический синдром, выявленный у 85,1% (63 чел.), у остальных больных был верифицирован сенестопатический синдром¹.

Статистически значимых различий по преобладанию того или иного психопатологического синдрома в сравниваемых группах выявлено не было ($p=0,055$).

На основании критериев МКБ-10 клинико-психопатологическим методом у больных СХТБ/ХАП были верифицированы следующие диагнозы психических расстройств. У большинства больных СХТБ/ХАП был верифицирован диагноз «единый депрессивный эпизод» - у 63,5% (47 чел.). Практически в равной степени были выявлены диагнозы «устойчивое соматоформное болевое расстройство» - у 14,9% (11 чел.) и «рекуррентное депрессивное расстройство» - у 13,5% (10 чел.). Диагноз «биполярное аффективное расстройство» был установлен у 8,1% (6 чел.) (Таблица 3.26)¹.

¹ Краткий курс психиатрии. Учебник для последипломного образования: учебник / Под ред. В.А. Солдаткина; ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, кафедра психиатрии и наркологии ФПК и ППС. — Ростов н/Д: Изд-во «Профпресс», 2019. — 987 с.

Таблица 3.26 - Диагнозы психических расстройств по МКБ-10 у больных СХТБ/ХАП

Диагноз по МКБ-10	ОГ n = 40	КГ1 n = 34	Всего n=74	P
Единый депрессивный эпизод	22 (55,0%)	25 (73,5%)	47 (63,5%)	0,145
Устойчивое соматоформное болевое расстройство, F 45.4	9 (22,5%)	2 (5,9%)	11 (14,9%)	0,055
Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод, F33	5 (12,5%)	5 (14,7%)	10 (13,5%)	1,000
Биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод, F31	4 (10,0%)	2 (5,9%)	6 (8,1%)	0,68

Примечание – p - значимость различий между ОГ и КГ1, точный двусторонний критерий Фишера.

Статистически значимой разницы по преобладанию того или иного диагноза психического расстройства при сравнении групп абактериального невоспалительного (ОГ) и абактериального воспалительного простатита (КГ1) не выявлено ($p>0,05$).

Выявленное БАР имело ремиттирующий тип течения – аффективные фазы чередовались без строгой очередности через периоды интермиссии. В зависимости от степени выраженности мании, БАР у больных СХТБ/ХАП являлся БАР II типа, при котором депрессивные эпизоды чередовались с эпизодами гипомании, а также, в единичном наблюдении в ОГ, БАР IV типа (когда развитие гипоманиакального эпизода у больного было спровоцировано приемом антидепрессанта при терапии повторного депрессивного эпизода).

Медиана продолжительности психических расстройств у больных СХТБ/ХАП составила 5 лет. Максимальная продолжительность течения СХТБ/ХАП – 40 лет, минимальная 6 месяцев, без статитически значимой разницы между группами абактериального невоспалительного (ОГ) и абактериального воспалительного (КГ1) простатита ($p>0,05$).

3.4 Характеристика урологической симптоматики и сексуальной дисфункции у больных СХТБ/ХАП

Симптомы нарушения мочеиспускания, наблюдавшиеся у всех больных

СХТБ/ХАП, были представлены симптомами нижних мочевых путей (СНМП), включавших ирритативные (симптомы наполнения) и обструктивные (симптомы опорожнения) симптомы с достаточно высокой частотой в обеих группах сравнения² (Таблица 3.27).

Таблица 3.27 – Симптомы нарушения мочеиспускания у больных СХТБ/ХАП

СНМП	ОГ n =40	КГ1 n =34	Всего	p
Ирритативные симптомы (наполнения)				
Учащенное мочеиспускание дневное	19 (50,0%)	12 (35,3%)	31 (43,1%)	0,24
Учащенное мочеиспускание ночное (ноктурия)	18 (47,4%)	6 (17,6%)	24 (33,3%)	0,011
Невозможность сдерживать позыв на мочеиспускание	19 (48,7%)	13 (39,4%)	32 (44,4%)	0,48
Императивный позыв на мочеиспускание	23 (60,5%)	14 (41,2%)	37 (51,4%)	0,16
Обструктивные симптомы (опорожнения)				
Прерывистое мочеиспускание	8 (21,6%)	6 (17,6%)	14 (19,7%)	0,77
Слабая струя мочи	23 (60,5%)	16 (47,1%)	39 (54,2%)	0,34
Натуживание при мочеиспускании	20 (51,3%)	16 (48,5%)	36 (50,0%)	1,0
Ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря	22 (56,4%)	13 (38,2%)	35 (47,9%)	0,16

Примечание – p - значимость различий между ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера.

Ирритативные симптомы были представлены учащенным мочеиспусканием в дневное время у 43,1% (31 чел.) – 50,0% (19 чел.) в ОГ и 35,3% (12 чел.) в КГ1; невозможностью сдерживания позыва на мочеиспускание у 44,4% (32 чел.) – 48,7% (19 чел.) в ОГ и 39,4% (32 чел.) в КГ1; императивным позывом на мочеиспускание у 51,4% (37 чел.) – 60,5% (23 чел.) в ОГ и 41,2% (14 чел.) в КГ1, без статистически значимых различий по данным показателям в группах сравнения ($p > 0,05$); ноктурией в 33,3% (24 чел.) – 47,4% (18 чел.) в ОГ и 17,6% (6 чел.) в КГ1 (статистически значимые различия, $p = 0,011$).

² Ибишев Х.С., Крючкова М.Н., Солдаткин В.А. «Псевдоневротическая» шизофрения или соматоформное расстройство? // Неврологический вестник. — 2018. — Т.1, выпуск 2. — С.89-97.

Обструктивные симптомы включали прерывистое мочеиспускание в 19,7% (14 чел.) – 21,6% (8 чел.) в ОГ и 17,6% (6 чел.) в КГ1; слабую струю мочи у 54,2% (39 чел.) – 60,5% (23 чел.) в ОГ и 47,1% (16 чел.) в КГ1; натуживание при мочеиспускании у 50% (36 чел.) – 51,3% (20 чел.) в ОГ и 48,5% (16 чел.) в КГ1; ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря в 47,9% (35 чел.) – 56,4% (22 чел.) в ОГ и 38,2% (13 чел.) в КГ1; без статистически значимых различий по данным показателям в группах сравнения ($p > 0,05$).

При сравнении частоты встречаемости СНМП между ОГ и КГ1 выявлено статистически значимое различие только в отношении показателя «ноктурия», которая в ОГ наблюдалась статистически значимо чаще – в 47,4% (18 чел.), чем в КГ1 - 17,6% (6 чел.) ($p = 0,011$).

При анализе степени выраженности СНМП у пациентов обеих групп сравнения по шкале IPSS (International Prostate Symptom Score) установлено, что медиана выраженности СНМП составила 7 баллов, что соответствует незначительной выраженности симптомов нижних мочевых путей.

При этом медиана выраженности СНМП в ОГ составила 10,5 баллов – умеренная степень выраженности СНМП, в КГ1 – 6,0 баллов – незначительно выраженная степень СНМП, без статистически значимых различий по данному признаку в сравниваемых группах ($p = 0,67$) (Таблица 3.28).

Таблица 3.28 – Шкала IPSS

Шкала IPSS	ОГ Me (Q1; Q3)	КГ1 Me (Q1; Q3)	Всего Me (Q1; Q3)	P
Баллы шкалы IPSS	10,5 (4,0; 17,5)	6,0 (3,0; 9,0)	7,0 (4,0; 12,0)	0,67

Примечание – p значимость различий между группами ОГ и КГ1. Критерий Манна Уитни.

У 35,1% (26 чел.) больных СХТБ/ХАП выявлено болезненное мочеиспускание, наблюдавшееся у 27,5% (11 чел.) в ОГ и у 44,1% (15 чел.) в КГ1 (различие статистически не значимое между группами сравнения, $p = 0,151$) (Таблица 3.29).

Таблица 3.29 – Боль в уретре при мочеиспускании

Боль при мочеиспускании	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	Всего	p
Болезненное мочеиспускание	11 (27,5%)	15 (44,1%)	26 (35,1%)	0,151

Примечание – p значимость различий между группами ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера.

Медиана интенсивности боли при мочеиспускании составила 6 баллов по шкале ВАШ боли – боль умеренной степени. В ОГ наблюдалась более выраженная боль в уретре при мочеиспускании - 7 баллов по шкале ВАШ боли – боль умеренной степени, в КГ1 – 4 балла – легкой степени, различия между сравниваемыми группами по данному признаку статистически значимы ($p < 0,05$).

Эректильная дисфункция (ЭД) выявлена у 97,3% (72 чел.) больных, практически в равной степени в обеих группах – у 100% (40 чел.) ОГ и у 94,1% (32 чел.) КГ1, без статистически значимых различий по данному признаку в группах сравнения ($p > 0,05$).

При анализе ЭД установлено, что медиана выраженности ЭД по шкале МИЭФ в исследуемой когорте больных составила 19 баллов, что соответствует ЭД легкой степени.

Статистически значимо более выраженная ЭД наблюдалась в ОГ – медиана 16 баллов – средняя степень ЭД по сравнению с медианой 20 баллов в КГ1 – легкая степень ЭД ($p = 0,04$) (Таблица 3.30).

Таблица 3.30 – Распределение сравниваемых групп по баллам МИЭФ

Баллы МИЭФ	Медиана (Me)	Квартили (Q1; Q3)	Минимум	Максимум	p
ОГ	16	12; 21	1	26	0,04
КГ1	20	18; 23	5	30	
Всего	19	14; 22	1	30	

Примечание – p значимость различий между группами ОГ и КГ1. Критерий Манна Уитни.

Снижение либидо наблюдалось практически у 97,3% (72 чел.) больных, у 100% (40 чел.) в ОГ и у 94,1% (32 чел.) в КГ1, без статистически значимых различий по данному признаку между группами сравнения ($p = 0,21$) (Таблица 3.31).

Таблица 3.31 – Другие нарушения сексуальной функции

Сексуальная функция	ОГ n = 40	КГ1 n = 34	Всего	p
Снижение либидо	40 (100,0%)	32 (94,1%)	72 (97,3%)	0,21
Неудовлетворенность половым актом	32 (80,0%)	27 (81,8%)	59 (80,8%)	1,0
Нарушение оргазмической функции	9 (22,5%)	0 (0%)	9 (22,5%)	0,0029
Сокращение продолжительности полового акта	28 (71,8%)	22 (64,7%)	50 (68,5%)	0,62
Преждевременная эякуляция	25 (69,4%)	13 (40,6%)	38 (55,8%)	0,027
Эякуляторная боль	23 (57,5%)	14 (41,2%)	37 (50,0%)	0,24
Страх перед эякуляцией из-за болезненной эякуляции	12 (31,6%)	2 (5,9%)	14 (19,4%)	0,007

Примечание – p значимость различий между группами ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера.

Сокращение продолжительности полового акта по сравнению с периодом до возникновения симптоматики СХТБ/ХАП у больных выявлено в 68,5% (50 чел.) – у 71,8% (28 чел.) в ОГ и у 64,7% (22 чел.) в КГ1, без статистических различий по данному признаку в сравниваемых группах (p=0,62).

Отдельно нами выделен показатель преждевременной эякуляции (ПЭ), так как не у всех пациентов сокращение времени коитуса на фоне заболевания являлось ПЭ.

Выявленная ПЭ у всех пациентов в обеих группах сравнения представляла собой сокращение времени от вагинального проникновения до эякуляции до 3 минут или менее; и/или являлась субъективно значимой для больных и вызывала переживания и беспокойство по этому поводу; и/или обуславливала невозможность задержать эякуляцию во всех или почти всех вагинальных проникновениях и являлась приобретенной, возникала после возникновения боли и развития СХТБ/ХАП.

ПЭ была характерна для 55,8% (38 чел.), статистически значимо чаще

выявлялась в ОГ – у 69,4% (25 чел.) по сравнению с 40,6% (13 чел.) в КГ1 ($p=0,027$).

Нарушение оргазмической функции (отсутствие оргазма при эякуляции) выявлено у 22,5% (9 чел.) и наблюдалось только в ОГ – в 22,5% (9 чел.) (различия статистически значимы, $p=0,0029$).

Специфический симптом СХТБ/ХАП – эякуляторная боль (боль во время эякуляции) выявлена у 50% (37 чел.) в обеих группах сравнения: у 57,5% (23 чел.) в ОГ и у 41,2% (14 чел.) в КГ1, без статистически значимых различий по данному признаку в группах сравнения ($p=0,24$). Медиана выраженности эякуляторной боли по шкале ВАШ боли составила 7 (2; 10) баллов – умеренной степени.

Статистически значимо более выраженная по интенсивности эякуляторная боль была характерна для ОГ – медиана 7 (5; 10) баллов по шкале ВАШ боли (умеренной степени) по сравнению с КГ1 – медиана 3 (1;7) балла (слабой степени), различия между группами по данному признаку статистически значимы ($p<0,05$).

Достаточно высокая интенсивность эякуляторной боли обуславливала появление у больных опасений и страха болезненной эякуляции в 19,4% (14 чел.), которые статистически значимо чаще наблюдались в ОГ – 31,6% (12 чел.) в сравнении с 5,9% (2 чел.) КГ1 ($p=0,007$).

Пациенты с возникшими опасениями и страхом перед эякуляцией старались избегать половых контактов – 19,4% (14 чел.) больных, пациенты же с болезненной эякуляцией той же интенсивности, но без сформированных опасений и страха, несмотря на боль, коитуса не избегали – 30,6% (23 чел.) больных; без статистически значимых различий по данному признаку в группах сравнения ($p>0,05$).

Перечисленные сексуальные нарушения обуславливали общую неудовлетворенность половым актом у подавляющего большинства больных – в 80,82% (59 чел.), которая наблюдалась у 80,0% (32 чел.) в ОГ и у 81,82% (27 чел.) КГ1, без статистических различий по данному признаку в сравниваемых группах ($p=1,0$).

3.5 Соотношение психопатологии и других симптомов в структуре СХТБ/ХАП

У всех больных с СХТБ/ХАП, участвующих в исследовании (группы ОГ и КГ1), были выявлены психические расстройства.

При анализе времени начала психопатологической симптоматики, боли, урологической симптоматики и сексуальной дисфункции в рамках текущего СХТБ/ХАП относительно друг друга, было установлено, что:

- у 51,4% (38 чел.) психопатологическая, урологическая симптоматика и сексуальная дисфункция в рамках СХТБ/ХАП возникали одновременно - в 60,0% (24 чел.) в ОГ и у 41,2% (14 чел.) в КГ1;

- у 28,4% (21 чел.) первично возникала психопатологическая симптоматика, формировавшаяся в психическое расстройство, на фоне которого в последующем развивались боль, урологическая симптоматика и сексуальная дисфункция - у 27,5% (11 чел.) в ОГ и у 29,4% (10 чел.) в КГ1;

- у 20,3% (15 чел.) развитие боли, урологической симптоматики и сексуальной дисфункции в структуре СХТБ/ХАП предшествовало развитию психических расстройств - у 12,5% (5 чел.) в ОГ и у 29,4% (10 чел.) в КГ1, которые развивались на фоне текущего СХТБ/ХАП (Таблица 3.32).

Таблица 3.32 – Возникновение психопатологической, урологической симптоматики, боли, сексуальной дисфункции в рамках СХТБ/ХАП относительно друг друга

Показатель	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	Всего n (%)	p
СХТБ/ХАП и психическое расстройство возникли одновременно	24 (60,0%)	14 (41,2%)	38 (51,4%)	0,14
СХТБ/ХАП возник на фоне текущего психического расстройства	11 (27,5%)	10 (29,4%)	21 (28,4%)	
СХТБ/ХАП первично, психическое расстройство возникло на его фоне	5 (12,5%)	10 (29,4%)	15 (20,3%)	
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	74 (100,0%)	

Примечание – p значимость различий распределения очередности возникновения СХТБ и психического расстройства в ОГ и КГ1. Критерий Хи квадрат.

Статистически значимой разницы по возникновению психопатологической, урологической симптоматики, боли и сексуальной дисфункции в рамках СХТБ/ХАП в группах сравнения (ОГ и КГ1) не выявлено ($p=0,14$).

3.6 Резюме

Преморбидные особенности больных СХТБ/ХАП

Больные СХТБ/ХАП характеризовались частой наследственной отягощенностью по психопатологии родственников 1 и 2 линии родства, которая была выявлена у 40,3% (50 чел.) больных (статистически значимое различие со здоровым контролем КГ2, $p=0,00001$).

Группа абактериального невоспалительного простатита (ОГ) отличалась от группы абактериального воспалительного простатита (КГ1) более часто выявляемой наследственной отягощенностью по психопатологии и более частой наследственной отягощенностью по депрессивным расстройствам (различия статистически значимы, $p=0,0067$, $p=0,0065$).

17,5% (23 чел.) всех больных СХТБ/ХАП (ОГ, КГ1) имели перинатальную патологию, большая часть больных воспитывались в структурно и функционально полной семье, по противоречивому типу, по типу моральной ответственности или формально, росли единственным ребенком в семье, отношения в которой у большинства больных были «хорошие»; у большинства больных пубертат протекал сглажено (без статистически значимых различий между группами сравнения) ($p<0,05$).

Больные СХТБ/ХАП статистически значимо чаще отличались от здорового контроля более частыми перенесенными в анамнезе острыми бактериальным простатитом и уретритом ($p=0,001$, $p=0,021$), а также психическими расстройствами в анамнезе, представленными преимущественно зависимостью от каннабиоидов, алкоголя, синтетических наркотиков и аффективными расстройствами ($p=0,001$).

Для больных СХТБ/ХАП была характерна средняя и слабая половая конституция, в отличии от здорового контроля (различия статистически значимы,

($p < 0,001$).

При этом больные группы абактериального невоспалительного простатита (ОГ) статистически значимо чаще имели среднюю половую конституцию и реже выявляли сильный вариант средней и сильной половой конституции в сравнении со здоровым контролем ($p < 0,001$).

Характеристика болевых ощущений у больных СХТБ/ХАП

У больных СХТБ/ХАП на момент исследования болевые ощущения возникли впервые в возрасте 31,8 лет, продолжалась в среднем 3,0 года, при этом чем дольше у больных наблюдались психические расстройства, тем дольше у них наблюдалась боль и наоборот (очень сильная связь, $r = 0,9688$ ($p < 0,001$), $r = 0,8181$ ($p < 0,001$). В большинстве случаев болевые ощущения при СХТБ/ХАП были средней степени выраженности, непрерывными, имели суточную динамику, параллельную аффекту и локализовались не только в области простаты, но и в других топографо-анатомических областях таза, а также за его пределами.

Для группы абактериального невоспалительного простатита (ОГ) чаще были характерны боли в области нижней трети живота, паха и в области ануса ($p < 0,05$).

Чаще всего болевые ощущения описывались больными в терминах термического и механического воздействия, напряжения. Только больные группы абактериального воспалительного простатита (КГ1) применяли когнитивные аспекты в описании боли, а только больные абактериальным невоспалительным простатитом (ОГ) – ее многоаспектные характеристики.

У всех больных СХТБ/ХАП болевые ощущения были крайне тягостны и неприятны, характеризовались новизной, полиморфизмом и диффузностью, сенсорной недифференцированностью, частой сменой локализации, затруднением вербализации характера болевых ощущений и, в тоже время, быстрой амнезией пережитых болевых ощущений после терапии, витальностью (без статистически значимой разницы между группами абактериального воспалительного (ОГ) и невоспалительного простатита (КГ1)). В половине случаев описанные болевые ощущения у больных СХТБ/ХАП сопровождалась коэнестезиями, которые

статистически значимо чаще были характерны для группы абактериального невоспалительного простатита (ОГ) ($p=0,01$).

Для больных СХТБ/ХАП обеих групп сравнения была характерна психологическая реакция в ответ на начало терапии в виде купирования или значительного облегчения болевых ощущений на протяжении первых 1-2 недель после начала терапии с последующим их возвращением в полной мере.

В большинстве случаев для больных СХТБ/ХАП обеих групп сравнения не были выявлены провоцирующие или облегчающие болевые ощущения факторы. Также для больных СХТБ/ХАП было характерно отсутствие эффекта наркотических и ненаркотических обезболивающих препаратов.

Болевые ощущения у больных СХТБ/ХАП обеих групп влияли на снижение настроения, в тоже время снижение настроения усиливало болевые ощущения.

Болевые ощущения ухудшали работоспособность, социальную активность и взаимоотношения в семьях больных СХТХАП обеих групп сравнения.

Характеристика психопатологической симптоматики

У всех больных СХТБ/ХАП выявлены психопатологические симптомы, которые были представлены преимущественно сенестоалгической и сенестопатической, ипохондрической, астенодинамической и аффективной симптоматикой. Ведущий аффект ундулировал: являлся тревожным и апатическим, у большинства больных включал раздражительность. Особенностью больных СХТБ/ХАП являлось возникновение суицидальных мыслей при усилении болевых ощущения до выраженной интенсивности с их купированием при снижении интенсивности боли.

Группа абактериального невоспалительного простатита (ОГ) статистически значимо отличалась от группы абактериального воспалительного простатита (КГ1) более часто выявляемыми опасениями ухудшения своего самочувствия, патологической фиксацией на урологической симптоматике и ощущением снижения физических сил ($p<0,005$).

При синдромальной оценке у всех больных СХТБ/ХАП были типированы психопатологические синдромы: депрессивно-сенестоипохондрический (85,1% -

63 чел.) и сенестопатический (14,9% - 11 чел.) синдромы.

На основании критериев МКБ-10 у всех больных СХТБ/ХАП были верифицированы психические расстройства, единый депрессивный эпизод у 63,5% (47 чел.), рекуррентное депрессивное расстройство, F33 у 13,5% (10 чел.), биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод, F31 у 8,1% (6 чел.), устойчивое соматоформное болевое расстройство у 14,9% (11 чел.).

Группы абактериального невоспалительного (ОГ) и абактериального воспалительного простатита (КГ1) статистически значимо не различались между собой по выявленным психопатологическим синдромам и нозологиям ($p \geq 0,05$).

Медиана продолжительности выявленных психических расстройств у больных СХТБ/ХАП составила 5 лет (без статистически значимой разницы в группах абактериального невоспалительного (ОГ) и воспалительного (КГ1) простатита ($p > 0,05$)).

Характеристика урологической симптоматики и сексуальной дисфункции у больных СХТБ/ХАП

У всех больных СХТБ/ХАП были выявлены урологическая симптоматика и сексуальная дисфункция.

Урологическая симптоматика была представлена нарушениями мочеиспускания у всех больных в виде обструктивных и ирритативных симптомов нижних мочевых путей незначительной степени выраженности, болезненным мочеиспусканием умеренной степени выраженности у трети больных. При этом статистически значимо группы абактериального невоспалительного (ОГ) и абактериального воспалительного простатита (КГ1) различилась только по показателю «ноктурия», которая была более характерна для группы больных абактериальным невоспалительным простатитом (ОГ) (различия статистически значимы, ($p = 0,011$)).

Сексуальная дисфункция у больных СХТБ/ХАП обеих групп сравнения включала: эректильную дисфункцию, снижение либидо, нарушение оргазмической функции, сокращение продолжительности полового акта, преждевременную эякуляцию и эякуляторную боль, обуславливающую опасения

и страх болезненной эякуляции, общую неудовлетворенность половым актом.

В группе абактериального невоспалительного простатита (ОГ) наблюдались более выраженные по интенсивности эректильная дисфункция и эякуляторная боль, более часто наблюдались преждевременная эякуляция и формирование опасений и страха болезненной эякуляции; а также только для больных данной группы было характерно нарушение оргазмической функции в сравнении с группой абактериального воспалительного простатита (КГ1) ($p < 0,05$).

Соотношение психопатологии и других симптомов в структуре СХТБ/ХАП

При анализе возникновения психических расстройств, болезненных ощущений, урологической симптоматики и сексуальной дисфункции относительно друг друга установлено, что:

- у 51,4% (38 чел.) психопатологическая симптоматика, болезненные ощущения, урологическая симптоматика и сексуальная дисфункция в рамках СХТБ/ХАП возникали одновременно у 60,0% (24 чел.) в ОГ и у 41,2% (14 чел.) в КГ1;

- у 28,4% (21 чел.) в рамках СХТБ/ХАП первично возникала психопатологическая симптоматика, формировавшаяся в психическое расстройство, на фоне которого в последующем развивались болезненные ощущения, урологическая симптоматика и сексуальная дисфункция - у 27,5% (11 чел.) в ОГ и у 29,4% (10 чел.) в КГ1;

- у 20,3% (15 чел.) развитие болезненной симптоматики, урологической симптоматики и сексуальной дисфункции в структуре СХТБ/ХАП предшествовало развитию психических расстройств - у 12,5% (5 чел.) в ОГ и у 29,4% (10 чел.) в КГ1, которые развивались на фоне текущего СХТБ/ХАП.

Без статистически значимых различий по данным показателям между группами абактериального невоспалительного (ОГ) и абактериального воспалительного (КГ1) простатита.

ГЛАВА 4

РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Психологическое исследование выполнялось квалифицированным психологом у всех пациентов в период обследования до начала психофармакотерапии.

4.1 Характеристика внимания

Внимание оценивалось по таблицам Шульте (Schulte W., 1972). В процессе обследования регистрировалось время, затраченное больным на показывание ему и называние им всего ряда цифр в каждой таблице в отдельности. Анализировались следующие показатели 1) превышение нормативного (40-50 с) времени, затраченного на указывание и называние ряда цифр в таблицах; 2) динамика временных показателей в процессе обследования по всем пяти таблицам.

При обследовании обращали внимание на время поиска чисел по каждой из таблиц. Характер утомляемости прослеживался по времени поиска чисел от таблицы к таблице. Время поиска чисел — 30–40 секунд считался нормативным показателем. При анализе работы с каждой таблицей учитывали задержки в счете, ошибки, характер темпа деятельности.

Для определения концентрации и переключаемости внимания, уровня работоспособности использовалась методика отсчитывания (счет по Крепелину) [177]. Фиксировались результаты счета, а также время между ответами. Увеличение длительности пауз между результатами расценивалось как повышенная истощаемость внимания, ошибки в единицах расценивались как утомляемость (нарушение внимания), при ошибках, состоящих в переходе через десятки, предполагалось нарушение мышления (интеллекта).

Время работы с простыми таблицами Шульце у 78,6% ОГ (31 чел.) и у 81,0% (27 чел.) КГ1 находилось в пределах нормы и составило в среднем $V = 34$ сек. (28;57) и $V = 32$ сек. (24;48), что расценивалось как достаточный объем внимания. У остальных больных – в 21,4% (9 чел.) ОГ и 18,3% (7 чел.) КГ1 выявился незначительно сниженный объем внимания - $V = 54$ сек. (30;58) в ОГ и $V = 48$ сек. (30;42) в КГ1. Также у большинства пациентов время отсчитывания 100-7 было равномерным, быстрым, без ошибок в 67,6% (27 чел.) наблюдений ОГ и в 72,0% (24 чел.) КГ1. В 32,4% ОГ (13 чел.) и в 28,0% (10 чел.) КГ1 отсчитывание выполнялось неравномерно, с одной или двумя ошибками.

Статистически значимых различий по показателю нарушения внимания между ОГ и КГ не выявлено ($p=0,6$).

4.2 Характеристика памяти

Для исследования памяти у больных применялась методика «Запоминание 10 слов» (Лурия А.Р., 1963). Фиксировались воспроизводимые пациентом слова, затем список зачитывался снова, и эксперимент повторялся до тех пор, пока испытуемый не воспроизводил полный список слов. Как норма расценивалось запоминание 10 слов после 3–4 предъявлений. Для оценки ретенции после пятикратного повторения, в конце исследования (обычно через 1 час) пациенту предлагали вспомнить слова, которые ранее заучивались, но уже без напоминания; снижение этого показателя менее 6-7 слов расценивалось как ослабление процессов удержания и воспроизведения информации.

У пациентов с СХТБ/ХАП нарушения запоминания, кратковременной памяти не выявлено. У 15,3% (6 чел.) больных ОГ и 10,5% (4 чел.) больных КГ1 наблюдалось некоторое снижение долговременной памяти: из 10 слов в ретенции 6-5 слов. При анализе опосредованного запоминания продуктивность последующего воспроизведения - 100 % - пациенты легко и быстро подбирали опосредующие символы на сложные понятия. Образы на слова составляли от конкретных до абстрактных, были адекватны.

Статистически значимых различий по показателям нарушения памяти

между ОГ и КГ не выявлено ($p=0,4$).

4.3 Характеристики мышления

Для исследования процессов обобщения и абстрагирования, а также возможности анализа последовательности умозаключений, критичности и обдуманности действий, применялась методика «Классификация предметов» (Вейгль С., 1927; Выготский Л.С., 1934; Гольцштейн И., 1941; Зейгарник Б.В., 1970).

С целью выявления снижения уровня обобщений по ситуационно-конкретному типу и искажения процессов обобщения применялась методика «Исключение понятий» (Сафонова С.Х., 1983). При ее выполнении оценивались правильность и обоснования ответов.

Динамика мышления в темпе у всех пациентов была неизменной.

У 5,0% (2 чел.) больных только ОГ ($p=0,05\%$) была выявлена неравномерность аналитико-синтетической деятельности: исследование по методике «Классификация предметов» выявила у данных больных легкие изменения по типу неравномерности уровня обобщения и отвлечения основных признаков предметов и явлений в операциональной сфере мышления; а также в 2 карточках из 8 в методике «Исключение предметов» были выявлены исключения по слабому признаку. В КГ1 нарушений мышления у больных не наблюдалось.

4.4 Характеристика черт личности и акцентуации

Для определения черт личности и типа акцентуации применялась шкала К. Леонгарда-Н. Шмишека (Schmieschek Н., 1970), определяющая десять основных типов акцентуированных личностей по Леонгарду: 1) гипертимный – личности со склонностью к повышенному настроению, 2) застревающий – со склонностью к «застреванию аффекта» и бредовым реакциям; 3) эмотивный, аффективно лабильный; 4) педантичный, с преобладанием черт ригидности и педантизма; 5) тревожный; 6) циклотимный, со склонностью к депрессивному реагированию; 6) демонстративный, с истерическими чертами характера; 7) возбудимый, со

склонностью к повышенной, импульсивной реактивности в сфере влечений; 9) дистимичный, с наклонностью к расстройствам настроения; 10) экзальтированный, склонный к аффективной экзальтации.

К акцентуации свойств характера относились 1) демонстративность (психопатия истерического круга); 2) педантичность (ананкастная психопатия); 3) возбудимость (эпилептоидные психопаты); 4) застревание (паранояльные психопаты). Остальные виды акцентуаций относились к особенностям темперамента и отражали темп и глубину аффективных реакций.

Значения 0-6 баллов расценивались как отсутствие признака, значения 7-12 баллов как средние значения, 13-18 баллов как тенденция к тому или иному типу акцентуации. Признаком акцентуации являлся показатель свыше 18 баллов.

Акцентуация характера была выявлена у 40,32% (50 чел.) всех обследованных (ОГ, КГ1, КГ2), из них в ОГ – у 75,0% (30 чел.), в КГ1 – у 52,9% (18 чел.), в КГ2 – у 4,0% (2 чел.). При этом количество выявленных акцентуаций больных в ОГ и в КГ1 статистически значимо преобладало над здоровым контролем (КГ2) ($p < 0,0001$) (Таблица 4.1)

Таблица 4.1 - Акцентуация характера по опроснику К. Леонгарда- Н. Шмишека

Акцентуация характера	Группа ОГ n (%)	Группа КГ1 n (%)	Группа КГ2 n (%)	Всего	p ОГ/КГ1	p ОГ/КГ2	p КГ1/КГ2
Нет	10 (25,0%)	16 (47,0%)	48 (96,0%)	74 (59,7%)	0,055	0,0000	0,0000
Да	30 (75,0%)	18 (52,9%)	2 (4,0%)	50 (40,3%)			
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	50 (100,0%)	124 (100,0%)			

Примечание – p1 – значимость различий между ОГ и КГ1; p2 – значимость различий между ОГ и КГ2; p3 – значимость различий между КГ1 и КГ2. Порог значимости различий с учетом поправки Бонферрони $p = 0,017$.

При анализе акцентуации характера в зависимости от ее типов установлено, что доминирующим типом акцентуации у больных СХТБ/ХАП являлся застревающий тип, который был выявлен у 60,0% (24 чел.) ОГ и у 44,1% (15 чел.) КГ1 (статистически значимое сравнение со здоровым контролем ОГ и КГ2, КГ1 и КГ2, $p = 0,00001$ и $p = 0,00001$ соответственно).

Сравнения по данному признаку групп больных воспалительным (КГ1) и невоспалительным (ОГ) вариантами абактериального простатита статистически значимых различий не выявили. Также не обнаружено статистически значимых различий между группами сравнения по другим показателям типов акцентуаций ($p > 0,017$ с поправкой по Бонферрони) (Таблица 4.2).

Таблица 4.2 – Типы акцентуации характера по опроснику К. Леонгарда - Н. Шмишека

Акцентуация	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	КГ2 n (%)	Всего	p ОГ/КГ1	p ОГ/КГ2	p КГ1/КГ2
Акцентуация свойств характера							
застревающий	24 (60,0%)	15 (44,1%)	0 (0,0%)	39 (52,7%)	0,55	0,00001	0,00001
возбудимый	2 (5,0%)	1 (2,9%)	0 (0,0%)	3 (2,4%)	0,54	0,54	0,40
педантичный	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)	1 (0,8%)	-	0,8	0,4
демонстративный	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	-	-
Особенности темперамента и отражение темпа и глубины аффективных реакций							
тревожный	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,0%)	1 (0,8%)	-	0,8	0,4
эмотивный	2 (5,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,6%)	1,0	0,54	-
циклотимный	1(2,5%)	2 (5,9%)	0 (0,0%)	3 (2,4%)	0,54	0,8	0,57
экзальтированный	1 (2,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)	0,21	0,21	-
гипертимный	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	-	-
дистимичный	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	-	-
Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)	50 (100,0%)	124 (100,0%)	Всего	40 (100,0%)	34 (100,0%)

Примечание – p1 – значимость различий между ОГ и КГ1; p2 – значимость различий между ОГ и КГ2; p3 – значимость различий между КГ1 и КГ2. Порог значимости различий с учетом поправки Бонферрони $p = 0,017$.

При анализе психологических характеристик у больных СХТБ/ХАП установлено, для данной категории больных характерны катастрофизации и поведения избегания (различия статистически значимы в сравнении со здоровым

контролем ОГ и КГ2, КГ1 и КГ2, $p < 0,017$ с поправкой Бонферрони) (Таблица 4.3).

Таблица 4.3 – Катастрофизация и поведение избегания участников исследования

Показатели	ОГ n = 40	КГ1 n = 34	КГ2 n = 50	Всего n = 124	p ОГ/КГ1	p ОГ/КГ2	p КГ1/КГ2
Катастрофизация	20 (50,0%)	7 (20,6%)	-	27 (36,5%)	0,014	<0,001	0,001
Поведение избегания	17 (42,5%)	8 (23,5%)	-	25 (33,8%)	0,14	<0,001	<0,001

Примечание – p1 – значимость различий между ОГ и КГ1; P2 – значимость различий между ОГ и КГ2; P3 – значимость различий между КГ1 и КГ2. Порог значимости различий с учетом поправки Бонферрони $p = 0,017$.

Катастрофизация наблюдалась у 36,5% (27 чел.) больных СХТБ/ХАП и статистически значимо чаще была характерна для группы абактериального невоспалительного простатита (ОГ) – 50,0% (20 чел.) в сравнении с группой абактериального воспалительного простатита (КГ1) – 20,6% (7 чел.) в КГ1 ($p = 0,014$ с поправкой Бонферрони).

Поведение избегания было выявлено у 33,8% (25 чел.) больных СХТБ/ХАП и наблюдалось в равной степени как в группе абактериального воспалительного (КГ1), так и невоспалительного простатита (ОГ) (различия статистически не значимы, $p = 0,14$ с поправкой Бонферрони).

Также было установлено, что больные СХТБ/ХАП имеет такую психологическую характеристику, как алекситимия, которая выявлена у 82,4% (61 чел.) больных СХТБ/ХАП, что статистически значимо отличается от здорового контроля в обеих группах больных – 77,5% (31 чел.) в ОГ и 88,2% (30 чел.) в КГ1, в сравнении со здоровым контролем – 12,0% (6 чел.) КГ2 ($p \leq 0,005$, $p = 0,005$ соответственно). Частота встречаемости алекситимии при сравнении ОГ и КГ1 не являлась статистически значимой ($p = 0,36$) (Таблица 4.4).

Таблица 4.4 – Алекситимия, выявленная в группах сравнения

Показатели	ОГ n = 40	КГ1 n = 34	КГ2 n = 50	Всего n = 124	$p_{\text{ОГ/КГ1}}$	$p_{\text{ОГ/КГ2}}$	$p_{\text{КГ1/КГ2}}$
Алекситимия	31 (77,5%)	30 (88,2%)	6 (12,0%)	61 (82,4%)	0,36	<0,005	0,005

Примечание – $p_{\text{ОГ/КГ1}}$ значимость различий между группами ОГ и КГ1; $p_{\text{ОГ/КГ2}}$ значимость различий между ОГ и группами КГ2; $p_{\text{КГ1/КГ2}}$ - значимость различий между группами КГ1 и КГ2. Парные сравнения по критерию Фишера. С учетом поправки Бонферрони на множественность сравнения, пороговый уровень значимости $p=0,017$.

При анализе выраженности баллов Торронтской шкалы алекситимии (TAS 20) (G. J. Taylor at all, 1985) установлено, что статистически значимое более высокое значение баллов по шкале алекситимии характерно для группы абактериального невоспалительного простатита (ОГ) – медиана 71 по сравнению с КГ1 – медиана 52,5 ($p<0,001$) (Таблица 4.5).

Таблица 4.5 – Шкала алекситимии

Шкала алекситимии	ОГ Me (Q1;Q3)	КГ1 Me (Q1;Q3)	Всего Me (Q1;Q3)	p
Баллы	71 (60,5; 75,0)	52,5 (30,0; 67,0)	63,0 (44,0; 72,0)	<0,001

Примечание – p - значимость различий между группами ОГ и КГ1. Критерий Манна Уитни.

Медиана уровня выраженности депрессии по шкале HADS (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983) (Таблица 4.5) составила 14,0 баллов и являлась статистически более высокой в ОГ – медиана 17,0 в сравнении с КГ1 – медиана 13,5 ($p=0,004$) (Таблица 4.6).

Таблица 4.6 – Шкала HADS, домен депрессия

Показатели	ОГ Me (Q1; Q3)	КГ1 Me (Q1; Q3)	Всего Me (Q1; Q3)	p
Шкала HADS, домен депрессия	17,0 (12,0; 19,0)	13,5 (11,0; 14,0)	14,0 (11,0; 8,0)	0,004

Примечание – p - значимость различий между группами ОГ и КГ1. Критерий Манна Уитни.

Медиана уровня выраженности тревоги по шкале HADS (Zigmond A.S.,

Snaith R.P., 1983) составила 14,0 баллов без статистической разницы между группами ОГ и КГ1 ($p=0,06$) (Таблица 4.7).

Таблица 4.7 – Шкала HADS, домен тревога

Показатели	ОГ Me (Q1; Q3)	КГ1 Me (Q1; Q3)	Всего Me (Q1; Q3)	p
Шкала HADS, домен тревога	13,5 (11,5; 15,0)	17,0 (10,0; 20,0)	14,0 (11,0; 17,0)	0,06

Примечание – p - значимость различий между группами ОГ и КГ1. Критерий Манна Уитни.

При анализе зависимости изученных показателей, выявленных при психологических и психометрических исследованиях, выявлена сильная положительная и высоко значимая зависимость значений интенсивности боли по шкале ВАШ боли и баллов HADS, домен депрессия в ОГ ($r=0,74$, $p<0,001$). Зависимость указанных показателей в КГ1 носила гораздо менее выраженный, но все же значимый характер ($r=0,43$, $p<0,011$) (Рисунок 4.1).

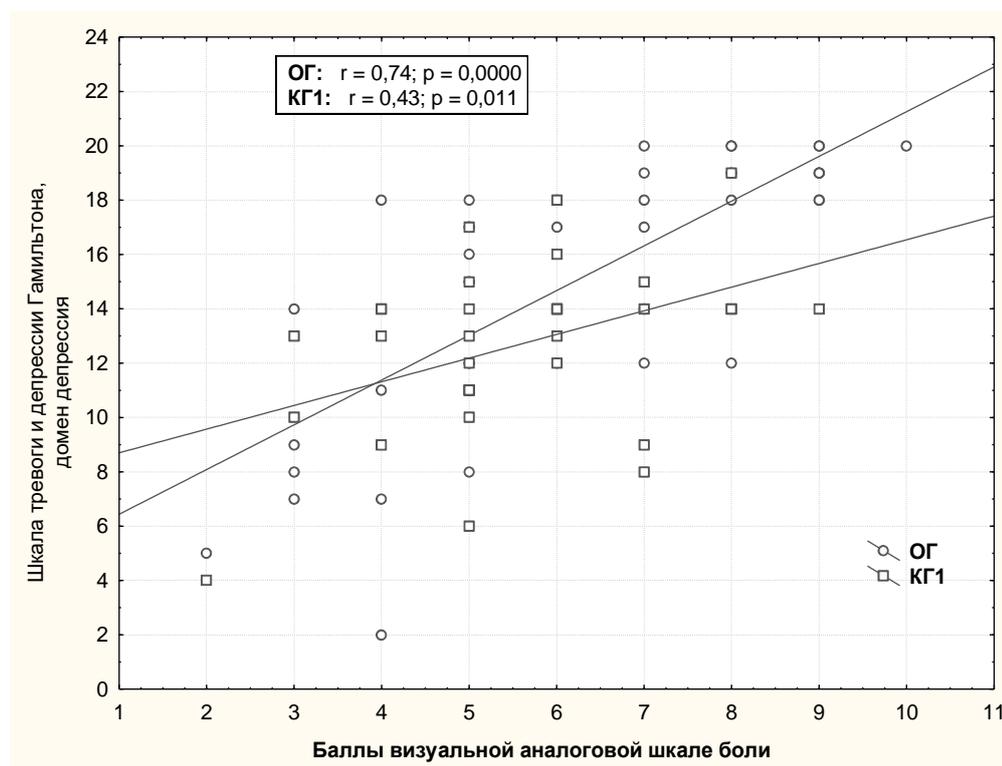


Рисунок 4.1 – Зависимость баллов по ВАШ боли и шкале HADS, домен депрессия

Проанализирована зависимость значений интенсивности боли по шкале ВАШ боли и баллов шкалы выраженности СМП IPSS (Рисунок 4.2).

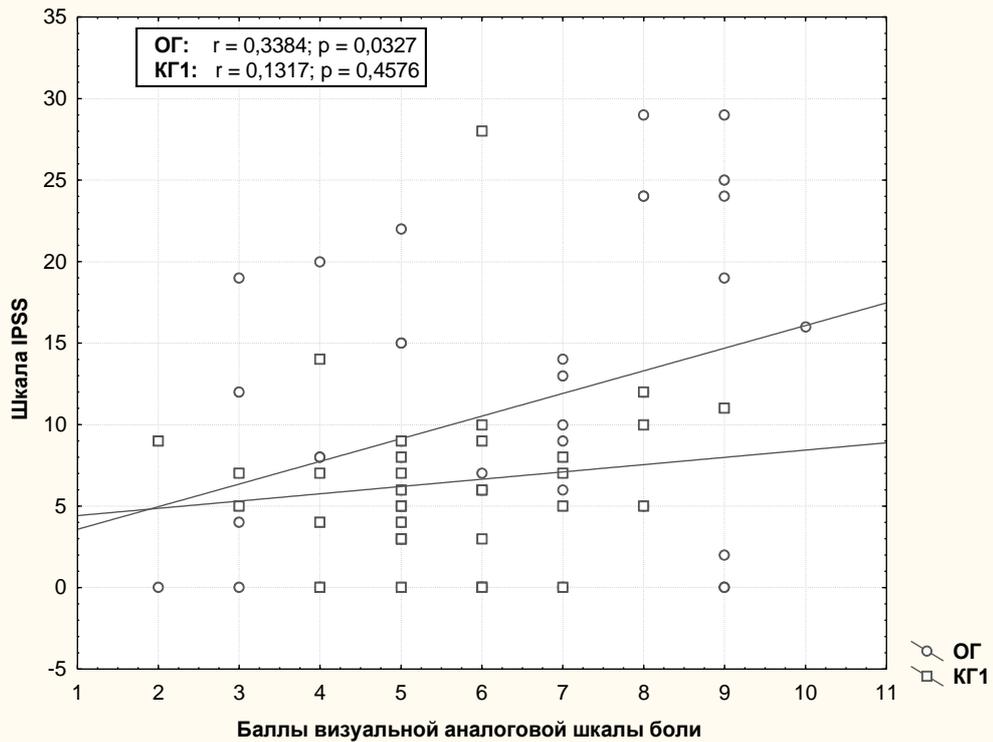


Рисунок 4.2 – Зависимость баллов по ВАШ боли и шкалы значений шкалы IPSS

При анализе зависимости значений интенсивности боли по шкале ВАШ боли и баллов шкалы выраженности СНМП IPSS выявлена умеренная слабо выраженная зависимость показателей в ОГ ($r=0,3384$, $p=0,0327$). Для КГ1 зависимости между значениями баллов шкалы боли и баллов IPSS не наблюдалось.

Выявлена умеренная отрицательная и высоко значимая зависимость значений интенсивности боли в баллах по шкале ВАШ боли и баллов шкалы МИЭФ в группе абактериального невоспалительного простатита (ОГ) ($r=0,55$, $p<0,001$). Зависимость указанных показателей в группе абактериального воспалительного простатита (КГ1) отсутствует ($r=0,22$, $p=0,2115$). При анализе значений остальных показателей относительно друг друга статистически значимой зависимости не выявлено (Рисунок 4.3).

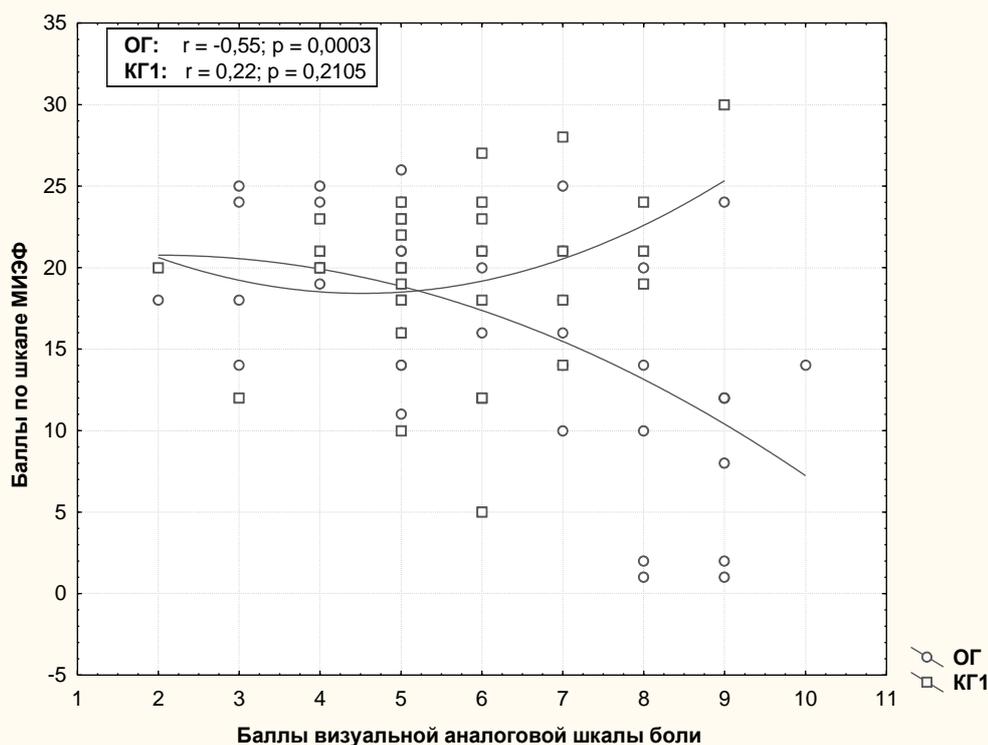


Рисунок 4.3 – Зависимость баллов по ВАШ боли и шкалы значений шкалы МИЭФ

4.5 Оценка качества жизни и общего функционирования больных СХТБ/ХАП

Результаты анализа общей способности больных к повседневному функционированию по шкале GAF представлены в таблице 4.8.

Таблица 4.8 – Шкала глобального функционирования GAF

Показатели	ОГ Me (Q1;Q3)	КГ1 Me (Q1;Q3)	КГ2 Me (Q1;Q3)	$p_{\text{ОГ/КГ1}}$	$p_{\text{ОГ/КГ2}}$	$p_{\text{КГ1/КГ2}}$
Шкала глобального функционирования GAF	62,5 (54,5; 70,5)	65,0 (59,0; 70,0)	96,0 (81,0; 90,0)	0,34	<0,001	<0,001

Примечание – $p_{\text{ОГ/КГ1}}$ - значимость различий между группами ОГ и КГ1; $p_{\text{ОГ/КГ2}}$ - значимость различий между группами ОГ и КГ2; $p_{\text{КГ1/КГ2}}$ - значимость различий между группами КГ1 и КГ2, Критерий Краскела Уоллиса, сравнение средних рангов.

Медиана уровней шкалы глобального функционирования GAF (Luborsky L., 1962) составила 62,5 (квартили 54,5;70,5) в ОГ и 65,0 (квартили 59,0;70,0) в КГ1, что выявило нарушения качества жизни в социальной и профессиональной сферах, межличностных взаимоотношениях у больных обеих групп СХТБ/ХАП.

Медиана баллов уровня функционирования по шкале GAF как в группе абактериального невоспалительного (ОГ), так и в группе абактериального воспалительного (КГ1) простатита были статистически значимо более низкими в ОГ и КГ1 в сравнении со здоровым контролем (КГ2) ($p < 0,001$), при этом группы больных (ОГ и КГ1) не имели статистически значимой разницы по данному показателю ($p=0,34$).

При анализе показателей шкалы оценки качества и удовлетворенности жизни QLESQ Дж. Эндикотт (Endicott J., 1990), у больных ОГ и КГ1 выявлено статистически более значимое снижение качества жизни в сравнении со здоровым контролем по всем показателям шкалы ($p < 0,001$) (Таблица 4.9).

Таблица 4.9 – Шкала оценки качества жизни QLESQ Дж. Эндикотт

Домен	ОГ Me (Q1;Q3)	КГ1 Me (Q1;Q3)	КГ2 Me (Q1;Q3)	Всего Me (Q1;Q3)	Р _{ОГ/КГ1}	Р _{ОГ/КГ2}	Р _{КГ1/КГ2}
Работа (карьера)	17,0 (5,0;24,0)	24,0 (15,0;29,0)	35,0 (24,0;40,0)	21,0 (8,0;28,0)	0,023	<0,001	<0,001
Домен личные достижения и устремления	22,5 (7,5;28,0)	24,0 (20,0;27,0)	36 (32,0;39)	24,0 (13,0;28,0)	0,27		
Здоровье	14,0 (7,0;23,0)	18,5 (11,0;25,0)	37 (29;40,0)	18,0 (8,0;24,0)	0,17		
Общение с друзьями (близкими)	16,0 (11,0;21,0)	27,0 (24,0;30,0)	31 (28,0;4,0)	22,5 (14,0;27,0)	<0,001		
Поддержка	14,0 (8,0;20,5)	24,0 (19,0;29,0)	33 (28,0;40,0)	20,0 (12,0;24,0)	<0,001		
Семейные отношения	29,0 (20,5;33,0)	35,5 (30,0;38,0)	38,5 (33,0;40,0)	31,0 (24,0;37,0)	<0,001		

Примечание – р_{ОГ/КГ1} - значимость различий между группами ОГ и КГ1; р_{ОГ/КГ2} - значимость различий между группами ОГ и КГ1; р_{КГ1/КГ2} - значимость различий между группами КГ1 и КГ2. Критерий Манна Уитни.

Худшее качество жизни в большинстве ее сфер выявлено в группе абактериального невоспалительного простатита (ОГ), в группе абактериального воспалительного простатита снижение качества жизни статистически значимо было менее выраженным ($p < 0,005$).

Проведен анализ зависимости значений шкалы оценки качества жизни QLESQ Дж. Эндикотт и значений интенсивности боли по шкале ВАШ боли (Рисунки 4.4, 4.5, 4.6, 4.7).

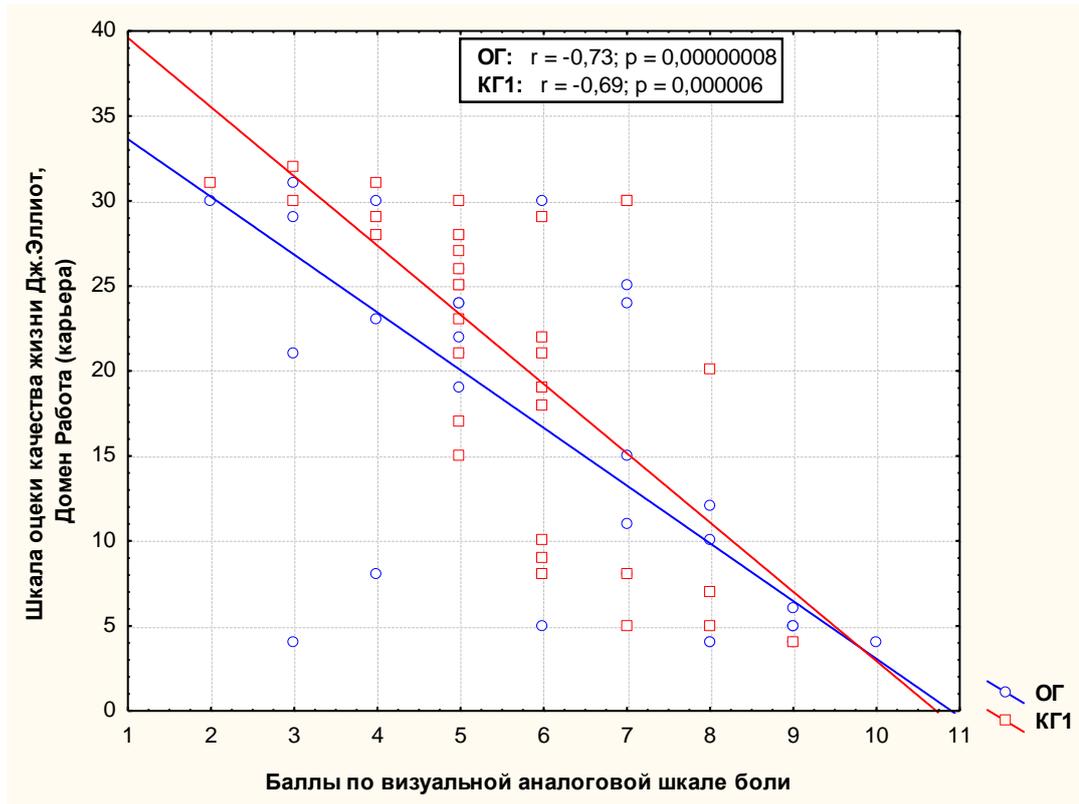


Рисунок 4.4 – Зависимость значений шкалы оценки качества жизни QLESQ Дж. Эндикотт, домен работа (карьера) от значений баллов по ВАШ боли

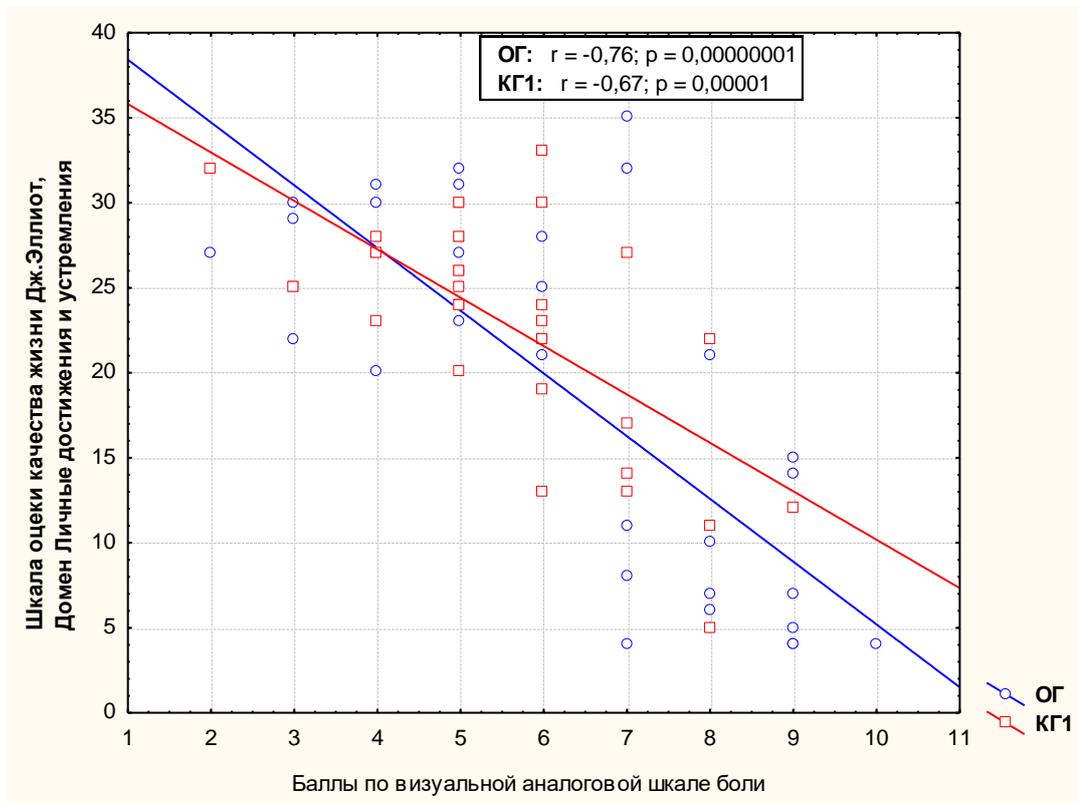


Рисунок 4.5 – Зависимость значений шкалы оценки качества жизни QLESQ Эндикотт Дж., домен личные достижения и устремления от значений баллов по ВАШ боли

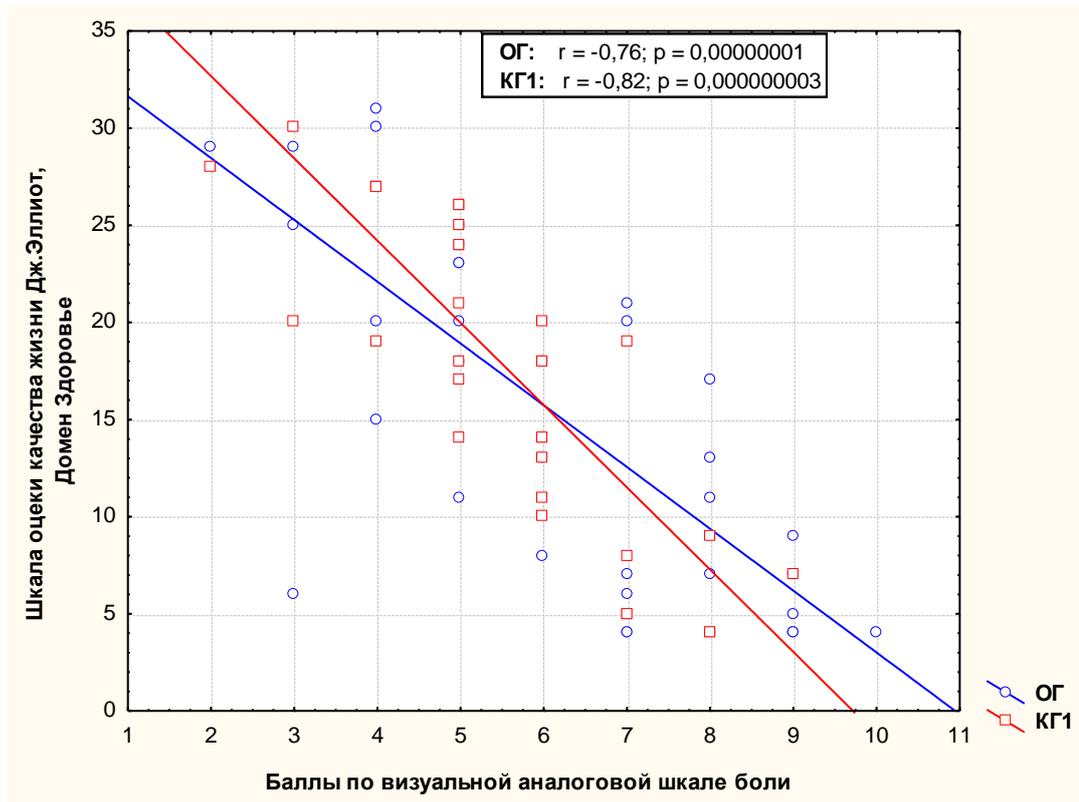


Рисунок 4.6 – Зависимость значений шкалы оценки качества жизни QLESQ Дж. Эндикотт, домен здоровье от значений баллов по визуальной шкале боли

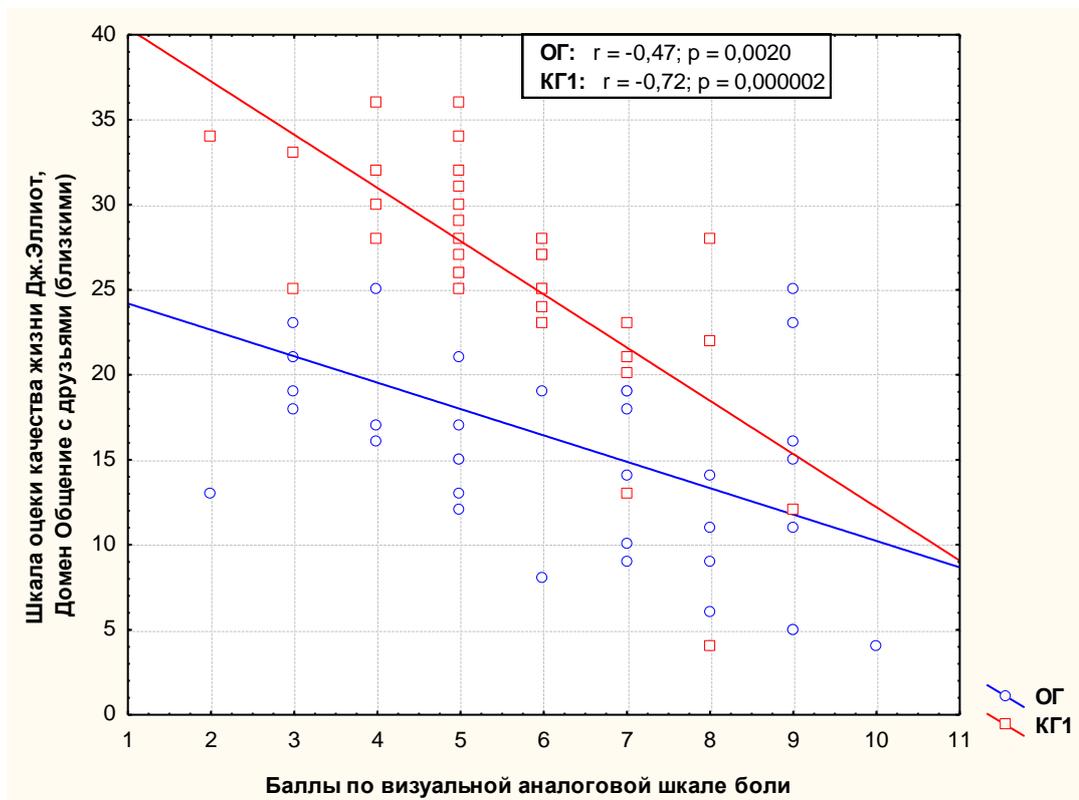


Рисунок 4.7 – Зависимость значений шкалы оценки качества жизни QLESQ Эндикотт Дж., домен общение с друзьями (близкими) значений баллов по визуальной шкале боли

Выявлена сильная отрицательная зависимость значений в обеих группах сравнения (ОГ и КГ1) от значений по ВАШ боли и значений шкалы качества жизни в домене «работа (карьера)» – в ОГ ($r=-0,73$, $p\leq 0,001$) и в КГ1 ($r=-0,69$, $p\leq 0,001$), в домене «личные достижения» - в ОГ ($r=-0,76$, $p\leq 0,001$) и в КГ1 ($r=-0,67$, $p\leq 0,001$), в домене «здоровье» - в ОГ ($r=-0,76$, $p\leq 0,001$) и в КГ1 ($r=-0,82$, $p\leq 0,001$), в домене «общение с друзьями» – в ОГ ($r=-0,47$, $p\leq 0,001$) и в КГ1 ($r=-0,72$, $p\leq 0,001$).

Для домена «поддержка» шкалы оценки качества жизни и интенсивности боли по ВАШ боли зависимость значений не выявлена в обеих группах сравнения (ОГ и КГ1) ($r=-0,16$, $p=0,33$) ОГ и ($r=-0,30$, $p\leq 0,09$) КГ1.

4.6 Резюме

У 31,0% (23 чел.) больных СХТБ/ХАП выявлен незначительно сниженный объем внимания, у 13,5% (10 чел.) незначительное снижение долговременной памяти; в группе абактериального невоспалительного простатита (ОГ) у 5,0% (2 чел.) нарушения мышления, не достигающие синдромальной выраженности.

Для 52,7% (39 чел.) больных СХТБ/ХАП характерна акцентуация характера по застревающему типу (различия со здоровым контролем статистически значимы ($p=0,00001$)).

Для больных СХТБ/ХАП характерны алекситимия в 82,4% (61 чел.), катастрофизация в 36,5% (27 чел.) и поведение избегания в 33,8% (25 чел.) (различия со здоровым контролем статистически значимы $p<0,001$).

У больных СХТБ/ХАП выявлены более низкий уровень глобального функционирования по шкале GAF и более низкое качество жизни по шкале QLESQ Эндикотт Дж. в сравнении со здоровым контролем (КГ2) ($p < 0,001$), при этом прослеживается зависимость выраженности боли и показателей шкалы качества жизни в доменах «работа», «личные достижения», «здоровье», «общение с друзьями» – т.е. чем сильнее была выражена интенсивность боли, тем худшее качество жизни наблюдалось у больных СХТБ/ХАП практически во всех сферах.

Для группы абактериального невоспалительного простатита (ОГ) характерны более часто наблюдающиеся алекситимия и катастрофизация своего самочувствия, более высокие показатели выраженности депрессии по шкале HADS ($p=0,004$), более низкое качество жизни, а также зависимость интенсивности боли от выраженности баллов шкалы HADS, домен депрессия ($r=0,74$, $p<0,001$), зависимость интенсивности боли от выраженности симптомов нарушения мочеиспускания ($r=0,3384$, $p=0,0327$) и зависимость интенсивности боли от выраженности эректильной дисфункции ($r=0,55$, $p<0,001$).

ГЛАВА 5

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ УРОВНЯ СЕРОТОНИНА КРОВИ И СУТОЧНОЙ ЭКСКРЕЦИИ КАТЕХОЛАМИНОВ МОЧИ

5.1 Уровни серотонина и катехоламинов мочи

Уровень экскреции катехоламинов и их метаболитов позволяет определить функциональную активность центральных катехоламиновых медиаторных систем, участвующих в патогенезе развития как аффективных расстройств, так и хронических болевых синдромов [151]. Изучение особенностей экскреции катехоламинов у больных простатитическим вариантом синдрома хронической тазовой боли может помочь в изучении биологических основ СХТБ/ХАП и хронических болевых синдромов в целом.

Изучен уровень серотонина крови и катехоламинов мочи – адреналина, норадреналина и дофамина (суточная экскреция) у 65 человек, принявших участие в исследовании (38 больных ОГ, 27 больных КГ1, 27 больных КГ2).

В группе абактериального воспалительного простатита (КГ1) показатели медианного уровня серотонина крови были статистически значимо более низкими в сравнении как с группой абактериального невоспалительного простатита (ОГ), так и в сравнении со здоровым контролем: медиана КГ1 = 56,0 нг/мл, в ОГ медиана = 93,0 нг/мл, в КГ2 медиана = 94,7 ($p < 0,001$ в обоих случаях).

При этом медианный уровень серотонина в ОГ и КГ2 не имел статистически значимых различий ($p = 0,1$).

Медианный уровень суточной экскреции адреналина, норадреналина и дофамина в обеих группах больных (ОГ и КГ1) был статистически значимо ниже в сравнении со здоровым контролем (КГ2) ($p \leq 0,001$).

Результаты приведены в таблице 5.1.

Таблица 5.1 – Анализ уровней серотонина крови и суточной экскреции катехоламинов мочи у участников исследования

Показатели	ОГ Me (Q1; Q3)	КГ1 Me (Q1; Q3)	КГ2 Me (Q1; Q3)	Р _{ОГ/КГ1}	Р _{ОГ/КГ2}	Р _{КГ1/КГ2}
Серотонин крови, нг/мл	93,0 (62,0; 167,0)	56,0 (48,0; 83,0)	94,7 (87,3; 94,7)	<0,001	1,0	p<0,001
Адреналин мочи, суточная экскреция, мкг/сут	13,0 (6,0; 20,0)	14,0 (5,0; 18,0)	26,5 (13,7; 27,8)	1,0	<0,001	<0,001
Ноадреналин мочи, суточная экскреция, мкг/сут	49,0 (37,0; 66,0)	39,0 (24,0; 47,0)	137,7 (133,5; 141,4)	0,08	<0,001	<0,001
Дофамин мочи, суточная экскреция, мкг/сут	274 (158; 522)	207 (169; 288)	471,6 (336,5; 471,2)	0,55	0,001	<0,001

Примечание – р_{ОГ/КГ1} - значимость различий между группами ОГ и КГ1; р_{ОГ/КГ2} - значимость различий между группами ОГ и КГ2; р_{КГ1/КГ2} - значимость различий между группами КГ1 и КГ2, Критерий Краскела Уоллиса, сравнение средних рангов.

При анализе нейромедиации у всех больных СХТБ/ХАП в целом (больные ОГ+больные КГ1) установлено, что медианный уровень серотонина крови у больных СХТБ/ХАП (ОГ+КГ1) составил 70,5 нг/мл и не имел статистически значимых различий в сравнении со здоровым контролем (КГ2) - медиана 94,7 нг/мл (p=0,11) (Таблица 5.2).

Таблица 5.2 – Анализ уровней серотонина в крови и суточной экскреции катехоламинов в моче у больных СХТБ/ХАП (ОГ=КГ1) и здоровом контроле (КГ2)

Показатели	ОГ+ КГ1 Me (Q1; Q3)	КГ2 Me (Q1; Q3)	р
Серотонин крови, нг/мл	70,5 (53,0;108,0)	94,7 (87,3;94,7)	0,11
Адреналин мочи, суточная экскреция, мкг/сут	13,0 (6,0; 0,0)	26,5 (13,7;27,8)	<0,001
Ноадреналин мочи, суточная экскреция, мкг/сут	44,5 (36,0;59,0)	137,7 (133,5;141,4)	<0,001
Дофамин мочи, суточная экскреция, мкг/сут	234 (166;342)	471,6 (336,5;471,2)	<0,001

Примечание – р - значимость различий между группами ОГ+КГ1 и КГ2. Критерий Манна Уитни.

Медианный уровень катехоламинов мочи (адреналина – медиана 13,0 мкг/сут, норадреналина - медиана 44,5 мкг/сут и дофамина медиана 234 мкг/сут) у больных СХТБ/ХАП (ОГ+КГ1) был статистически значимо ниже, чем медианный уровень катехоламинов мочи у здоровых мужчин (КГ2) (адреналин – медиана 26,5 мкг/сут, норадреналин - медиана 137,7 мкг/сут и дофамин - медиана 471,6 мкг/сут) ($p < 0,001$).

5.2 Резюме

При анализе нейромедиации у больных СХТБ/ХАП (ОГ+КГ1) медианный уровень адреналина, норадреналина и дофамина был статистически значимо боолее низким, чем в здоровом контроле (КГ2) ($p \leq 0,001$).

Для больных абактериальным невоспалительным простатитом (ОГ) был характерен более статистически значимо низкий медианный уровень серотонина крови в сравнении как с группой абактериального воспалительного простатита (КГ1), так и со здоровым контролем (КГ2) ($p < 0,001$).

Выявленные закономерности нейромедиации демонстрируют значимость нарушений нейромедиации в патогенезе СХТБ/ХАП.

ГЛАВА 6

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ

6.1 Принципы терапии

Все больные СХТБ/ХАП, участвующие в данном исследовании, получали добровольное лечение выявленных психических расстройств.

Так как основным подходом являлся комплексный, то пациентам предлагалось сочетание психофармакотерапии и психотерапии.

Все больные обеих групп сравнения согласились с приемом психофармакотерапии. Подавляющее большинство больных - 91,89% (68 чел.) под предлогом отсутствия запроса и необходимости категорически отказались от психотерапии.

Таким образом, основным методом лечения в исследовании являлась психофармакотерапия. Последняя проводилась с принципами добровольности (любая терапия начиналась только после подписания больным письменного добровольного согласия на лечение); комплексности, подразумевавшим сочетание разных групп препаратов с патогенетической, симптоматической, профилактической целью; индивидуальности с учетом индивидуальных особенностей больных на основе анализа анамнестических данных, индивидуальной переносимости психофармакотерапии и результатов параклинических методов обследования; клинической обоснованности с оценкой степени тяжести выявленных психических расстройств и анализа течения заболевания; оптимальности и динамичности с целью достижения максимального эффекта от терапии путем подбора минимальных терапевтически эффективных и переносимых доз препаратов; стадийности, представляющей собой последовательное проведение купирующей, затем стабилизирующей и поддерживающей терапии.

Психотерапия

Психотерапию получали 8,11% (6 чел.) больных. Во время психотерапевтических сессий совместно с психотерапевтом методами когнитивно-поведенческой терапии проводились выявление и корректировка дисфункциональных установок пациентов относительно природы СХТБ/ХАП и возможностей терапии, сформированные за период болезни. С использованием гипно-суггестивной терапии с обучением самогипнозу и технике релаксации проводилась реконструкция навыка умения расслабления с целью купирования эмоционального и мышечного напряжения, а также пациенты обучались самостоятельному применению данного навыка.

Все пациенты после 1-3 сеансов психотерапии отказались от дальнейшего посещения психотерапевтических сессий под предлогом трудности и отсутствия времени и желания для выполнения домашних заданий в ходе психотерапевтической работы.

Психофармакотерапия

Психофармакотерапия включала применение антидепрессантов, транквилизаторов, нормотимиков, нейролептиков (Таблица 6.1).

Учитывая общие патогенетические механизмы болевого синдрома и психопатологии в рамках СХТБ/ХАП [7, 28], что подтверждается установленными у больных в данном исследовании особенностями нейромедиации (статистически значимо более низкие, чем у здоровых медианные уровни катехоламинов мочи и серотонина крови), учитывая особенности выявленной психопатологической симптоматики и психопатологических синдромов (депрессивно-сенестоипохондрический атипичный синдром с признаками эндогенности в рамках маскированных депрессивных эпизодов и сенесто-ипохондрический синдром в рамках соматоформного болевого расстройства), учитывая стандарты терапии (описанные в разделе «Дизайн исследования» главы «Материалы и методы») и клинические рекомендации по терапии таких психических расстройств, в лечении больных СХТБ/ХАП использовалась посиндромальная психофармакотерапия, которая включала применение антидепрессантов,

нейролептиков, нормотимиков, транквилизатора (Таблица 6.1).

Таблица 6.1 – Препараты психофармакотерапии, применявшиеся при лечении больных СХТБ/ХАП

Класс препаратов	Название препарата	Показания к назначению	Обоснование назначения
Антидепрессанты	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина	Депрессия в клинической картине, снижение уровня серотонина крови	Тимоаналептическое действие; воздействие на ноцицептивную систему, коррекция баланса серотонина, норадреналина.
Транквилизаторы	Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин	Выраженная тревога	Усиление в нервной системе тормозного влияния ГАМК
Нейролептики	Атипичные нейролептики	Коррекция дофамина, аугментация антидепрессантов	Коррекция баланса нейромедиаторов
Нормотимики	Лития карбонат	БАР, аффективные колебания, неустойчивость настроения	Воздействие на ГАМК-ергическую систему, регуляция проводимости клеточных мембран, снижение активности генератора патологически усиленного возбуждения, минимальное регулирующее влияние на биологические ритмы в целом

Учитывая особенности нейромедиации и рекомендации терапии маскированных депрессий и устойчивого соматоформного болевого расстройства, в терапии СХТБ/ХАП применялись селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (учитывая их двойное действие как на серотониновую, так и на норадренергическую нейромедиацию) с целью коррекции уровня нейромедиации. Также с целью воздействия на нейромедиацию, а также аугментации антидепрессанта, учитывая особенности выявленных у больных депрессивного и сенестопатического синдромов, применялся атипичный нейролептик [6, 30]. При диагностировании у больных СХТБ/БАР применялся нормотимик [13, 30]. С целью противотревожного эффекта применялся транквилизатор [13, 30].

Терапия больных СХТБ/ХАП проводилась следующим образом: после верифицирования психопатологического синдрома и диагноза психического расстройства у больных СХТБ/ХАП (депрессивно-сенестоипохондрического синдрома в рамках депрессивного эпизода или сенестоипохондрического синдрома в рамках устойчивого соматоформного болевого расстройства) больным выполняли исследование уровня общего серотонина крови и суточной экскреции катехоламинов мочи.

При выявлении уровня серотонина ниже границ нормы, установленных по данному методу в лаборатории, и нормативных показателей суточной экскреции дофамина мочи больному предлагали курс антидепрессантов (СИОЗСиН); при выявлении повышенной суточной экскреции дофамина и нормативных или повышенных показателях уровня серотонина - атипичных нейролептиков, в случае сочетанного нарушения нейромедиаторных систем (снижение уровня серотонина и повышение суточной экскреции дофамина) - сочетание базовых классов препаратов СИОЗСиН и атипичного нейролептика³. При необходимости параллельно больным назначались транквилизатор и нормотимик.

6.2 Результаты терапии

Терапию по предложенному способу получили 74 больных с СХТБ/ХАП обеих групп сравнения (ОГ n=40; КГ1 n=34). Через 6 месяцев терапии удалось добиться медикаментозной ремиссии у 78,38% (58 чел.) случаев. Стойкое значительное улучшение было достигнуто в 21,62% (16 чел.) случаев.

В группе абактериального невоспалительного простатита (ОГ) медикаментозная ремиссия была достигнута у 65,0% (26 чел.), у 35,0% (14 чел.) – стойкое значительное улучшение; в группе абактериального воспалительного простатита (КГ1) медикаментозная ремиссия была достигнута у 94,2% (32 чел.) случаев, у 5,8% (2 чел.) – стойкое значительное улучшение самочувствия

³ Способ выбора тактики лечения синдрома хронической тазовой боли: пат. 2692644 Рос. Федерация: МПК А61К 31/137, А61Р 25/24, А61К 31/554, А61Р 25/18, G01N 33/48, А61М 21/00 / В.А. Солдаткин, М.Н. Крючкова, Х.С. Ибишев и др.; заявитель и патентообладатель В.А. Солдаткин. – 2018118763; заявл. 21.05.2018; опубл. 25.06.2019. Бюл. № 45.

(различия статистически значимы между ОГ и КГ1, $p=0,004$)⁴.

На рисунке 6.1 продемонстрирована динамика купирования болевых ощущений у больных СХТБ/ХАП обеих групп сравнения: через 6 мес. терапии в отношении болевых ощущений наблюдалась выраженная положительная динамика у всех больных СХТБ/ХАП. Интенсивность болевых ощущений статистически значимо уменьшалась до слабой интенсивности (по шкале ВАШ боли) в обеих группах сравнения – на протяжении первого месяца терапии и достигала 2,9 баллов по ВАШ боли в группе абактериального невоспалительного и 1,9 баллов по ВАШ боли в группе абактериального воспалительного простатита. Далее динамика купирования болевых ощущений в группах сравнения сохранялась и через 6 месяцев терапии болевые ощущения уменьшались до 0,8 баллов по шкале ВАШ боли в ОГ и до 0,4 баллов в КГ1 (статистически значимая разница с показателями интенсивности болевых ощущений по ВАШ боли до начала терапии, $p<0,05$).

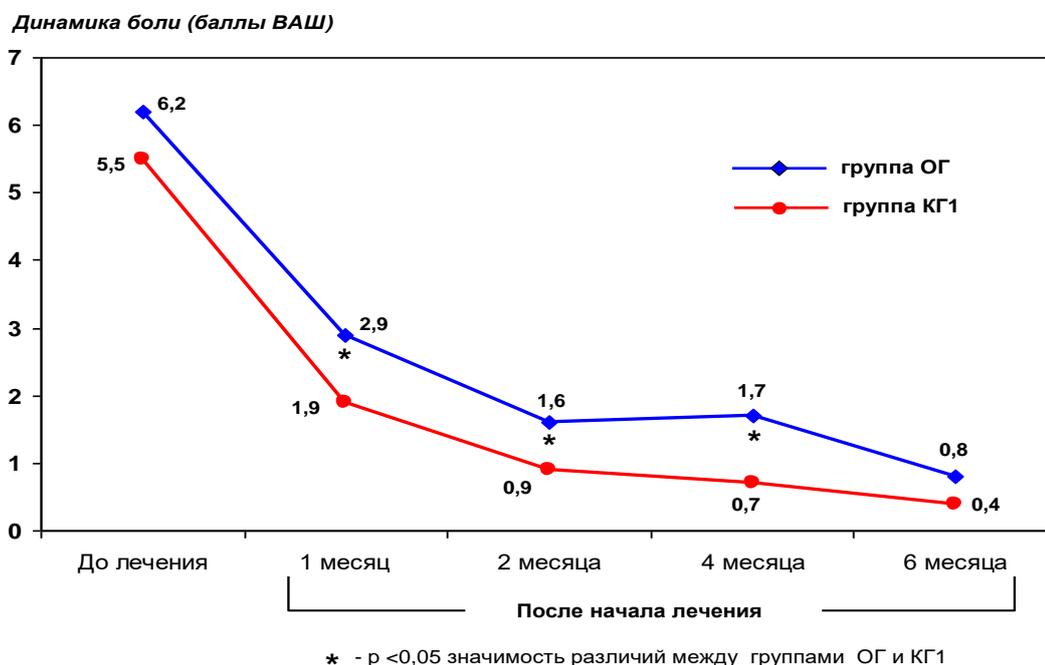


Рисунок 6.1 – Динамика боли на протяжении 6 мес. терапии по ВАШ боли

⁴ Способ выбора тактики лечения синдрома хронической тазовой боли: пат. 2692644 Рос. Федерация: МПК А61К 31/137, А61Р 25/24, А61К 31/554, А61Р 25/18, G01N 33/48, А61М 21/00 / В.А. Солдаткин, М.Н. Крючкова, Х.С. Ибишев и др.; заявитель и патентообладатель В.А. Солдаткин. – 2018118763; заявл. 21.05.2018; опубл. 25.06.2019. Бюл. № 45.

На рисунке 6.2 и 6.3 продемонстрировано купирование психопатологической симптоматики в ОГ и КГ1 через 6 месяцев терапии.

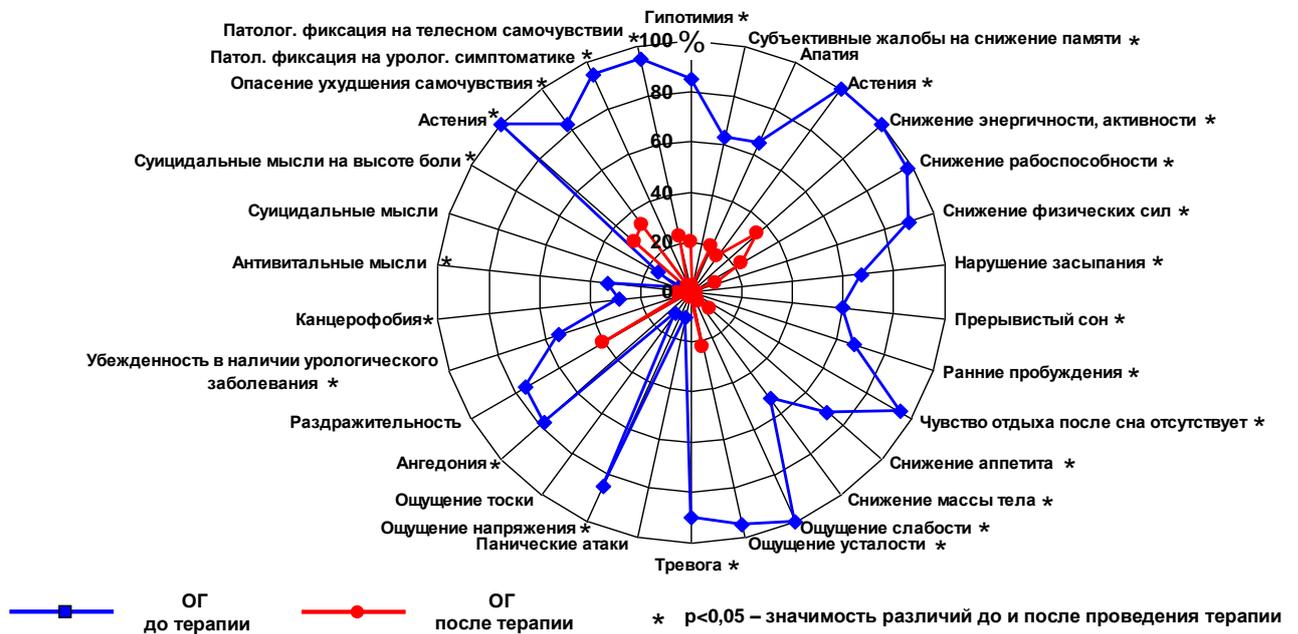


Рисунок 6.2 – Динамика редукции психопатологической симптоматики через 6 мес. терапии у больных в ОГ

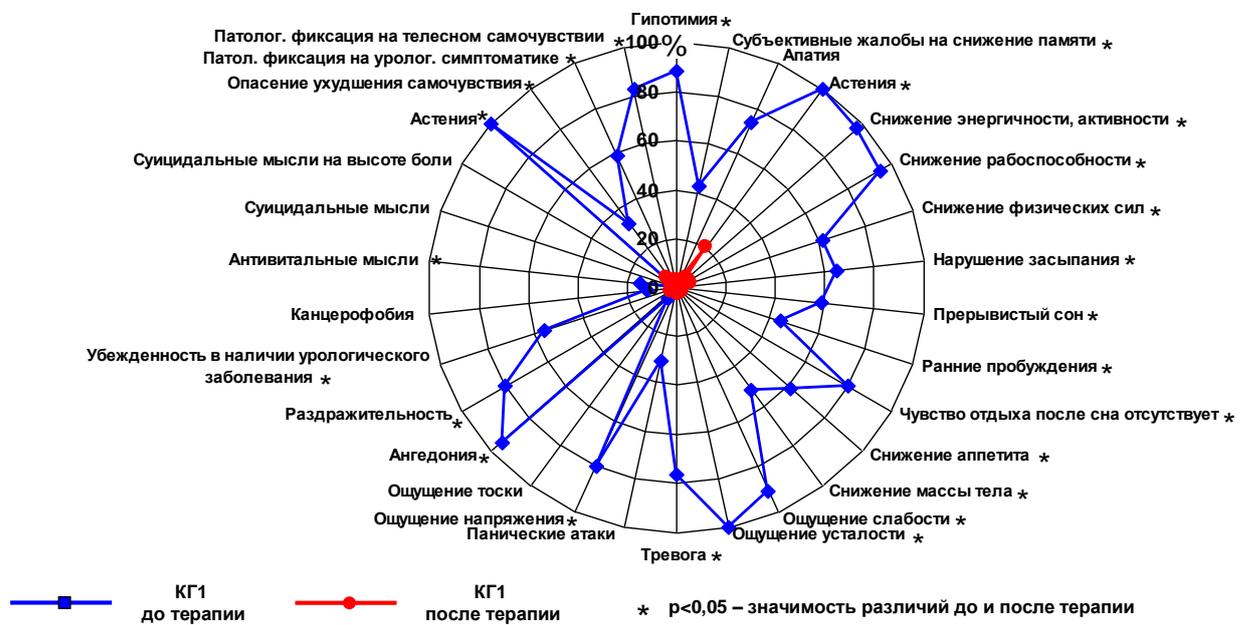


Рисунок 6.3 – Динамика редукции психопатологической симптоматики через 6 мес. терапии у больных в КГ1

В целом наблюдалась выраженная значительная положительная динамика в отношении всей психопатологической симптоматики. Полностью были

купированы ипохондрическая симптоматика (канцерофобия, убежденность больных в наличии у них тяжелого урологического заболевания), антивитальные и суицидальные мысли, нарушения сна, агедония, ощущение тоски, тревожная симптоматика, субъективные жалобы на снижение памяти (снижение концентрации и способности сосредоточения), восстановилась масса тела больных. Наблюдалось значительное уменьшение (по сравнению с периодом до терапии) гипотимии, апатии, астено-адинамической симптоматики (ощущения слабости, усталость, снижение энергичности и активности, физических сил, работоспособности), снижение аппетита, уменьшение части ипохондрической симптоматики (патологической фиксации на своем телесном самочувствии в целом, опасений ухудшения своего самочувствия), уменьшилась раздражительность. Различия в купировании или значительном уменьшении психопатологической симптоматики в ОГ статистически значимы в сравнении с периодом до начала терапии ($p < 0,05$).

В группе абактериального воспалительного простатита (КГ1) через 6 месяцев терапии была полностью купирована аффективная симптоматика (гипотимия, тревога, ощущение напряжения, раздражительность), апатия, адинамическая симптоматика (усталость, снижение энергичности и активности, снижение физических сил, отсутствие чувства отдыха после сна, снижение работоспособности) нарушения сна, снижение аппетита и массы тела, антивитальные мысли, ипохондрическая симптоматика (патологическая фиксация на своем самочувствии, патологическая фиксация на урологической симптоматике, убежденность в наличии урологического заболевания), снижение концентрации и способности сосредоточения. Через 6 месяцев терапии у больных КГ1 сохранялась астения, которая имела значительную положительную динамику на фоне терапии. Различия в купировании или значительном уменьшении психопатологической симптоматики статистически значимы в КГ1 в сравнении с периодом до начала терапии ($p < 0,05$).

Некоторые психопатологические симптомы через 6 месяцев терапии продолжали наблюдаться в сравниваемых группах, хоть и значительно

уменьшились по интенсивности и выраженности (Таблица 6.2).

Таблица 6.2 – Динамика психопатологической симптоматики на фоне терапии

Показатели	ОГ n = 40	КГ1 n = 34	Всего n = 74	p
Гипотимия через 1 мес. терапии	38 (95,0%)	34 (100,0%)	72 (97,3%)	0,49
Гипотимия через 2 мес. терапии	34 (85,0%)	17 (50,0%)	51 (68,9%)	0,002
Гипотимия через 4 мес. терапии	19 (48,7%)	5 (15,2%)	24 (33,3%)	0,003
Гипотимия через 6 мес. терапии	8 (20,5%)	0 (0,0%)	8 (11,1%)	0,006
Убежденность в наличии урологического заболевания через 2 мес после терапии	14 (35,0%)	3 (8,8%)	17 (22,9%)	0,01
Убежденность в наличии урологического заболевания через 4 мес после терапии	10 (25,0%)	0 (0,0%)	10 (13,5%)	0,001
Убежденность в наличии урологического заболевания через 6 мес после терапии	1 (2,5%)	0 (0,0%)	1 (1,3%)	1,0
Канцерофобия после терапии через 1 мес	11 (27,5%)	3 (8,8%)	14 (18,9%)	0,071
Канцерофобия после терапии через 2 мес	9 (22,5%)	1 (2,9%)	10 (13,5%)	0,017
Канцерофобия после терапии через 4 мес	4 (10,0%)	0 (0,0%)	4 (5,4%)	0,12
Канцерофобия после терапии через 6 мес	2 (5,0%)	0 (0,0%)	2 (2,7%)	0,50
Апатия после терапии через 1 мес	26 (65,0%)	22 (64,7%)	48 (64,8%)	1,0
Апатия после терапии через 2 мес	23 (57,5%)	17 (50,0%)	40 (54,0%)	0,64
Апатия после терапии через 4 мес	16 (40,0%)	4 (11,7%)	20 (27,0%)	0,008
Апатия после терапии через 6 мес	7 (17,5%)	1 (2,9%)	8 (10,8%)	0,062
Сниженная энергичность, активность после терапии через 1 мес да/нет	40 (100,0%)	27 (79,4%)	67 (90,5%)	0,003
Сниженная энергичность, активность после терапии через 2 мес	34 (85,0%)	15 (44,1%)	49 (66,2%)	<0,001
Сниженная энергичность, активность после терапии через 4 мес	26 (65,0%)	8 (23,5%)	34 (45,9%)	<0,001
Сниженная энергичность, активность после терапии через 6 мес	14 (35,0%)	2 (5,8%)	16 (21,6%)	0,004

Примечание – p - значимость различий между группами ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера.

Продолжение таблицы 6.2

Показатели	ОГ n = 40	КГ1 n = 34	Всего n = 74	p
Снижение аппетита на фоне терапии через 2 мес	28 (70,0%)	13 (38,2%)	41 (55,4%)	0,01
Снижение аппетита на фоне терапии через 4 мес	17 (42,5%)	4 (11,7%)	21 (28,3%)	0,004
Снижение аппетита на фоне терапии через 6 мес	4 (10,0%)	1 (3,1%)	5 (6,9%)	0,37
Снижение массы тела	11 (27,5%)	13 (39,3%)	24 (32,8%)	0,32
Снижение массы тела через 6 мес терапии	2 (5,0%)	1 (2,9%)	3 (4,0%)	1,0
Усталость через 1 мес терапии	37 (92,5%)	33 (97,0%)	70 (94,5%)	0,61
Усталость через 2мес терапии	30 (75,0%)	20 (58,8%)	50 (67,5%)	0,21
Усталость через 4 мес терапии	23 (57,5%)	3 (8,8%)	26 (35,1%)	<0,001
Усталость через 6 мес терапии	9 (22,5%)	1 (2,9%)	10 (13,5%)	0,017
Ранние утренние пробуждения через 1 мес терапии	25 (62,5%)	14 (41,1%)	39 (52,7%)	0,10
Ранние утренние пробуждения через 2 мес терапии	19 (47,5%)	7 (20,5%)	26 (35,1%)	0,027
Ранние утренние пробуждения через 4 мес терапии	12 (30,0%)	0 (0,0%)	12 (16,2%)	<0,001
Ранние утренние пробуждения через 6 мес терапии	1 (2,5%)	0 (0,0%)	1 (1,3%)	1,0
Чувство отдыха после сна через 1 мес терапии	32 (80,0%)	16 (47,0%)	48 (64,8%)	0,004
Чувство отдыха после сна через 2 мес терапии	22 (55,0%)	10 (29,4%)	32 (43,2%)	0,035
Чувство отдыха после сна через 4 мес терапии	18 (46,1%)	2 (5,8%)	20 (27,4%)	<0,001
Чувство отдыха после сна через 6 мес терапии	1 (2,5%)	1 (2,9%)	2 (2,7%)	1,0

Примечание – p - значимость различий между группами ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера.

Так, в обеих группах сравнения сохранялись гипотимия у 11,1% (8 чел.), апатико-адинамическая симптоматика (апатия у 10,8% - 8 чел., сниженная энергичность, активность у 21,6% - 16 чел., усталость у 13,5% - 10 чел., отсутствие чувства отдыха после сна у 2,7% - 2 чел.), ипохондрическая симптоматика (убежденность в наличии урологического заболевания у 1,3% - 1 чел., канцерофобия у 2,7% - 2 чел., ранние утренние пробуждения у 1,3% - 1 чел., снижение аппетита у 6,9% - 5 чел., снижение массы тела у 4,0% - 3 чел.)

В ОГ через 6 месяцев терапии статистически значимо чаще сохранялась гипотимия (20,5% - 8 чел., в сравнении 0% - 0 чел. В КГ1), в которой гипотимия купировалась у всех больных (различия между ОГ и КГ1 статистически значимы, $p=0,006$).

К концу терапии в ОГ статистически значимо чаще сохранялись сниженные энергичность и активность – в 35,0% (14 чел.), усталость – в 13,5% (10 чел.) в сравнении с КГ1 – 5,8% (2 чел.) и 2,9% (1 чел.) соответственно (различия статистически значимы, $p=0,004$, $p=0,017$ соответственно).

По остальным признакам статистически значимые различия в сравниваемых группах не выявлены ($p>0,05$).

Также на фоне терапии через 6 месяцев у больных обеих групп сравнения наблюдалось полное купирование вегето-висцеральных и функциональных нарушений, наблюдавшихся у данных больных: были полностью купированы симптомы раздраженного кишечника, ощущение одышки, тахикардия, субфебрилитет, арталгии (различия статистически значимы по сравнению с периодом до начала терапии, $p<0,05$).

При анализе динамики выраженности депрессии по шкале HADS (домен депрессия) на фоне терапии установлено, что через шесть месяцев терапии в группе абактериального невоспалительного простатита (ОГ) наблюдалось статистически значимое уменьшение баллов до 4,7, а в группе абактериального воспалительного простатита (КГ1) до 3,3 баллов (нормативные показатели отсутствия депрессии в обеих случаях) (различия статистически значимы в сравнении с показателями до начала терапии, $p<0,05$) (Рисунок 6.4).

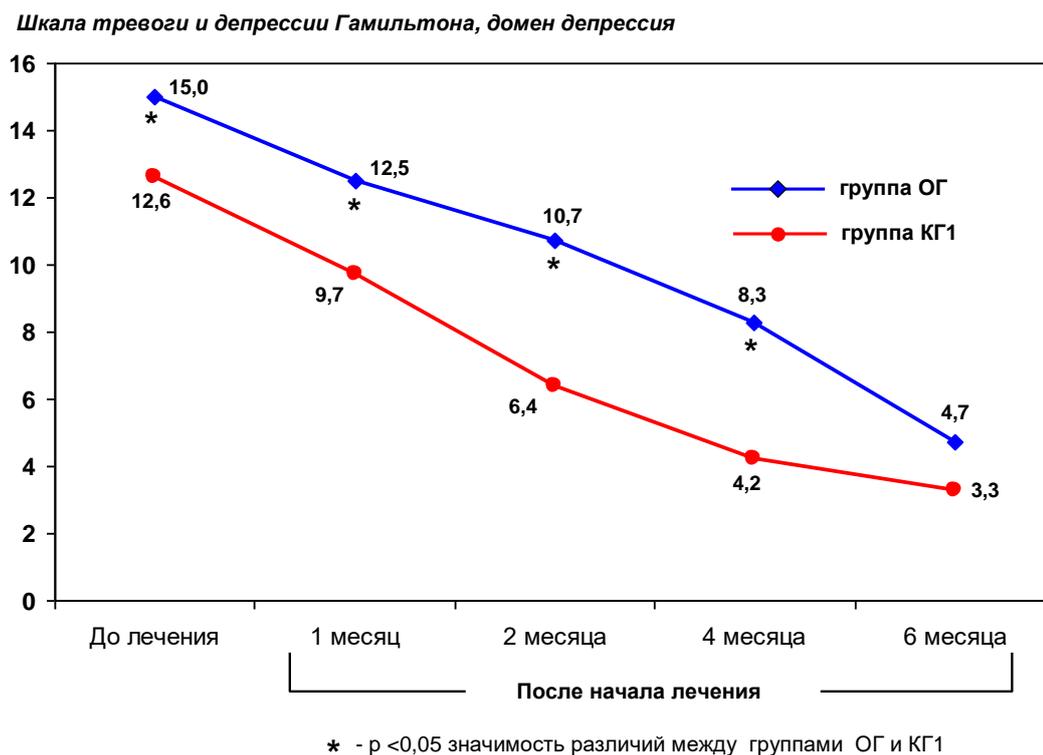


Рисунок 6.4 – Динамика шкалы HADS, домен депрессия на фоне терапии

При этом положительная динамика в виде уменьшения значений баллов шкалы HADS (домен депрессия) была статистически значимо более выражена в группе абактериального воспалительного простатита (КГ1), в которой нормативные показатели (0-7 баллов) были достигнуты через четыре месяца терапии, а в группе абактериального невоспалительного простатита нормативные показатели (0-7 баллов) были достигнуты ОГ через шесть месяцев терапии (различия статистически значимы между показателями шкалы ОГ и КГ1, а также в сравнении с показателями до начала терапии, $p < 0,05$).

Динамика баллов по шкале HADS, домен тревога на фоне терапии также была положительной: баллы шкалы достигли нормативных (0-7 баллов) в течение первого месяца терапии, при этом динамика была статистически значимо более выражена в группе абактериального воспалительного простатита (КГ1) - 3,5 балла в сравнении с группой абактериального невоспалительного простатита (ОГ) - 5,0 баллов (различия статистически значимы между группами сравнения, $p < 0,05$). Положительная динамика стойко сохранялась на протяжении всего периода

терапии, и к шестому месяцу терапии составила 2,3 балла по шкале HADS (домен тревога) в ОГ и 2,1 балла в КГ1, без статистически значимых различий в группах сравнения ($p > 0,05$) (Рисунок 6.5).

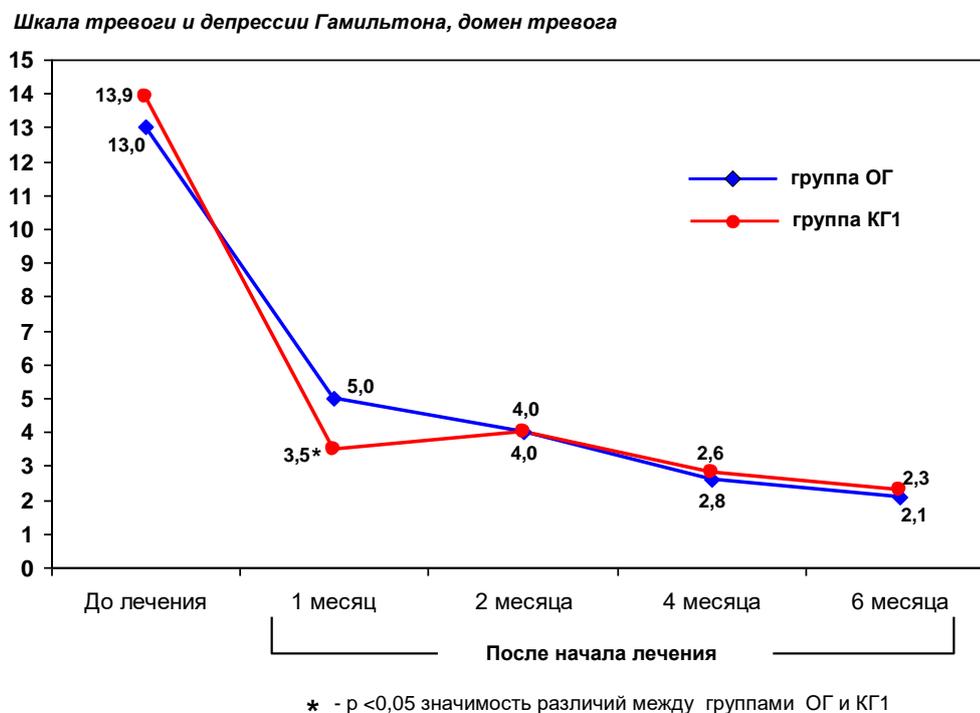


Рисунок 6.5 – Динамика шкалы HADS, домен тревога на фоне терапии

На фоне терапии больных СХТБ/ХАП обеих групп сравнения наблюдалась значительная положительная динамика урологических симптомов (симптомов нарушения мочеиспускания, боли при мочеиспускании), боли при эякуляции, симптомов сексуальной дисфункции (снижения либидо, эректильной дисфункции, сокращения продолжительности полового акта, преждевременной эякуляции, оргазмической дисфункции).

На рисунках 6.6 и 6.7 представлена динамика урологической симптоматики в группах сравнения на фоне терапии.

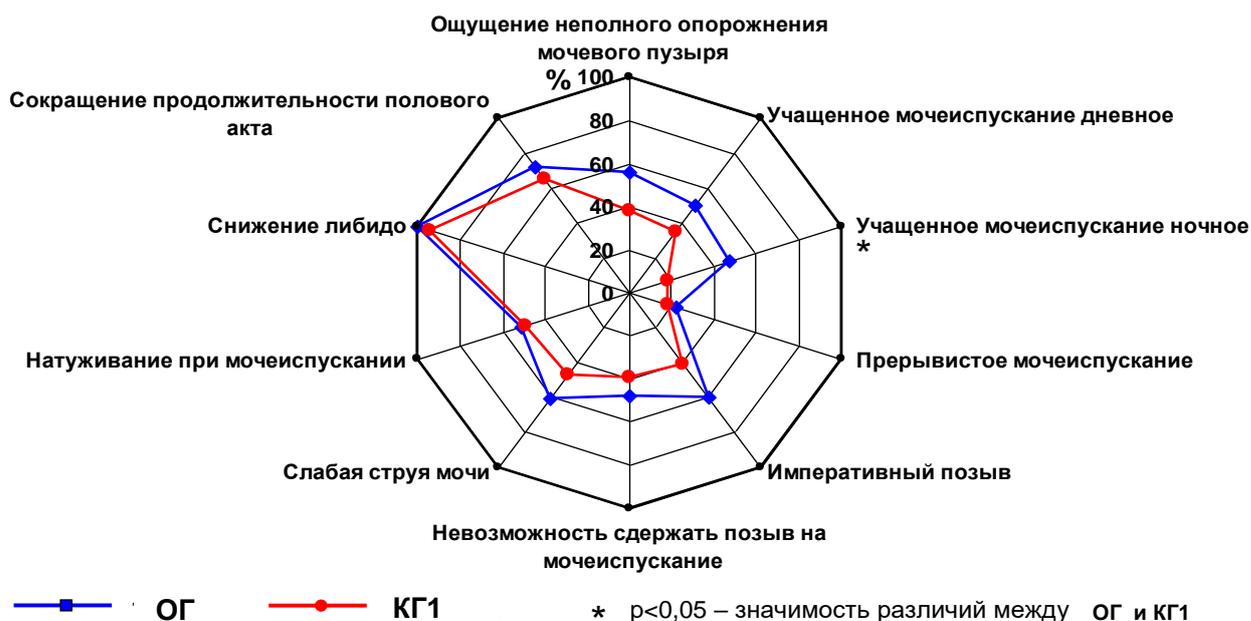


Рисунок 6.6 – Доля (%) урологической симптоматики в ОГ и КГ1

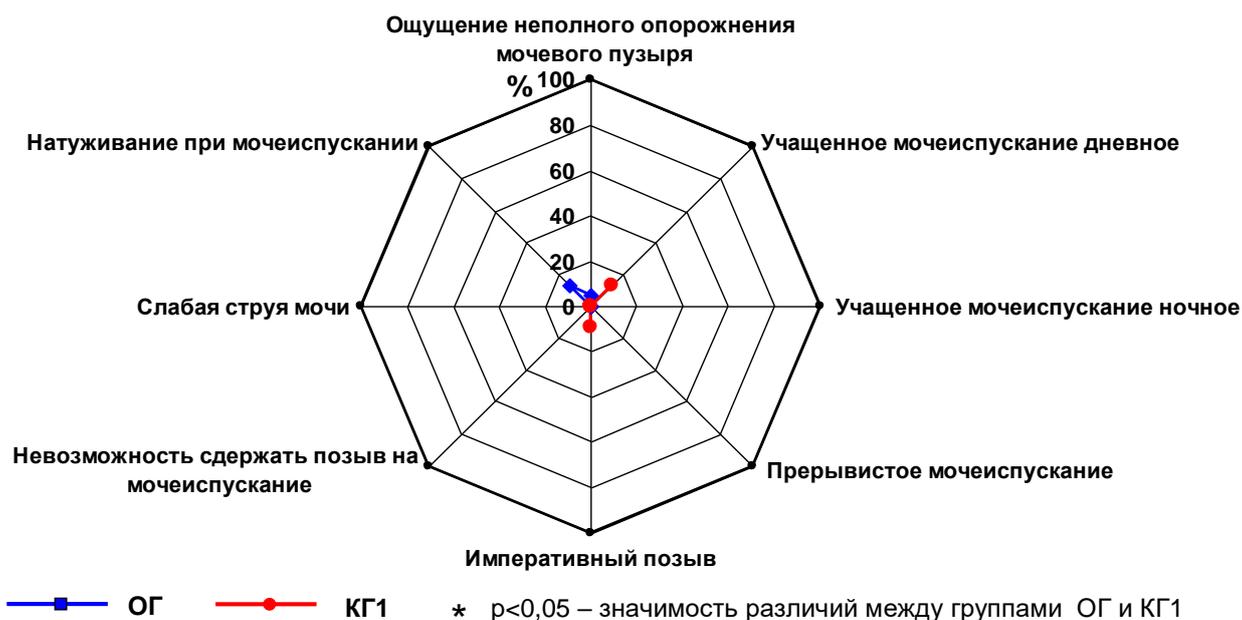


Рисунок 6.7 – Доля (%) урологической симптоматики в ОГ и КГ1 группах через 6 месяцев после лечения

Наблюдалось практически полное купирование нарушения мочеиспускания в обеих группах сравнения, через шесть месяцев терапии нарушения мочеиспускания сохранялись лишь у 19,0% (14 чел.) больных обеих групп сравнения. При этом только в группе абактериального невоспалительного простатита (ОГ) у 6,8% (5 чел.) сохранялись натуживание при мочеиспускании и

у 2,7% (2 чел.) ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, а только в группе абактериального воспалительного простатита (КГ1) у 5,6% (4 чел.) сохранялись учащенное дневное мочеиспускание, у 4,1% (3 чел.) императивный позыв. Статистически значимого различия по данным признакам в группах сравнения не выявлено ($p>0,05$).

При анализе урологической симптоматики и сексуальной дисфункции относительно психопатологической симптоматики, установлено, что у 21,6% (16 чел.) обеих групп сравнения через шесть месяцев терапии сохранялась психопатологическая симптоматика при полном купировании сексуальной дисфункции и симптомов нарушения мочеиспускания, что чаще было характерно для группы абактериального невоспалительного простатита (ОГ) - 35,0% (14 чел.) в сравнении с 5,8% (2 чел.) КГ1 (различия статистически значимы, $p=0,006$).

У 19,0% (14 чел.) через шесть месяцев терапии при полном купировании психопатологической симптоматики и сексуальной дисфункции сохранялись симптомы нарушения мочеиспускания в обеих группах сравнения – у 9,5% (7 чел.) в ОГ и у 9,7% (7 чел.) в КГ1 (различия статистически не значимы по данному признаку в группах сравнения, $p>0,05$).

ЭД на фоне терапии купировалась у всех больных.

При этом динамика ЭД была статистически значимо более быстрой и выраженной в группе абактериального воспалительного простатита (КГ1) – баллы шкалы МИЭФ в течение первого месяца терапии достигли 24,1 (легкая степень ЭД) в сравнении с ОГ – 18,1 (средняя степень ЭД) – статистически значимое различие ($p<0,05$); в течение второго месяца терапии в КГ1 баллы шкалы МИЭФ достигли нормативных показателей - 31,5 (отсутствие ЭД) в сравнении с ОГ, в которой ЭД была менее выраженной, но сохранялась – 20,1 балл (верхняя граница средней степени ЭД), статистически значимое различие ($p<0,05$); в течение четвертого месяца терапии в КГ1 отсутствовала ЭД - 42,6 балла (отсутствие ЭД), в то время как в ОГ баллы шкалы МИЭФ составляли 24,0 (легкая степень ЭД), статистически значимое различие по данному признаку в группах сравнения ($p<0,05$). ЭД в ОГ купировалась только в конце 4-го месяца терапии (достигнув 26

баллов – отсутствие ЭД) (Рисунок 6.8).

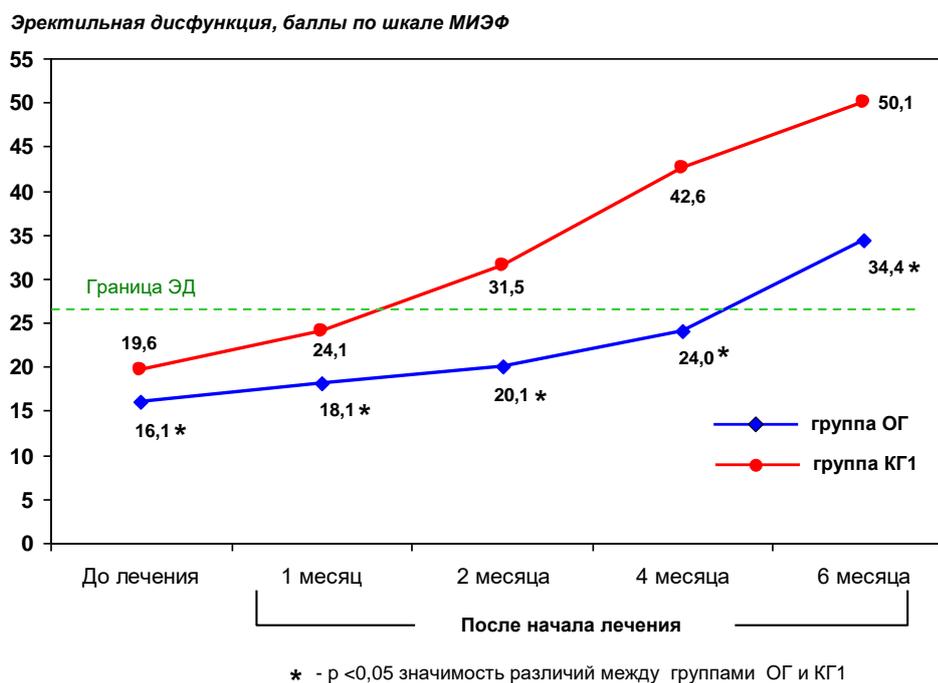


Рисунок 6.8 – Динамика эректильной дисфункции по шкале МИЭФ

Кроме того, выявлены статистически значимо более высокие баллы шкалы МИЭФ через шесть месяцев терапии в КГ1 – 50,1 в сравнении с ОГ – 34,4 балла уже в пределах нормативных показателей (различия статистически значимы, $p < 0,05$)⁵.

У всех больных обеих групп сравнения на фоне лечения полностью восстановились либидо и преморбидная продолжительность полового акта, купировались ПЭ, эякуляторная боль, опасения и страх эякуляции; нарушение оргазмической функции (характерное только для ОГ) было купировано у большинства больных (его частота в данной группе снизилась с 22,5% (9 чел.) до 2,5% (1 чел.); на фоне терапии значительно снизилась неудовлетворенность половым актом в обеих группах сравнения – с 80,0% (32 чел.) до 7,5% (3 чел.) в ОГ и с 80,8% (27 чел.) до 17,6% (6 чел.) в КГ1 (Таблица 6.3).

⁵ Ибишев Х.С., Крючкова М.Н., Солдаткин В.А. «Симптомы сексуальной дисфункции у мужчин с синдромом хронической тазовой боли/хроническим простатитом III типа и депрессией» // Вестник урологии. — 2018. — № 6(3). — С. 36-43.

Таблица 6.3 – Динамика сексуальной дисфункции на фоне терапии

Сексуальная функция	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	Всего	p
Снижение либидо до терапии	40 (100,0%)	32 (94,1%)	72 (97,3%)	0,21
Снижение либидо после терапии	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-
Неудовлетворенность половым актом до терапии	32 (80,0%)	27 (81,8%)	59 (80,8%)	1,0
Неудовлетворенность половым актом после терапии	2 (5,00%)	1 (2,94%)	3 (4,05%)	1,0
Нарушение оргазмической функции до терапи	9 (22,5%)	0 (0%)	9 (22,5%)	0,0029
Нарушение оргазмической функции после терапи	1 (2,50%)	0 (0,00%)	1 (1,35%)	1,0
Сокращение времени продолжительности полового акта	28 (71,8%)	22 (64,7%)	50 (68,5%)	0,62
Нормализация времени продолжительности полового акта	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-
Преждевременная эякуляция до терапии	25 (69,4%)	13 (40,6%)	38 (55,8%)	0,027
Преждевременная эякуляция после терапии	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-
Эякуляторная боль до терапии	23 (57,5%)	14 (41,2%)	37 (50,0%)	0,24
Эякуляторная боль после терапии	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-
Страх эякуляции до терапии	12 (31,6%)	2 (5,9%)	14 (19,4%)	0,007
Страх эякуляции после терапии	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-

Примечание – p - значимость различий между группами ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера.

На фоне терапии у больных обеих групп сравнения наблюдалось побочное действие СИОЗСиН в виде анэякуляции, наблюдавшейся у 12,2% (9 чел.) больных, которое статистически значимо преобладало в группе абактериального воспалительного простатита (КГ1) – у 17,7% (6 чел.) по сравнению с ОГ – 7,5% (3

чел.) ($p=0,029$) (Таблица 6.4).

Таблица 6.4 – Анэякуляция на фоне терапии

Показатели	ОГ n (%)	КГ1 n (%)	Всего	p
Анэякуляция	3 (7,5%)	6 (17,6%)	9 (12,2%)	0,029

Примечание – p - значимость различий между группами ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера.

Анэякуляция обусловила сохранение у некоторых больных неудовлетворенности половым актом на фоне терапии.

Через шесть месяцев терапии у больных обеих групп общее (глобальное) функционирование восстановилось до нормативных показателей и имело высокие баллы – медиана 96,5 (79,0;100,0) баллов. При этом более высокие баллы по шкале глобального функционирования наблюдались в КГ1 – 98,0 (95,0;100,0) в сравнении с 92,0 (65,0;99,0) ОГ, различия между группами сравнения по данному признаку статистически значимы ($p=0,003$).

На рисунках 6.2, 6.3, 6.6, 6.7 показано снижение (для некоторых показателей до полного купирования) психопатологической симптоматики и симптомов нарушения мочеиспускания в обеих группах сравнения.

В таблицах 6.5 и 6.6 отображена динамика ассоциации некоторых симптомов нарушения мочеиспускания и некоторой психопатологической симптоматики на различных этапах проведения терапии в обеих группах сравнения.

На рисунках 6.9 – 6.14 приведены парные корреляционные сравнения динамики изменения симптомов нарушения мочеиспускания и психопатологических симптомов для групп сравнения (ОГ и КГ1).

В качестве примера можно привести динамику симптома нарушения мочеиспускания - «слабая струя мочи» в группе абактериального невоспалительного простатита (ОГ), для которой характерно монотонное снижение доли пациентов с симптомами нарушения мочеиспускания на протяжении терапии.

До лечения данный признак «слабая струя мочи» наблюдался у 57,5% (23 чел.) пациентов ОГ, через месяц после начала терапии у 42,5% (17 чел.), через два месяца – у 25,0% (10 чел.), через четыре месяца – у 5,0% (2 чел.), через шесть месяцев – у 0,0% (0 чел.) больных. В то же время, такой психопатологический симптом как «гипотимия», до лечения фиксировался у 85,0% (34 чел.) больных, а через месяц после начала терапии у 95,0% (38 чел.) (увеличился на 10%), через два месяца снизился до исходного уровня – 85,0% (34 чел.), через четыре месяца – до 47,5% (19 чел.), через шесть месяцев – до 20,0% (8 чел.) больных (Таблица 6.5).

Таблица 6.5 – Частота встречаемости некоторых урологических симптомов и психопатологической симптоматики у пациентов ОГ на различных этапах терапии

Показатели	До лечения n (%)	Срок после начала терапии			
		1 месяц	2 месяца	4 месяца	6 месяцев
Императивный позыв	23 (57,5%)	17 (42,5%)	4 (10,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Слабая струя мочи	23 (57,5%)	12 (30,0%)	10 (25,0%)	2 (5,0%)	0 (0,0%)
Натуживание при мочеиспускании	20 (50,0%)	17 (42,5%)	15 (37,5%)	11 (27,5%)	5 (12,5%)
Ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря	22 (55,0%)	22 (55,0%)	15 (37,5%)	2 (5,0%)	2 (5,0%)
Гипотимия	34 (85,0%)	38 (95,0%)	34 (85,0%)	19 (47,5%)	8 (20,0%)
Апатия	26 (65,0%)	26 (65,0%)	23 (57,5%)	16 (40,0%)	7 (17,5%)
Патологическая фиксация на телесном самочувствии	38 (95,0%)	35 (87,5%)	23 (57,5%)	16 (40,0%)	7 (17,5%)

Примечание – р - значимость различий между группами ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера.

Данное различие между динамикой симптомов нарушения мочеиспускания и психопатологической симптоматикой привело к снижению рангового коэффициента корреляции Спирмена и отсутствию его статистической значимости – $r=0,85$, $p=0,89$ (Рисунок 6.9).

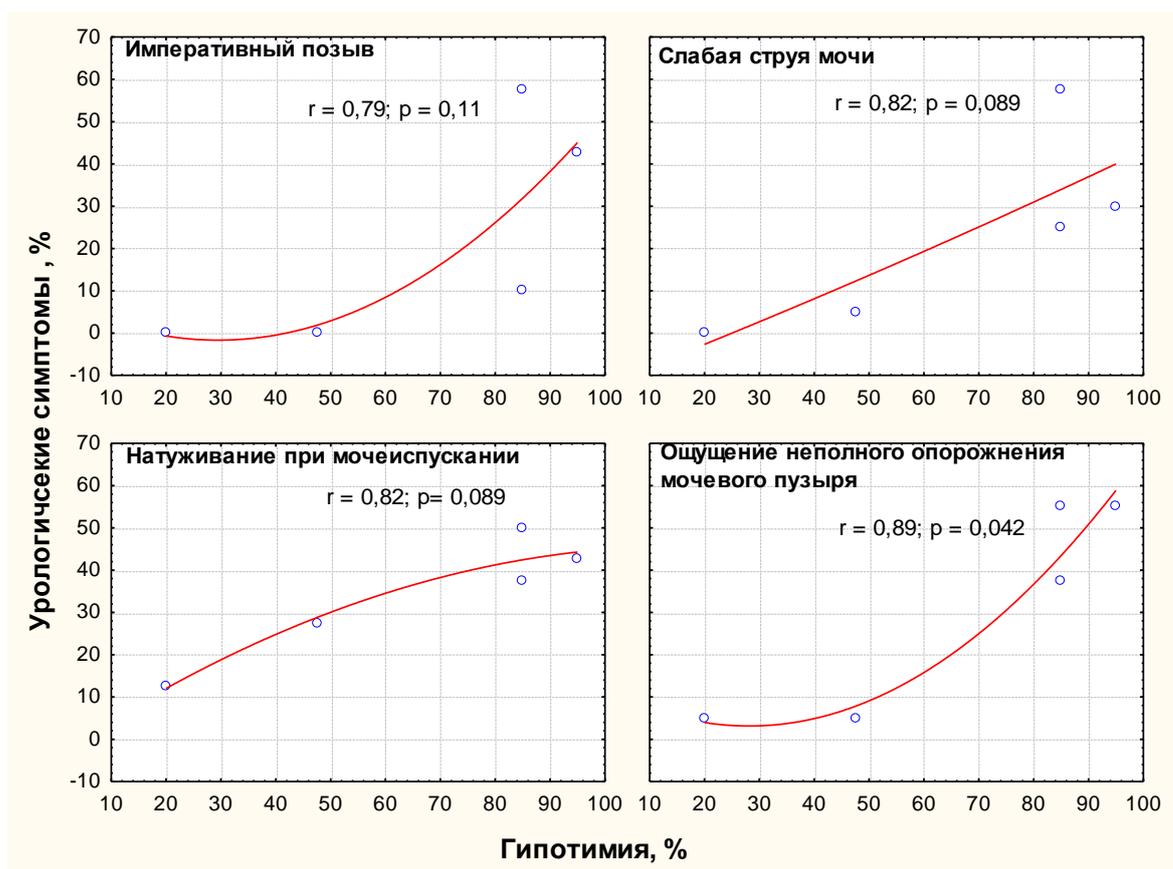


Рисунок 6.9 – Связь доли (%) пациентов ОГ с урологическими симптомами и доли (%) пациентов ОГ с наличием гипотимии до и на этапах терапии

Для остальных рассматриваемых урологических симптомов (императивный позыв, натуживание при мочеиспускании, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря) в группе абактериального невоспалительного простатита (ОГ) корреляция с динамикой признака наличия гипотимии была либо статистически незначима, либо близка порогу значимости ($r = 0,82$; $p = 0,042$, гипотимия и ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря).

Для группы абактериального воспалительного простатита (КГ1) ситуация наблюдалась схожая, часть зависимостей не имела статистической значимости: гипотимия – слабая струя мочи ($r = 0,82$; $p = 0,089$); гипотимия – ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря ($r = 0,70$; $p = 0,20$); для остальных урологических симптомов корреляционные связи были значимы - гипотимия – императивный позыв ($r = 0,90$; $p = 0,037$); гипотимия – натуживание при мочеиспускании ($r = 0,90$; $p = 0,0037$) (Рисунок 6.10).

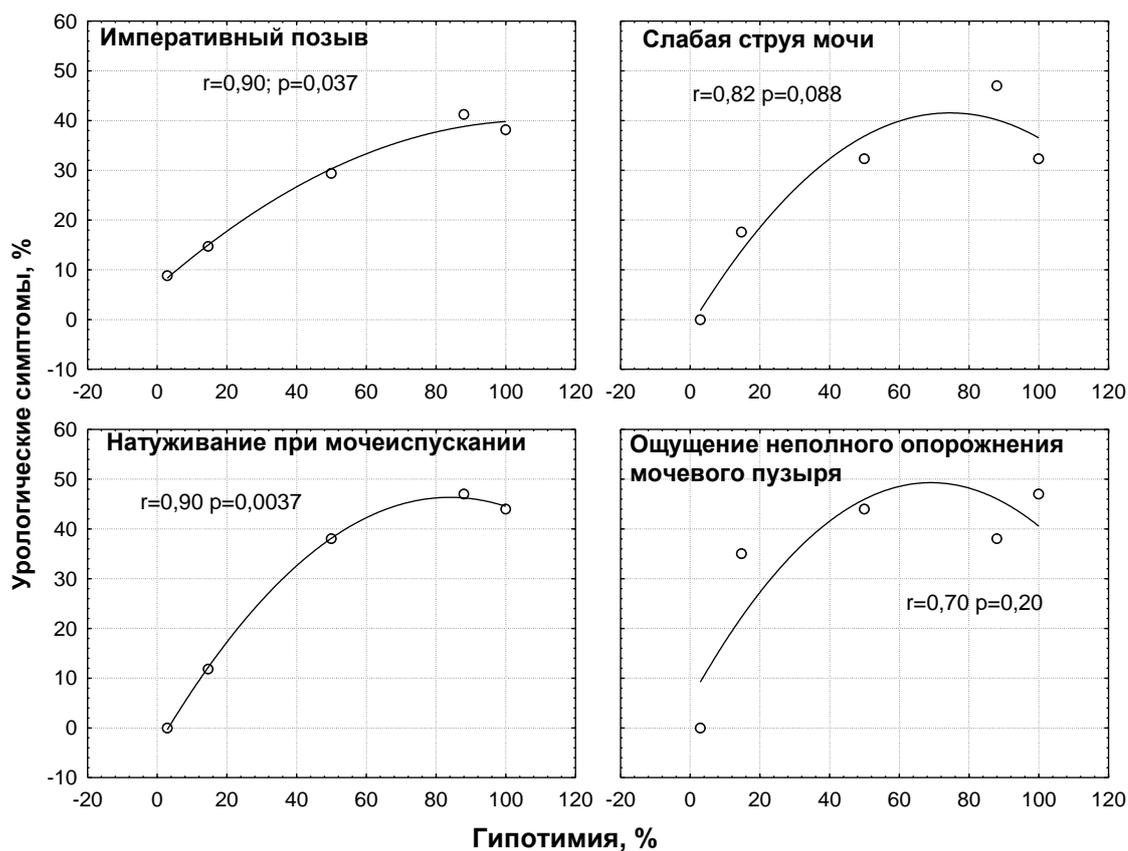


Рисунок 6.10 – Связь доли (%) пациентов КГ1 с урологическими симптомами и доли (%) пациентов КГ1 с наличием гипотимии до и на этапах терапии

Обращает на себя внимание факт что в группе КГ1 существенного снижения симптомов нарушения мочеиспускания в группе абактериального воспалительного простатита (КГ1) только на четвертом-шестом месяцах терапии, в то время как частота гипотимии у пациентов данных групп к этому сроку снижалась вдвое. Так, частота гипотимии в КГ1 снизилась со 100,0% (34 чел.) в конце первого месяца лечения до 50,0% (17 чел.) к концу второго месяца терапии, в то время как частота симптома нарушения мочеиспускания «натуживание при мочеиспускании» снизилась с 47,0% (16 чел.) только до 38,0% (13 чел.) Такая картина наблюдалась в КГ1 и для других урологических симптомов в отношении гипотимии.

Почти все зависимости имели высокую статистическую значимость: в группе абактериального невоспалительного простатита (ОГ) зависимость была резко нелинейная, снижение урологических симптомов значительно опережало снижение психопатологической симптоматики (наличие апатии). Так, ко второму

месяцу терапии апатия снизилась до 57,5% (23 чел.) при исходном значении в 65,0% (26 чел.). В то время как частота встречаемости императивного позыва снизилась с 57,5% (23 чел.) до 10,0% (4 чел.) (Таблица 6.6, Рисунок 6.10).

Таблица 6.6 – Частота встречаемости некоторых урологических и психопатологических симптомов у пациентов КГ1 на различных этапах терапии

Показатели	До лечения n (%)	Срок после начала терапии			
		1 месяц	2 месяц	4 месяц	6 месяцев
Императивный позыв	14 (41,2%)	13 (32,2%)	10 (29,4%)	5 (14,7%)	3 (8,8%)
Слабая струя мочи	16 (47,0%)	11 (32,3%)	11 (32,3%)	6 (17,6%)	0 (0,0%)
Натуживание при мочеиспускании	16 (47,0%)	15 (44,0%)	13 (38,0%)	4 (11,8%)	0 (0,0%)
Ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря	13 (38,0%)	16 (47,0%)	15 (44,0%)	12 (35,0%)	0 (0,0%)
Гипотимия	30 (88,0%)	34 (100,0%)	17 (50,0%)	5 (14,7%)	1 (2,9%)
Апатия	25 (73,5%)	22 (64,7%)	17 (50,0%)	4 (11,7%)	1 (2,9%)
Патологическая фиксация на телесном самочувствии	28 (82,0%)	20 (59,0%)	9 (26,5%)	3 (9,0%)	1 (2,9%)

Примечание – p - значимость различий между группами ОГ и КГ1. Точный двусторонний критерий Фишера.

Намного более выразительная картина наблюдалась для корреляционных связей наличия апатии и частоты урологических симптомов в обеих группах сравнения (Рисунки 6.11, 6.12).

Для группы абактериального воспалительного простатита (КГ1) была характерна линейная зависимость между снижением доли пациентов с апатией и снижением доли пациентов с урологическими симптомами в ходе проведения терапии (Рисунок 6.12).

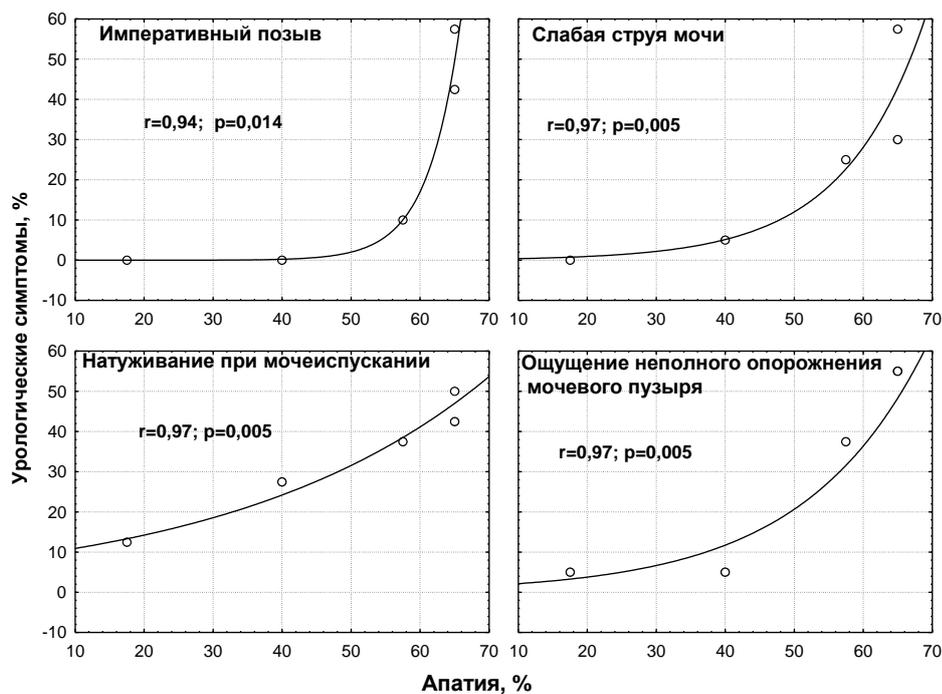


Рисунок 6.11 – Связь доли (%) пациентов ОГ с урологическими симптомами и доли (%) пациентов ОГ с наличием апатии до и на этапах проведения терапии

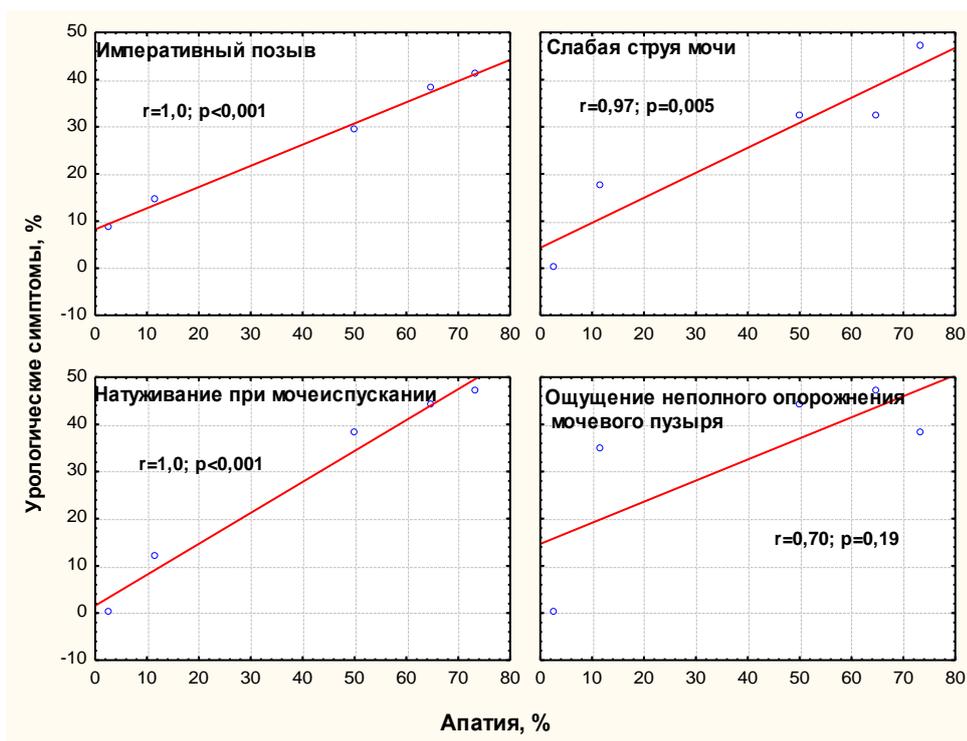


Рисунок 6.12 – Связь доли (%) пациентов КГ1 урологическими симптомами и доли (%) пациентов КГ1 с наличием апатии до и на этапах проведения терапии

Сходные зависимости наблюдались для корреляционных связей частоты наличия патологической фиксации на телесном самочувствии и частоты урологических симптомов в группах ОГ и КГ1. Почти все зависимости обладали

высокой значимостью, в обеих группах сравнения (ОГ и КГ1) были нелинейные. (Рисунки 6.13, 6.14).

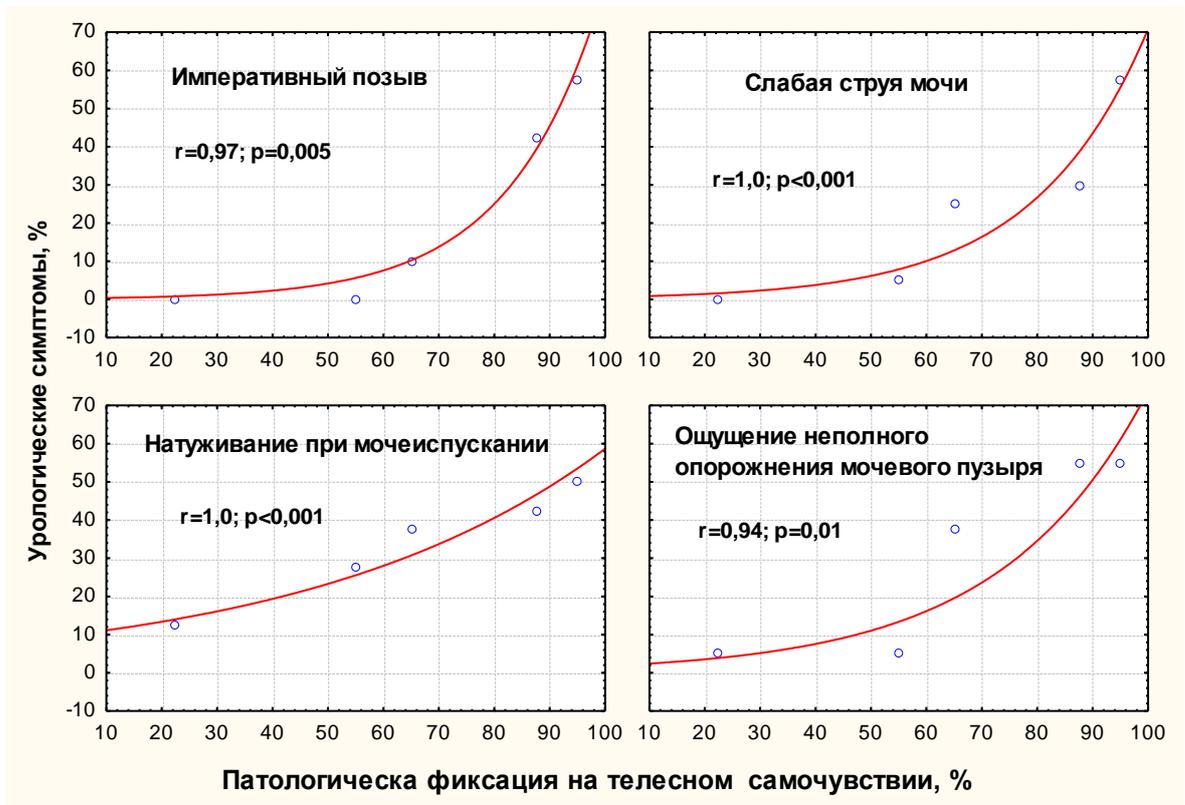


Рисунок 6.13 – Связь доли (%) пациентов ОГ с урологическими симптомами и доли (%) пациентов ОГ с наличием патологической фиксации на телесном самочувствии до и на этапах терапии

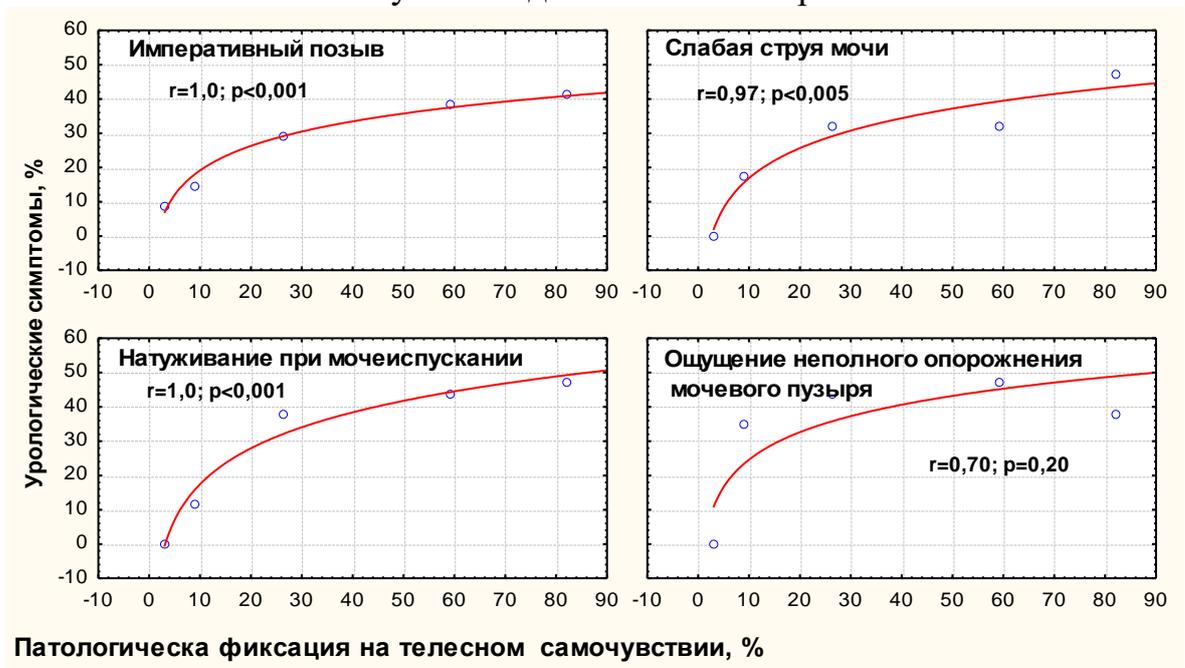


Рисунок 6.14 – Связь доли (%) пациентов КГ1 с урологическими симптомами и доли (%) пациентов КГ1 с наличием патологической фиксации на телесном самочувствии до и на этапах терапии

Другим аспектом связи между симптомами нарушения мочеиспускания и психопатологическими симптомами является ответ на вопрос: оказывают ли влияние симптомы нарушения мочеиспускания у пациентов групп ОГ и КГ1 на вероятность возникновения того или иного психопатологического симптома и наоборот? Так как оба сравниваемых показателя имеют бинарную природу (т.е. имеют только два значения: наличие или отсутствие признака), то в нашем случае применялся Фи коэффициент, который используют для измерения тесноты связи в особом случае — при анализе таблицы частот признака формата 2x2.

Для групп ОГ и КГ1 был проведен анализ тесноты связи симптомов нарушения мочеиспускания и психопатологических симптомов до начала терапии (Таблицы 6.7 и 6.8).

Таблица 6.7 – Оценка меры связи между показателями группы ОГ

Показатели	Императивный позыв	Слабая струя мочи	Натуживание при мочеиспускании	Ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря
	Фи коэффициент	Фи коэффициент	Фи коэффициент	Фи коэффициент
Гипотимия	0,16	0,00	-0,22	0,06
Апатия	0,33	0,05	-0,09	-0,23
Тревога	-0,10	-0,10	0,18	-0,30
Ангедония	-0,02	0,17	0,01	0,01
Патологическая фиксация на телесном самочувствии	0,05	0,05	0,24	0,26

Таблица 6.8 – Оценка меры связи между показателями группы КГ1

Показатели	Императивный позыв	Слабая струя мочи	Натуживание при мочеиспускании	Ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря
	Фи коэффициент	Фи коэффициент	Фи коэффициент	Фи коэффициент
Гипотимия	-0,07	-0,02	-0,01	-0,09
Апатия	0,37	0,43	0,41	-0,21
Тревога	0,04	0,25	-0,02	0,15
Ангедония	-0,04	-0,01	0,25	-0,32
Патологическая фиксация на телесном самочувствии	-0,08	-0,03	-0,17	0,36

Как видно из приведенных таблиц, в группе абактериального невоспалительного простатита (ОГ) заметная связь между симптомами

нарушения мочеиспускания и психопатологическими симптомами наблюдается только для показателей «апатия» и «императивный позыв».

Для группы абактериального воспалительного простатита (КГ1) наблюдалась умеренная связь показателя «апатия» с рядом симптомов нарушения мочеиспускания: «императивный позыв», «слабая струя мочи», «натуживание при мочеиспускании» (Фи коэффициент равен соответственно 0,37, 0,43, 0,41).

6.3 Резюме

Успех терапии СХТБ/ХАП был достигнут у подавляющего большинства больных обеих групп сравнения. У 78,38% (58 чел.) была достигнута медикаментозная ремиссия: в ОГ медикаментозная ремиссия была достигнута у 65,0% (26 чел.), в КГ1 у 94,2% (32 чел.) ($p=0,034$).

Стойкое значительное улучшение наблюдалось у 21,62% (16 чел.) в ОГ и у 2,8% (2 чел.) в КГ1.

В процессе терапии наблюдалось очень сильное снижение (для некоторых показателей до полного купирования) доли больных с наличием боли, психопатологической симптоматики (восстановление эмоционального фона, купирование астенической и апатико-динамической, сенесто-ипохондрической симптоматики, восстановления нарушенных витальных функций), вегето-висцеральной симптоматики и функциональных симптомов других органов и систем, симптомов нарушения мочеиспускания, боли при эякуляции и мочеиспускании, сексуальной дисфункции:

- у 21,6% (16 чел.) обеих групп сравнения через шесть месяцев терапии сохранялась психопатологическая симптоматика при полном купировании боли, сексуальной дисфункции и симптомов нарушения мочеиспускания;

- 19,0% (14 чел.) в обеих группах сравнения через шесть месяцев терапии при полном купировании боли, психопатологической симптоматики и сексуальной дисфункции сохранялись некоторые симптомы нарушения мочеиспускания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на активные предположения роли психологических и психических факторов в развитии и поддержании СХТБ/ХАП, описания выявляемой при СХТБ/ХАП психопатологии с синдромальной и нозологической точки зрения до настоящего времени в научной литературе нет. Также не описаны психопатологические особенности невоспалительной и воспалительной форм абактериального простатита.

Нами предполагалось, что абактериальный невоспалительный простатит и абактериальный воспалительный простатит будут различаться между собой по структуре и характеру выявленных психических расстройств. При абактериальном невоспалительном простатите (идиопатическом по своей сути, не имеющим органической патологии) предполагалось выявление маскированных психических расстройств, при абактериальном воспалительном простатите (который имеет признаки пусть и абактериального, но воспаления, т.е. некоторой органической патологии в своей основе) предполагалось развитие психических расстройств как ответ на болезнь, т.е. психогенных заболеваний.

Данные размышления, а также отсутствие желаемого эффекта от стандартной терапии у большого количества больных СХТБ/ХАП послужили основой данного исследования, суммарное изложение которого представлено в соответствующих разделах.

А. Предиспозиция

Важно отметить, что больные, страдающие СХТБ/ХАП, как воспалительной, так и невоспалительной его формой, являлись мужчинами молодого возраста - медиана их возраста составила 37,0 (32;42), лет, что соотносится с данными литературы [98, 173] и подчеркивает актуальность данного исследования, так как СХТБ/ХАП страдают мужчины детородного и работоспособного возраста, а СХТБ/ХАП, как известно, существенно нарушает

качество жизни и работоспособность больных СХТБ/ХАП [3, 173].

В настоящем исследовании был установлен статистически значимый фактор predispositions – отсутствие постоянной половой партнерши у больных СХТБ/ХАП. Можно предположить, что данный фактор является одним из хронических стрессовых факторов для больных СХТБ/ХАП и может, как любой другой хронический стрессовый фактор, способствовать развитию психических расстройств по психогенному или психо-эндогенному механизму [35, 175].

Данные нашего исследования отличаются от данных литературы [3, 170, 182] в том, что больные обеих групп сравнения в нашем исследовании не утратили трудоспособность и не имели группы инвалидности вследствие СХТБ/ХАП. Однако в исследовании выявлена тенденция влияния СХТБ/ХАП на работоспособность больных – большинство больных вследствие развития СХТБ/ХАП и ухудшения своего самочувствия были вынуждены сменить род своей деятельности на более легкую в их понимании (как правило, речь шла о физических нагрузках и труде, с которыми пациенты пытались связать причину своей болезни и, облегчив которые, предполагали облегчение своего состояния), но без ожидаемого больными эффекта.

Следующим важным и статистически значимым фактором, характерным для больных СХТБ/ХАП, можно назвать высокую отягощенность по психопатологии, которая была выявлена у 46,0% (57 чел.) (различия статистически значимы со здоровым контролем, $p=0,00001$).

Интересным представляется факт отсутствия у участников данного исследования наследственности по синдрому хронической боли любой локализации и/или синдрому хронической тазовой боли у родных 1 и 2 линии родства.

Важную роль в predispositions СХТБ/ХАП имеют перенесенные в анамнезе, до развития симптоматики СХТБ/ХАП, острые урологические заболевания и психические расстройства: 53,2% (66 чел.) больных перенесли острый бактериальный простатит и острый уретрит в анамнезе, а 48,6% (36 чел.) психические расстройства (депрессивные эпизоды, расстройства

приспособительных реакций и зависимость от ПАВ). Перенесенные урологические и психические расстройства в анамнезе у больных СХТБ/ХАП могли зафиксироваться в долговременной памяти головного мозга в виде негативных эмоциональных переживаний и соматических ощущений как опыт перенесенных расстройств [2, 41], что в последующем при соответствующих условиях могло способствовать воссозданию урологической и психопатологической симптоматики согласно теории П.К. Анохина [2] уже в рамках СХТБ/ХАП.

Б. Характеристика болевых ощущений у больных СХТБ/ХАП

Прежде всего выявленные болевые ощущения у больных СХТБ/ХАП характеризовались непрерывностью течения у 74,3% (55 чел.), средней степенью выраженности (5-7 баллов по шкале ВАШ боли), аутохтонным возникновением у 80,8% (59 чел.), суточной динамикой, параллельной аффекту с ухудшением в вечерние часы в виде усиления ее интенсивности у 58,8% (46 чел.) параллельно с усилением тревоги и/или ухудшением настроения, усилением у 75,7% (56 чел.) и/или облегчением без провокации у 82,4% (61 чел.), не купирующимися при приеме наркотических и ненаркотических анальгетиков и средней продолжительностью персистирования три года.

В ходе исследования была установлена сильная корреляция продолжительности течения боли у пациентов СХТБ/ХАП и продолжительности течения выявленных у них психических расстройств (очень сильная связь, $r = 0,9688$, $p < 0,001$ в ОГ; $r = 0,8181$, $p < 0,001$ в КГ1). Таким образом, чем более продолжительными являлись психические расстройства у больных СХТБ/ХАП, тем дольше по времени у них наблюдались болевые ощущения и наоборот.

Локализация болевых ощущений была характерной для больных СХТБ/ХАП [3]: у всех больных основные болевые ощущения располагались в области предстательной железы и в других областях урогенитальной системы таза. У 73% (54 чел.) больных болевые ощущения были выявлены в других топографо-анатомических областях (нижней трети живота, паховых областях, в области ануса, нижней трети живота, конечностях).

Учитывая отсутствие клинически значимой органической патологии, обуславливавшей бы выраженность, стойкость и длительность боли, отсутствие эффекта от терапии, в том числе любой обезболивающей (критерии отбора в исследование), выявленные у подавляющего большинства больных СХТБ/ХАП новизну болевых ощущений у 98,6% (73 чел.); неопределенность и затруднения в описании характера боли у 95,9% (71 чел.); полиморфизм болевых ощущений у 98,6% (73 чел.); диффузность боли у 80,8% (59 чел.); изменение локализации боли у 80,8% (59 чел.); крайне неприятный и тягостный характер боли у всех больных – 100% (74 чел.); быструю амнезию характеристик боли на фоне терапии у 89,2% (66 чел.); особенности описания характера болевых ощущений больными СХТБ/ХАП («жжение», «печет», «сжимающие», «грызущие», «удар тока», «давящие», «ноющие», «утомляющие», «изнуряющие», «раздражающие», «непереносимые», «мучающие»), можно сделать вывод, что болевые ощущения у больных СХТБ/ХАП являлись телесными сенсациями - сенестоалгиями и сенестопатиями. Так как сенестопатии не имели облигатного признака – чувственной насыщенности переживаний, то их можно квалифицировать как эссенциальные [15].

У 52,1% (38 чел.) больных телесные сенсации (боли) в начале развития СХТБ/ХАП были локализованными - наблюдались только в области простаты, через 1-14 месяцев начинали распространяться на прилегающие области таза (мошонку, пенис, прямую кишку) и другие анатомо-топографические области, при этом были меньшей интенсивности, чем в простате (1-3 балла по шкале ВАШ боли), что характерно для алгопатий, которые по мере развития заболевания приобретали выше описанные свойства и трансформировались в сенестоалгии и сенестопатии в данных областях.

Для больных СХТБ/ХАП характерна витализация ощущений (выявлена у 80,8% - 59 чел.), т.е. преобладание ощущений алгического и термического характера с выраженной суточной динамикой, параллельной аффекту, при этом все больные отличали имеющиеся боли в рамках СХТБ/ХАП от болевых ощущений и дискомфорта при ранее перенесенной ими соматической патологии

и коэнестезии (выявлены у 55,4% - 41 чел.) - диффузные ощущения тотального телесного дискомфорта без четкой локализации [15].

Особенностью больных СХТБ/ХАП, впервые выявленной в ходе исследования, является психологическая реакция в ответ на начало терапии в виде купирования боли на 1-2 недели лечения с последующим возобновлением у 40,5% (30 чел.), что косвенно подтверждает психогенную природу боли у больных СХТБ/ХАП.

Также особенностью больных СХТБ/ХАП является возникновение суицидальных мыслей при усилении интенсивности боли до сильной и крайней степени выраженности боли (8-10 баллов по шкале ВАШ боли) (у 9,5% - 7 чел.), которые самостоятельно купировались при снижении интенсивности болевых ощущений (8 баллов по ВАШ боли и менее).

В большинстве случаев болевые ощущения ухудшали работоспособность у 60,9% (42 чел.) больных, а также социальную активность у 55,9% (38 чел.) и взаимоотношения в семье у 76,7% (56 чел.), что подтверждает данные научной литературы [98].

В. Психопатологическая симптоматика у больных СХТБ/ХАП

У всех больных СХТБ/ХАП были выявлены психопатологические симптомы, которые представляли собой сенестопатическую и сенестоалгическую симптоматику, ипохондрическую, астенодинамическую и аффективную симптоматику.

Сенестопатическая симптоматика, как описано выше, проявлялась телесными сенсациями и была представлена сенестоалгими, эссенциальными сенестопатиями в области таза и других топографо-анатомических областях, и коэнестезиями.

Ипохондрическая симптоматика была представлена озабоченностью больными своим здоровьем и патологической фиксацией на своем самочувствии у 89,2% (66 чел.), патологической фиксацией на урологической симптоматике у 78,4% (58 чел.), опасениями ухудшения своего самочувствия у 59,5% (44 чел.), убежденностью больных в наличии у них «серьезного» урологического

заболевания у 55,4% (41 чел.), канцерофобией у 20,8% (15 чел.). Ипохондрическая симптоматика доминировала в клинической картине наряду с сенестопатической и сенестоалгической симптоматикой.

Астенодинамическая симптоматика была представлена ощущением усталости у 97,3% (72 чел.), снижением энергичности и активности у 98,6% (73 чел.), ощущением слабости, вялости у 89,0% (65 чел.), отсутствием чувства отдыха после сна у 87,8% (65 чел.), снижением физических сил у 77,0% (57 чел.). Апатия была выявлена у 68,4% (51 чел.). Подавляющее большинство больных отмечали снижение работоспособности вследствие своего самочувствия – 95,9% (71 чел.).

Сенестоалгическая и сенестопатическая, ипохондрическая и астенодинамическая, апатическая симптоматика в 86,5% (64 чел.) случаев наблюдалась вместе с аффективными симптомами.

Ведущий аффект ундулировал: являлся тревожным у 83,8% (62 чел.) и апатическим у 68,9% (51 чел.), включал раздражительность у 77,0% (57 чел.).

Явления ангедонии разной степени выраженности были характерны для 85,1% (63 чел.).

Тревога в 82,4% (61 чел.) сопровождалась ощущением напряжения, при этом на высоте тревоги у 19,4% (14 чел.) больных наблюдались панические атаки.

Около половины больных - 53,4% (39 чел.) сообщали о субъективно ощущаемых снижении концентрации внимания и затруднении сосредоточения.

Для 24,3% (18 чел.) были характерны антивитаальные мысли, для 9,5% (7 чел.) - суицидальные мысли.

Для симптоматики больных СХТБ/ХАП было характерно угнетение витальных функций – нарушения сна у 66,2% (49 чел.) (удлинение процесса засыпания, поверхностный прерывистый сон, ранние утренние пробуждения), снижение аппетита у 67,1% (49 чел.) (снижение массы тела), нарушение сексуальной функции у 97,3% (72 чел.) (в виде снижения либидо).

Клиническая картина СХТБ/ХАП у 75,7% (56 чел.) включала вегето-висцеральные симптомы и симптомы функциональных расстройств в других

системах органов (тахикардию, симптомы раздраженного кишечника, ощущение одышки, арталгии, субфебрилитет).

На втором этапе диагностического процесса у всех больных СХТБ/ХАП были верифицированы психопатологические синдромы:

- депрессивно-сенестоипохондрический синдром у 85,1% (63 чел.);
- сенестопатически-ипохондрический синдром у 14,9% (11 чел.).

Характерным для депрессивно-сенестоипохондрического синдрома являлась его структурная сложность: на первый план в клинической картине выступала сенестопатическая, сенестоалгическая, ипохондрическая симптоматика, проявлявшаяся сосредоточенностью больных на чувстве соматического неблагополучия, тревожных опасений за свое здоровье; непосредственно аффективные симптомы отступали на второй план. Характерным являлось одновременное возникновение в структуре синдрома факультативных симптомов. Последние были представлены телесными ощущениями, сексуальной дисфункцией, по мере течения заболевания патологической фиксацией на телесном самочувствии и урологической симптоматике, убежденностью больных в наличии урологического заболевания и канцерофобией.

Телесные ощущения, наблюдавшиеся в структуре депрессивно-сенестоипохондрического и сенесто-ипохондрического синдромов, имели четкую локализацию в органах уrogenитальной системы области таза, могли периодически уменьшаться по интенсивности, перемещаться в области таза и персистировали в длителном течении болезни. Телесные ощущения в виде сенестопатий и сенестоалгий наблюдались и в других топографо-анатомических областях и системах органов.

Депрессивно-сенестоипохондрический синдром не достигал психотического уровня - эмоциональная патология была выражена относительно незначительно, все больные сохраняли возможность ситуационного контроля, имели полное критическое отношение к проявлениям болезни и не выявляли дезорганизации структуры личности. Депрессивная триада была дисгармонична, характеризовалась выраженной астенией, слабостью, вялостью, снижением

физических сил, утомляемостью и снижением работоспособности; большое место в структуре синдрома занимали тревожные проявления и раздражительность.

Тревога, наблюдавшаяся у большинства больных в структуре депрессивно-сенестопатического синдрома, являлась дезадаптивной, дезорганизующей, на ее фоне пациенты затруднялись прогнозировать развитие ситуаций, принимать решения; при усилении тревога сопровождалась отвлекаемостью внимания, растерянностью, часто сопровождалась двигательным беспокойством, вегетососудистыми симптомами, нарушениями сна, аппетита. Тревога сопровождалась постоянной эмоциональной напряженностью и неспособностью расслабиться, ощущалась больными физически, что позволяет говорить о ней как о витальной.

Для структуры депрессивно-сенестопатического синдрома были характерны соматические симптомы депрессии – расстройства сна, аппетита, снижение массы тела, вегето-висцеральная симптоматика и функциональные синдромы других систем органов (СРК, тахикардия, арталгии, гипертермия).

Сенестопатически-ипохондрический синдром проявлялся обязательным и ведущим симптомом – сенестоалгиями и сенестопатиями, с патологической фиксацией на телесных ощущениях. Вторым обязательным симптомом являлись монотематические ипохондрические идеи наличия урологического заболевания, наличия рака предстательной железы у больных, доходящие до сверхценного уровня, в соответствии с которыми больные многократно проходили обследование и лечение у уролога (не приносящие при этом облегчения), настаивали на новых и повторных обследованиях, консультациях и повторении терапии, при этом полностью полагаясь на медработников, доверяя их мнению, диагностике и лечению (что исключает наличие бредовых ипохондрических идей).

На третьем этапе диагностического процесса у всех больных СХТБ/ХАП были верифицированы психические расстройства:

- единый депрессивный эпизод, F32 у 63,5% (47 чел.);
- устойчивое соматоформное болевое расстройство у 14,9% (11 чел.);

- рекуррентное депрессивное расстройство, F33 у 13,5% (10 чел.);
- биполярное аффективное расстройство, F31 у 8,1% (6 чел.).

Выявленное БАР имело ремиттирующий тип течения, II типа, (в единичном наблюдении IV типа).

Как при едином депрессивном эпизоде, так и в рамках РДР и БАР, депрессивные эпизоды по своей структуре были схожи и являлись сенестоипохондрическими депрессивными эпизодами, учитывая характеристики синдрома которых (ведущий симптом – тоска – не находила отражения в субъективных переживаниях больных и их жалобах, на первый план в клинической картине выступали факультативные симптомы – сенестопатии, сенестоалгии, вегето-висцеральные, сексуальные расстройства, которые маскировали аффект тоски), можно сделать вывод, что депрессивные эпизоды, выявленные у больных СХБ/ХАП являлись атипичными, маскированными и протекали в виде алгически-сенестопатического варианта маскированной депрессии.

Учитывая выявленные у больных СХТБ/ХАП наследственную отягощенность по психопатологии, аутохтонность возникновения симптоматики, суточную динамику и сезонность как настроения, так и болевых ощущений, нарушение непрерывности сна, ранние утренние пробуждения, витальный характер психопатологической симптоматики, можно сделать вывод, что депрессивные эпизоды при СХТБ/ХАП имели признаки эндогенности.

У 14,9% (11 чел.) выявленное психическое расстройство было коморбидно с зависимостью от ПАВ, которая была сформирована до развития симптоматики СХТБ/ХАП. Следует отметить, что при возникновении симптоматики СХТБ/ХАП все больные прекращали прием любого ПАВ в связи с опасениями ухудшения своего самочувствия под их влиянием.

Выявленные у больных СХТБ/ХАП психические расстройства имели довольно продолжительное течение, медиана длительности которого составила и составила 5 (3,4;3,7) лет.

Г. Характеристика урологической симптоматики и сексуальной дисфункции у больных СХТБ/ХАП

Симптомы нарушения мочеиспускания, болезненное мочеиспускание и сексуальная дисфункция являются обязательными компонентами СХТБ/ХАП [3, 78, 95, 172] и были выявлены у всех больных, участвующих в исследовании.

Нарушения мочеиспускания были представлены ирритативными симптомами (учащенное мочеиспускание 43,1% (31 чел), невозможность сдерживания позыва на мочеиспускание у 44,4% (32 чел.), императивным позывом на мочеиспускание у 51,4% (37 чел.) и обструктивными симптомами (прерывистым мочеиспусканием в 19,7% (14 чел.), слабой струей мочи у 54,2% (39 чел.), натуживанием при мочеиспускании у 50% (36 чел), ощущением неполного опорожнения мочевого пузыря в 47,9% (35 чел.) незначительной степенью выраженности. Урологическая симптоматика включала также болезненное мочеиспускание у 35,1% (26 чел.) умеренной степени выраженности (6 баллов по ВАШ боли). Данная симптоматика является характерной для СХТБ/ХАП и подтверждает данные литературы [3, 6, 100].

Сексуальная дисфункция у больных СХТБ/ХАП включала: эректильную дисфункцию легкой степени у 97,3% (72 чел.), снижение либидо у 97,3% (72 чел.), нарушение оргазмической функции у 22,5% (9 чел.), сокращение продолжительности полового акта у 68,5% (50 чел.); преждевременную эякуляцию у 55,8% (38 чел.), общую неудовлетворенность половым актом у 80,82% (59 чел.), эякуляторную боль умеренной степени у 50% (37 чел.) как единственный специфический симптом СХТБ/ХАП, что подтверждает данные литературы [48, 83, 189]. Болезненная эякуляция обуславливала опасения и страх эякуляции у 19,4% (14 чел.), описанное в нашем исследовании впервые.

Д. Соотношение психопатологии и других симптомов в структуре СХТБ/ХАП

Психические расстройства были выявлены у всех больных СХТБ/ХАП.

У 51,4% (38 чел.) психопатологическая, урологическая симптоматика и сексуальная дисфункция в рамках СХТБ/ХАП возникали одновременно, что

может предполагать как их коморбидность, так и включение в структуру психического расстройства урологической и сексуальной симптоматики как функциональных и/или соматических проявлений психического расстройства [42, 66, 80, 207].

У 28,4% (21 чел.) на фоне текущего психического расстройства развивались болевые ощущения, урологическая симптоматика и сексуальная дисфункция, что может свидетельствовать о включении симптомов СХТБ/ХАП как функциональных в структуру психических расстройств и/или в качестве соматической симптоматики [42, 66, 80, 207].

У 20,3% (15 чел.) развитие боли, урологической симптоматики и сексуальной дисфункции возникали первично, на их фоне в последствии развивались психические расстройства, что можно трактовать как реакцию на болезнь или развитие по психо-эндогенным механизмам в ответ на длительно существующую болезнь как стрессовый фактор [42, 66, 80, 207].

Полученные данные описаны впервые, требуют уточнения и дальнейшего подтверждения на более широкой выборке исследуемых.

Е. Результаты психологических и психометрических методов исследования

У больных СХТБ/ХАП не было выявлено клинически значимых нарушений внимания, памяти и мышления.

Статистически значимыми и важными факторами predisпозиции и особенностью личности больных СХТБ/ХАП является выявленная у них акцентуация характера по застревающему типу (31,5% - 39 чел., $p=0,00001$), а также алекситимия, выявленная у 82,4% - 61 чел., ($p=0,00001$), которая является известным фактором риска развития психосоматических расстройств, а также известным предрасполагающим фактором к развитию хронических болевых синдромов любой локализации [35, 93]. Таким образом, особенности характера больных СХТБ/ХАП - акцентуация характера по застревающему типу и алекситимию можно рассматривать как психологические факторы predisпозиции развития СХТБ/ХАП.

Следующими статистически значимыми выявленными психологическими особенностями больных СХТБ/ХАП являются катастрофизация своего самочувствия у 36,5% (27 чел.) и поведение избегания у 33,8% (25 чел.) ($p < 0,001$), которые являются доказанными факторами, влияющими не только на возникновение, но и поддержание и персистирование хронической боли любой локализации [52, 103, 205] и, таким образом, могут рассматриваться как психологические факторы патогенеза СХТБ/ХАП.

Выявленные клинико-психопатологическим методом симптоматика депрессии и тревога подтверждаются данными шкалы HADS, домен депрессия медиана 14,0 (11,0; 8,0) баллов – клинически выраженная депрессия и шкалы HADS, домен тревога – медиана 14,0 (11,0; 17,0) – клинически выраженная тревога.

Статистически значимым и отличительным признаком больных СХТБ/ХАП являются выявленные сильная положительная и высоко значимая зависимость значений интенсивности боли по шкале ВАШ боли и баллов HADS, домен депрессия ($r=0,74$, $p < 0,001$ ОГ, $r=0,43$, $p < 0,011$ КГ1). Таким образом, чем более выраженным были болевые ощущения у больных СХТБ/ХАП, тем более выраженной являлась у них клиническая депрессия, что подтверждает данные научной литературы о корреляции хронической боли любой локализации и выраженности депрессивных расстройств при этом [52, 103, 205].

Статистически значимым, широко описанным в научной литературе [98, 189], являются выявленные у больных СХТБ/ХАП более низкий уровень глобального функционирования и более низкое качество жизни ($p < 0,001$), при этом установлена зависимость – чем сильнее была выражена интенсивность болевых ощущений у больных СХТБ/ХАП, тем худшее качество жизни наблюдалось у больных во всех сферах в ОГ ($r = -0,47$ до $-0,76$, $p \leq 0,001$), в КГ1 ($r = -0,69$ до $-0,82$, $p \leq 0,001$).

Выявлена сильная отрицательная зависимость значений в обеих группах сравнения (ОГ и КГ1) от значений по ВАШ боли и значений шкалы качества жизни в домене «работа (карьера)» – в ОГ ($r = -0,73$, $p \leq 0,001$) и в КГ1 ($r = -0,69$,

$p \leq 0,001$), в домене «личные достижения» - в ОГ ($r = -0,76$, $p \leq 0,001$) и в КГ1 ($r = -0,67$, $p \leq 0,001$), в домене «здоровье» - в ОГ ($r = -0,76$, $p \leq 0,001$) и в КГ1 ($r = -0,82$, $p \leq 0,001$), в домене «общение с друзьями» – в ОГ ($r = -0,47$, $p \leq 0,001$) и в КГ1 ($r = -0,72$, $p \leq 0,001$).

Ж. Результаты исследований уровня серотонина и катехоламинов мочи

Статистически значимым и важным с точки зрения патогенетических взаимосвязей и теорий развития СХТБ/ХАП [41, 66, 118, 216], является выявленное в данном исследовании нарушения в системе катехоламиновой нейротрансмиссии у больных СХТБ/ХАП [119]. Показатели суточной экскреции катехоламинов мочи: адреналина – медиана 13,0 мкг/сут, норадреналина - медиана 44,5 мкг/сут и дофамина - медиана 234 мкг/сут были статистически значимо ниже, чем в здоровом контроле (КГ2) (адреналин – медиана 26,5 мкг/сут, норадреналин - медиана 137,7 мкг/сут и дофамин - медиана 471,6 мкг/сут), ($p < 0,001$).

Выявленные нарушения отражают нейромедиаторные особенности больных СХТБ/ХАП и представляются имеющими значение в развитии СХТБ/ХАП [10, 41, 116].

3. Клинико-патогенетический подход к терапии и результаты его реализации

В данном исследовании установлено, что СХТБ/ХАП тесно ассоциирован с психопатологией, что может объясняться с позиции биопсихосоциальной модели [10], представляющей собой динамичное взаимодействие биологических, психологических и социокультурных факторов [10, 20].

Для развития СХТБ/ХАП необходимо наличие следующих факторов predispositions – психологической (личность застревающего типа, алекситимия), социальной (отсутствие постоянной половой партнерши) и биологической (молодой возраст – 37 (32;44) лет, наследственная отягощенность по психопатологии, половая конституция средней силы).

Условиями для формирования СХТБ/ХАП на основе predispositions являются перенесенные в анамнезе острые урологические заболевания (острый

простатит, острый уретрит) и психические расстройства (химическая зависимость, аффективные и невротические расстройства), которые по механизмам извлечения из долговременной памяти опыта перенесенного урологического расстройства активируют биохимические сдвиги, наблюдавшиеся при его фиксации, обуславливая воссоздание соматической симптоматики перенесенного в прошлом урологического заболевания [2, 14] и активации *locus minoris resistentiae* с локализацией психосоматических расстройств в урологической системе органов как наиболее важной и уязвимой в представлении больного [4, 14].

На основе предрасположенности и необходимых условий под воздействием биологических (выявленные особенности нейромедиации серотонина и катехоламинов у больных СХТБ/ХАП) и психологических (катастрофизации своего состояния, формирование избегающего болевого поведения) факторов патогенеза формируется СХТБ/ХАП, представляющий собой единый симптомокомплекс, включающий:

I болевые ощущения;

II симптомы нарушения мочеиспускания;

III сексуальную дисфункцию;

IV психопатологию:

- депрессивно-сенестоипохондрический синдром,
- сенесто-ипохондрическим синдром (Рисунок 1).

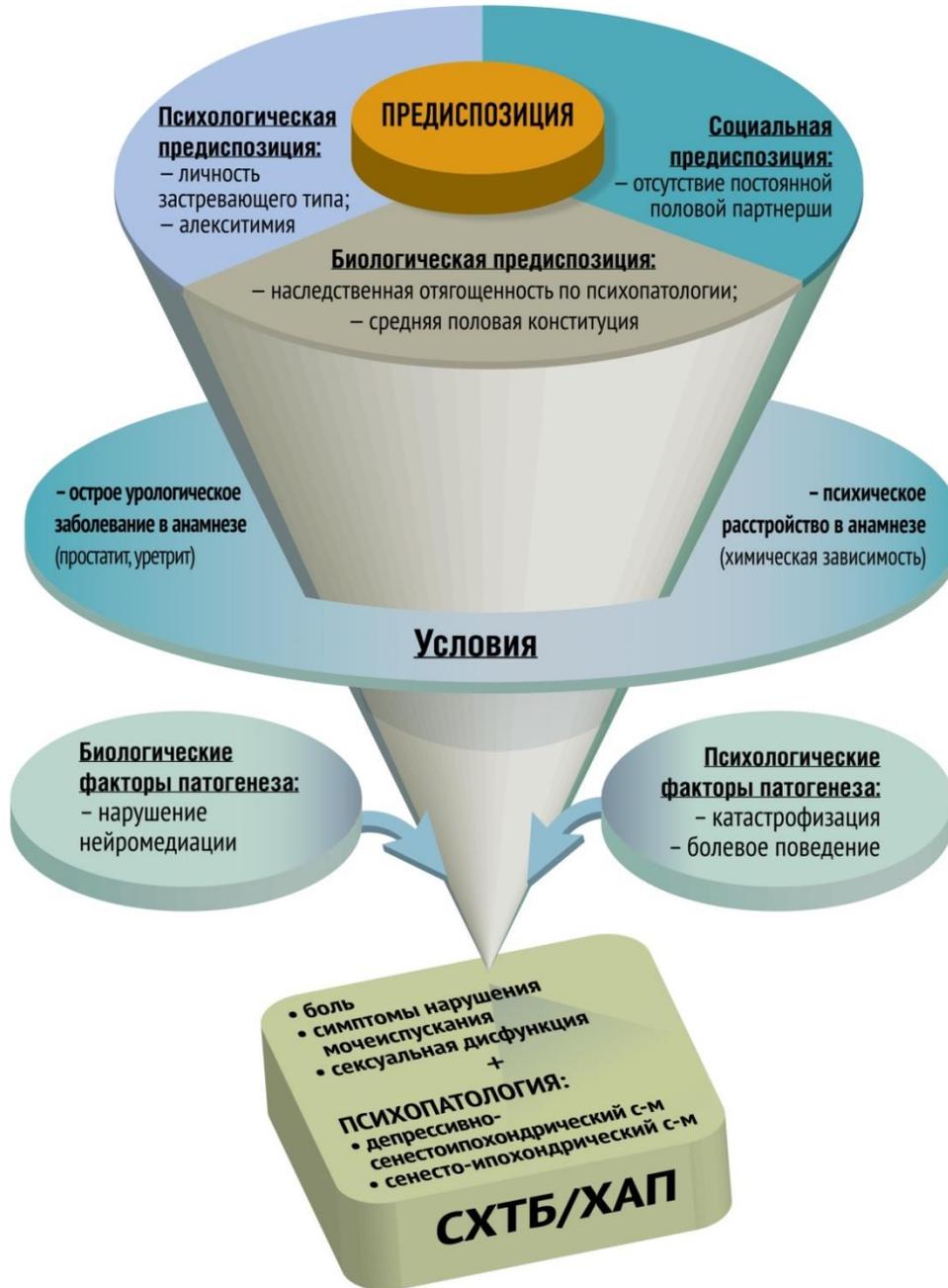


Рисунок 1 – Патогенез СХТБ/ХАП

Лечебный подход, основанный на клинико-патогенетической оценке состояния больных, предусматривающий активное выявление психопатологических проявлений, их синдромальную оценку, оценку характеристик систем нейромедиации, включающий психофармакотерапию, позволил достигнуть у 78,38% (58 чел.) больных СХТБ/ХАП медикаментозной ремиссии через 6 месяцев терапии. У остальных больных - 21,62% (16 чел.) случаев было достигнуто стойкое заметное улучшение (неполная медикаментозная ремиссия).

Положительная динамика терапии психопатологической симптоматики в рамках СХТБ/ХАП подтверждалась по шкале тревоги и депрессии HADS (различия с периодом до начала терапии статистически значимы, $p < 0,005$).

При анализе клинико-динамических характеристик на фоне результатов терапии СХТБ/ХАП установлено, что через 6 мес. терапии происходило статистически значимое снижение доли больных с психопатологической, урологической симптоматикой и сексуальной дисфункцией:

- через 6 мес. терапии в отношении болевых ощущений наблюдалась выраженная положительная динамика у всех больных СХТБ/ХАП (статистически значимая разница с показателями интенсивности болевых ощущений по ВАШ боли до начала терапии, $p < 0,05$),

- через 6 месяцев терапии у большинства больных было достигнуто купирование психопатологической симптоматики; при этом у 21,6% - 16 чел. обеих групп сравнения через 6 мес. терапии сохранялась психопатологическая симптоматика (в виде гипотимии, адинамической симптоматики, некоторой ипохондрической симптоматики, в виде ранних утренних пробуждений и нарушения аппетита) при полном купировании сексуальной дисфункции и симптомов нарушения мочеиспускания (статистически значимая разница с показателями до начала терапии, $p < 0,05$);

- через 6 мес. на фоне терапии наблюдалось купирование нарушений мочеиспускания у большинства больных обеих групп сравнения; при этом у 19,0% - 14 чел. обеих групп сохранялись симптомы нарушения мочеиспускания (в

виде натуживания при мочеиспускании, ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря, учащенного мочеиспускание и императивного позыва) при полном купировании психопатологической симптоматики и сексуальной дисфункции (статистически значимая разница с показателями до начала терапии, $p < 0,05$);

- на фоне терапии через 6 месяцев у больных обеих групп сравнения наблюдалось полное купирование вегето-висцеральных и функциональных нарушений (симптомов раздраженного кишечника, ощущения одышки, тахикардии, субфебрилитета, арталгий, различия статистически значимы по сравнению с периодом до начала терапии, $p < 0,05$);

- через 6 месяцев терапии была купирована эректильная дисфункция у всех больных обеих групп сравнения, что подтвердилось положительной динамикой баллов шкалы МИЭФ на фоне терапии до нормативной (26 баллов по шкале МИЭФ – отсутствие ЭД) (различия статистически значимы по сравнению с периодом до начала терапии, $p < 0,05$);

- на фоне терапии через 6 месяцев у всех больных обеих групп сравнения восстановились либидо и преморбидная продолжительность полового акта, купировались вторичная преждевременная эякуляция, эякуляторная боль, опасения и страх эякуляции; нарушение оргазмической функции, значительно снизилась неудовлетворенность половым актом в обеих группах сравнения (различия статистически значимы по сравнению с периодом до начала терапии, $p < 0,05$);

- анэякуляция как побочное действие терапии СИОЗСиН наблюдалась у 12,2% (9 чел.);

- в целом положительная динамика терапии СХТБ/ХАП в данном исследовании была подтверждена восстановлением общего (глобального) функционирования у всех больных (медиана 96,5 (79,0;100,0) баллов).

Снижение в обеих группах сравнения (для некоторых показателей до полного исчезновения) на фоне терапии доли больных с симптомами нарушения мочеиспускания, сексуальной дисфункцией, вегето-висцеральными симптомами,

достижение ремиссии в подавляющем большинстве случаев, стойкое заметное улучшение у тех больных, у которых ремиссия не была достигнута, можно объяснить тем, что перечисленная симптоматика СХТБ/ХАП (урологическая, вегето-висцеральная, сексуальная дисфункция) входит в структуру психических расстройств, является функциональной и представляет собой маску психических расстройств (аффективного и неврологического спектров), выявленных в данном исследовании.

Больных, у которых через 6 мес. терапии наблюдалось сохранение психопатологических симптомов или симптомов нарушения мочеиспускания, можно рассматривать как фармакорезистентных, что требует разработки методов выявления фармакорезистентности в начале терапии и борьбы с ней при терапии СХТБ/ХАП.

И. Различия групп абактериального невоспалительного простатита (ОГ) и абактериального воспалительного простатита (КГ1)

В данном исследовании впервые проанализированы психологические, психопатологические, нейромедиаторные особенности больных абактериального невоспалительного (ОГ) и абактериального воспалительного (КГ1) простатита в сравнительном плане.

Группа абактериального невоспалительного простатита (ОГ) имела ряд преморбидных особенностей:

- тип половой конституции - для больных ОГ была характерна средняя половая конституция (45,0% (18 чел.) ОГ против 12,0% (6 чел.) здорового контроля (КГ2) ($p < 0,001$). В связи с чем можно предположить более низкую индивидуальную устойчивость к действующим на сексуальную сферу факторам у данной группы больных и достаточность более слабого их воздействия на сексуальную сферу у больных ОГ [49, 155]. Также влиянием половой конституции объясняется зависимость между хроническим простатитом любой этиологии и сексуальными расстройствами [108];

- более низкий уровень образования – в ОГ статистически значимо преобладали больные со средне-специальным образованием (сравнение с КГ1,

$p=0,003$), что подтверждает данные научной литературы о характерном для больных СХТБ/ХАП более низком уровне образования, предполагающим меньшее понимание процессов функционирования своего организма в норме и патологии, особенно в отсутствие «видимых» причин, что усугубляет течение СХТБ/ХАП и способствует возникновению соматизации [98, 189, 207];

- более статистически значимо частую психопатологическую отягощенность в сравнении с обеими группами контроля (КГ1 и КГ2): 85,0% (34 чел.) ОГ против 47,0% (16 чел.) КГ1 и 14,0% (7 чел.) КГ2 ($p=0,0067$, $p=0,000004$); статистически значимо более выраженную психопатологическую отягощенность в ОГ по депрессивным расстройствам – 17,5% (7 чел.) ($p=0,0065$); статистически значимо более частую психопатологическую отягощенность по употреблению психоактивных веществ в целом – 52,5% (21 чел.) в сравнении со здоровым контролем, ($p=0,008$) и от конопли в частности (в сравнении с КГ2, $p=0,006$);

- факт перенесенного в детском возрасте физического насилия в семье у 4,8% (6 чел.) ОГ ($p=0,006$), что признано одним из факторов predisпозиции хронического болевого синдрома любой локализации [101]. Несмотря на данные литературы, согласно которой у пациентов с СХТБ/ХАП высок уровень пережитого сексуального насилия в детстве [3], все пациенты, участвующие в данном исследовании, отрицали факт сексуального насилия в детстве и на протяжении жизни.

Статистически значимого различия в синдромальной и нозологической структуре между группами абактериального невоспалительного простатита (ОГ) и абактериального воспалительного простатита (КГ1) не выявлено ($p \geq 0,05$). В обеих группах сравнения психопатологическая симптоматика была представлена депрессивно-сенестепатическим синдромом в рамках маскированных депрессивных эпизодов и сенесто-ипохондрическим синдромом в рамках устойчивого соматоформного болевого расстройства ($p \geq 0,05$).

При этом группа абактериального невоспалительного простатита (ОГ) имела статистически значимые особенности болевых ощущений:

- более обширную топографию болевых ощущений – в ОГ чаще

наблюдались болевые ощущения в области нижней трети живота ($p=0,008$); в области паха ($p=0,037$) и в области ануса ($p=0,003$);

- более вычурные описания болевых ощущений - только в ОГ больные описывали свои болевые ощущения как «ломающая» боль – в 22,5% (9 чел.), «грызущая» – 20% (8 чел.), боль как «удар тока» – 7,5% (3 чел.) ($p>0,5$), «непереносимая» - 2,5% (1 чел.), «приводящая в отчаяние» – 22,5% (9 чел.) «мучающая» боль – у 32,5% (13 чел.) против 17,7% (6 чел.) КГ1 ($p=0,19$).

- статистически значимо более часто наблюдаемыми коэнестезиями – у 70,0% (28 чел.) против 38,25 (13 чел.) КГ1 ($p=0,01$).

При анализе выявленной психопатологической симптоматики в группах сравнения установлено, что группа абактериального невоспалительного простатита (ОГ) статистически значимо отличалась:

- более часто характерными ипохондрической симптоматикой (симптомы опасениями ухудшения своего самочувствия у 82,5% (33 чел.) ОГ против 32,4% (11 чел.) КГ1 ($p<0,001$), патологической фиксацией на урологической симптоматике у 95,0% (38 чел.) ОГ против 58,8 % (20 чел.) КГ1 ($p<0,001$),

- более выраженной некоторой астено-динамической симптоматикой (снижение физических сил у 90% (36 чел.) ОГ против 61,8% (21 чел.) КГ1 ($p=0,005$);

- наличием антивитаальных мыслей (46,4% (13 чел.) ОГ в сравнении с 19,0% (4 чел.) КГ1 ($p=0,049$), что свидетельствует о более тяжелом течении психических расстройств в ОГ;

- наличием функциональных синдромов как проявлением соматических симптомов депрессивных расстройств (симптомы синдрома раздраженного кишечника у 32,5% (13 чел.) ОГ $p<0,001$), арталгии у 15,0% (6 чел.) ОГ, $p=0,030$).

Группа абактериального воспалительного простатита (КГ1) характеризовалась более выраженной тревожной симптоматикой (панические атаки у 50,0% (10 чел.) КГ1 в сравнении с 10,7% (3 чел.) ОГ, $p=0,037$).

Для больных абактериальным невоспалительным простатитом (ОГ) в ходе исследования были установлены ряд психологических характеристик,

отличающих данную группу:

- статистически значимо более частая катастрофизация своего самочувствия (50,0% - 20 чел. ОГ в сравнении с 20,6% - 7 чел. в КГ1, $p=0,014$);

- статистически значимое более высокое значение баллов по шкале алекситимии (медиана 71 баллов ОГ и медиана 52,5 балла в КГ1, $p<0,001$);

- статистически значимо более выраженный уровень депрессии по шкале HADS (медиана уровня выраженности депрессии составила 17,0 в ОГ и медиана 13,5 баллов в КГ1, $p=0,004$);

- более худшее качество жизни во всех сферах ($p<0,005$).

Группа абактериального невоспалительного простатита (ОГ) статистически значимо отличалась несколько более выраженной урологической симптоматикой и более выраженной сексуальной дисфункцией:

- в ОГ статистически значимо более часто выявлялась преждевременная эякуляция (69,4% - 25 чел. в ОГ по сравнению 40,6% - 13 чел. в КГ1, ($p=0,027$);

- ОГ характеризовалась наличием нарушения оргазмической функции (отсутствием оргазма при эякуляции) (22,5% - 9 чел., $p=0,0029$);

- в ОГ наблюдалась более выраженная по интенсивности эякуляторная боль (медиана 7 (5;10) баллов по шкале ВАШ боли (умеренной степени) в ОГ по сравнению медианой 3 (1;7) баллов (слабой степени) в КГ1, $p<0,05$);

- статистически значимо более часто выявляемыми опасениями и страхом болезненной эякуляции (31,6% - 12 чел. ОГ в сравнении с 5,9% - 2 чел. КГ1, $p=0,007$);

- более выраженной болью при мочеиспускании (среднее значение 7 баллов по ВАШ боли (боль умеренной степени) против 4 баллов (боль легкой степени) в КГ1, $p<0,05$);

- статистически значимо более часто выявляемой ноктурией (47,4% - 18 чел. в ОГ и 17,6% - 6 чел.) в КГ1, $p=0,011$);

- статистически значимой зависимостью выраженности интенсивности боли по шкале ВАШ боли и выраженности симптомов нарушения мочеиспускания по шкале IPSS - чем сильнее была боль, тем более выраженные симптомы нарушения

мочеиспускания наблюдались у больных ОГ (умеренная слабо выраженная зависимость, $r=0,3384$, $p=0,0327$);

- статистически значимой более выраженной эректильной дисфункцией по шкале МИЭФ в зависимости от выраженности болевых ощущений по ВАШ боли – чем сильнее были болевые ощущения у больных ОГ, тем более выраженная эректильная дисфункция у них наблюдалась (умеренная отрицательная и высоко значимая зависимость, $r=0,55$, $p<0,001$).

При анализе нейромедиации было установлено, что группа абактериального воспалительного простатита (КГ1) характеризовалась более низким медианным уровнем серотонина - 56,0 (48,0; 83,0) нг/мл в сравнении с ОГ – медиана 93,0 нг/мл ($p<0,001$) и КГ2 – медиана 94,7 ($p<0,001$).

При анализе клинико-динамических характеристик результатов терапии были установлены следующие статистически значимые различия в группах абактериального невоспалительного (ОГ) и абактериального воспалительного (КГ1) простатита:

- группа абактериального невоспалительного простатита (ОГ) отличалась сохранением психопатологической симптоматики (некоторой аффективной и адинамической) при полном купировании сексуальной дисфункции и симптомов нарушения мочеиспускания через 6 месяцев терапии ($p=0,004$, $p=0,017$);

- в то время как для группы абактериального воспалительного простатита (КГ1) через 6 месяцев терапии было характерно сохранение некоторых симптомов нарушения мочеиспускания при полном купировании психопатологической симптоматики и сексуальной дисфункции ($p<0,05$); что подтверждается более выраженной и быстрой динамикой купирования симптомов депрессии и тревоги по шкале HADS в КГ1 ($p<0,05$);

- группа абактериального воспалительного простатита (КГ1) характеризовалась статистически значимо более быстрой и более выраженной динамикой купирования эректильной дисфункции на фоне терапии ($p<0,05$);

- для группы абактериального воспалительного простатита (КГ1) было характерно статистически значимое более частое формирование медикаментозной

ремиссии через 6 месяцев терапии СХТБ/ХАП ($p=0,004$);

- в группе абактериального воспалительного простатита (КГ1) статистически значимо чаще выявлялась анэякуляция как побочное действие СИОЗСиН ($p=0,029$);

Таким образом, группа абактериального невоспалительного простатита (КГ1) характеризовалась преобладанием случаев сформированной ремиссии, более быстрой динамикой купирования некоторой симптоматики СХТБ/ХАП, что свидетельствует о более легкой выраженности симптоматики СХТБ/ХАП в данной группе, что подтверждают более высокие баллы по шкале глобального функционирования после терапии 98,0 (95,0;100,0) в КГ1 в сравнении с 92,0 (65,0;99,0) ОГ (различия статистически значимы, $p=0,003$).

При анализе степени синхронности снижения симптомов СХТБ/ХАП относительно друг друга статистически значимо важное различие между группами абактериального невоспалительного (ОГ) и абактериального воспалительного (КГ1) простатита заключалось в следующем:

- в группе абактериального невоспалительного простатита (ОГ) на фоне терапии значительно быстрее наблюдалось снижение и купирование урологических симптомов по сравнению с психопатологической симптоматикой ($r=0,97, p=0,005$; $r=1,0, p<0,001$; $r=0,94, p=0,01$);

- в группе абактериального воспалительного простатита (КГ1) более быстро происходило купирование психопатологической симптоматики, чем урологической ($r=1,0, p<0,001$; $r=0,97, p<0,005$; $r=0,70, p=0,2$).

При анализе влияния симптомов нарушения мочеиспускания на вероятность возникновения того или иного психопатологического симптома и наоборот, было установлено, что:

- в группе абактериального невоспалительного простатита (ОГ) выявлена выраженная связь между психопатологическим симптомом «апатия» и симптомом нарушения мочеиспускания «императивный позыв» (Фи коэффициент 0,33 – сильная связь)

- в группе абактериального воспалительного простатита (КГ1) наблюдалась

умеренная связь показателя «апатия» с рядом симптомов нарушения мочеиспускания: «императивный позыв», «слабая струя мочи», «натуживание при мочеиспускании» (Фи коэффициент равен соответственно 0,37, 0,43, 0,41).

С учетом корреляционных связей динамики апатии и симптомов нарушения мочеиспускания в ходе терапии, возможно, частота апатии может служить индикатором эффективности лечения урологических симптомов при СХТБ/ХАП в обеих группах сравнения.

ВЫВОДЫ

1. СХТБ/ХАП - синдром, тесно ассоциированный с психопатологией. Психопатологические синдромы, выявленные при СХТБ/ХАП представлены депрессивно-сенестоипохондрическим синдромом в 85,1% (63 чел.) и сенесто-ипохондрическим синдромом в 14,9% (11 чел.).
 - 1.1 Психические расстройства при СХТБ/ХАП представлены: депрессивным эпизодом в 63,5% (47 чел.), устойчивым соматоформным болевым расстройством в 14,9% (11 чел.), рекуррентным депрессивным расстройством в 13,5% (10 чел.), биполярным аффективным расстройством в 8,1%.
 - 1.2 Установлена статистически значимая связь (коэфф. корреляции Пирсона $r = 0,97$ (ОГ), $r = 0,82$ (КГ1), ($p < 0,001$) между продолжительностью персистирования боли и продолжительностью психического расстройства у больных СХТБ/ХАП.
2. Для мужчин, страдающих СХТБ/ХАП, характерна акцентуация характера по застревающему типу в 52,7% (39 чел.), алекситимия в 82,4% (61 чел.), катастрофизация в 36,5% (27 чел.) и поведение избегания в 33,8% (25 чел.) (статистически значимые различия с группой здоровых, $p \leq 0,001$).
3. У больных, страдающих СХТБ/ХАП, имеет место дисбаланс нейромедиаторных систем (серотониновой и катехоламиновой). Нарушения в системе катехоламиновой нейротрансмиссии состоят в низкой суточной экскреции адреналина — 13,0 (6,0; 20,0) мкг/сут, норадреналина — 44,5 (36,0; 59,0) мкг/сут и дофамина — 234 (166; 342) мкг/сут (различия между группами СХТБ и здоровых статистически значимы, $p < 0,001$). Для больных, страдающих абактериальным воспалительным простатитом, характерен статистически значимо ($p < 0,001$) низкий уровень серотонина крови — 56,0 (48,0; 83,0) нг/мл.

4. Лечебный подход, основанный на клинико-патогенетической оценке состояния, предусматривающий активное выявление психопатологических проявлений и оценку характеристик систем нейромедиации, включающий психофармакотерапию и психотерапию, оказался эффективным у 78,38% (58 чел.) больных.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Всех пациентов с СХТБ/ХАП необходимо скринировать на предмет выявления психических расстройств, проводить анализ выявленной психопатологической симптоматики, верифицировать психопатологические синдромы и психические расстройства, что позволит своевременно начать соответствующую терапию.

2. Пациентам с СХТБ/ХАП целесообразно проводить анализ нейромедиаторных систем головного мозга с целью выбора более эффективной терапии.

3. Для эффективной терапии СХТБ/ХАП необходимо применять разработанный «Способ лечения синдрома хронической тазовой боли».

Перспективы дальнейшей разработки темы

Настоящее исследование имеет ряд ограничений.

В исследование включен узкий круг пациентов – только больные с простатическим вариантом СХТБ/ХАП. Перспективным представляется включение более широкой выборки больных, объединяющей все варианты СХТБ, учитывая случаи СХТБ у женщин, что обусловит возможность выявления нюансов клинических особенностей психопатологии у пациентов с различными вариантами СХТБ, не ограниченные простатическим вариантом и полом пациента.

Следующим ограничением является набор пациентов исключительно в амбулаторных условиях. Интересным представляются аналогичные исследования, выполненные в условиях стационара у более тяжелой когорты больных, а также пациентов с ограничением или утратой трудовых функций.

Не у всех участников настоящего исследования была возможность достаточной оценки катамнеза. Сведения, касающиеся нюансов развития психопатологии и СХТБ/ХАП, первичности их возникновения относительно друг

друга, синдромов на протяжении расстройства, синдромотаксиса и синдромотаксиса позволили бы расширить поле клинических особенностей психопатологии и СХТБ/ХАП.

Целесообразно проведение подобных исследований с увеличением числа пациентов за счет ресурсов стационаров, возможно, частных клиник. Дополнительное включение катамнестической оценки таких случаев позволит получить более полную информацию о патокинезе расстройства.

Нельзя не отметить ряд факторов, обративших на себя внимание за время проведения настоящего исследования, однако оставшихся за пределами его целей. К ним следует отнести сравнение клинических особенностей психопатологии и СХТБ/ХАП в зависимости от тяжести выявленных психических расстройств, сравнение эффективности фармакотерапии и психотерапии данных пациентов.

Актуальным на сегодняшний день является вопрос внедрения стандартов и клинических рекомендаций в повседневную врачебную деятельность. Разработка алгоритмов и клинических рекомендаций психофармакотерапии и психотерапии у пациентов СХТБ/ХАП поможет существенно оптимизировать помощь таким больным. Важную роль также будет играть вопрос преемственности между стационарным и амбулаторным звеном психиатрической и урологической служб с целью обеспечения континуальности помощи пациентам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства. Руководство для врачей / Ю.А. Александровский. — М.: Медицина, 2002. — 400 с.
2. Анохин, П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем / П.К. Анохин. — М.: Медицина, 1980. — 216 с.
3. Барановский А.П. Синдром хронической тазовой боли / А.П. Барановский, М. Фол. — М.: Европейская ассоциация урологов, 2011. — 101 с.
4. Барденштейн, Л.М., Славгородский Я.М., Молодецких А.В., Алешкина Г.А. Основы психофаркотерапии / Л.М. Барденштейн, Я.М. Славгородский, А.В. Молодецких. — М.: РИО МГМСУ, 2018. — 110 с.
5. Барулин, А.Е. Современные подходы к терапии хронической тазовой боли / А.Е Барулин, О.В. Курушина, В.В. Думцев // Российский медицинский журнал. — 2016. — № 13. — С. 847-851.
6. Белоусов, И.И. Клинические особенности воспалительной и невоспалительной форм хронического абактериального простатита / И.И. Белоусов, А.В. Шангичев, М.И. Коган // Медицинский вестник Башкортостана. — 2013. — № 2. — С.14-16.
7. Березанцев, А.Ю. Некоторые актуальные вопросы психопатологии телесной сферы / А.Ю. Березанцев // Рос. психиат. журн. — 2000. — № 6. — С. 11-18.
8. Буренина, Н.И. Психопатологическая дифференциация патологических телесных ощущений / Н.И. Буренина // Журнал невропат и психиатр. — 1997. — № 6. — С. 22-26.
9. Волель, Б.А. Подходы к терапии депрессий в клинической практике / Б.А. Волель, О.Ю. Сорокина // Медицинский совет. — 2018. — №1. — Р. 118-122.

10. Данилов, А.Б. Нейропатическая боль / А.Б. Данилов, О.С. Давыдов. — М.: Боргес, 2007.
11. Дробижев, М.И. Медицинская психосоматика. По поводу одной даты / М.И. Дробижев, А.А. Овчинников, К.И. Ретюнский // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2011. — Т. 3, № 2. — С. 73-80.
12. Дробижев, М.Ю. Депрессии у больных, наблюдающихся врачами разных специальностей в общей медицине / М.Ю. Дробижев, Е.А. Макух // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. — 2007. — № 4. — Р. 33-39.
13. Клиническая психиатрия. Избранные лекции: Учебное пособие / Под ред. Л.М. Барденштейна, Б.Н. Пивня, В.А. Молодецких. — М.: ИНФРА-М, 2014. — 432 с.
14. Клиническая психометрика / под ред. В.А. Солдаткина. — Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. — 312 с.
15. Крылов, В.И. Психопатология телесной перцепции / В.И. Крылов // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Т. 8, № 2. — С. 15-20.
16. Крючкова, М.Н. «Псевдоневротическая» шизофрения или соматоформное расстройство? / М.Н. Крючкова, В.А. Солдаткин, В.Д. Менделевич, Ю.П. Сиволап и др. // «Неврологический вестник». Журнал имени В.М. Бехтерева. — 2017. — Т. L. — Выпуск 2. — С. 89–97.
17. Крючкова, М.Н. Влияние стриктурной болезни уретры и уретропластики на тревожность и депрессию у мужчин / М.Н. Крючкова, М.И. Коган, Б.Г. Амирбеков, и др. // Урология. — 2018. — № 5. — С. 66–68.
18. Крючкова, М.Н. Тестостерон и его роль при депрессии. Обзор литературы / М.Н. Крючкова, Ю.Ю. Осадший, В.А. Солдаткин, Н.И. Барыкина // Журнал психиатрии и психофармакотерапии им. П.Б. Ганнушкина. — 2020. — Т.22. — № 1. — С. 28–35.
19. Кукушкин, М.Л. Новые методы фармакотерапии хронической боли / М.Л. Кукушкин [и др.] // Consilium Medicum. — 2018. — Т.20, № 9. — С.113–117.

20. Кукушкин, М.Л. Общая патология боли / М.Л. Кукушкин, Н.К. Хитров. — М.: Медицина, 2004.
21. Кукушкин, М.Л. Хроническая боль / М.Л. Кукушкин // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2010. — Т. 2, № 3. — С.23-34.
22. Ланг, Т. Статистический анализ и методы в публикуемой литературе (САМПЛ) / Т. Ланг, Д. Альтман // Медицинские технологии. Оценка и выбор. — 20 14 — №1(15). — С. 11–16.
23. Медведев, В.Э. Дифференцированный подход к терапии депрессий / В.Э. Медведев // Психическое здоровье. — 2015. — № 3. — С. 45-53.
24. Медведев, В.Э. Метаанализ при оценке антидепрессивной эффективности / В.Э. Медведев // Дневник психиатра. — 2015. — № 3. — С 19-21.
25. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10 пересмотр. — М.: Медицина, 2003. — 2466 с.
26. Осадший, Ю.Ю. Есть ли основания для различий между мужской и женской депрессией? Обзор литературы / Ю.Ю. Осадший, М.Н. Крючкова, И.Н. Барыкина, С.М. Баканов // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2019. —Т. 21. — №1. — С. 47–60.
27. Осипова, В.В. Психологические аспекты боли / В.В. Osipova // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2010. — Т. 2, № 1. — С. 4-9.
28. Психиатрия. Ростовская научно-педагогическая школа: учебник / под ред. В. А. Солдаткина. — Ростов н/Д: Профпресс, 2016. — 1080 с.
29. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Ю.А. Александровского, Н. Г. Незнанова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 1891 с.
30. Психиатрия: руководство для врачей / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 495 с.
31. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных / О.Ю. Реброва. — М.: Изв-о «Медиасфера», 2006. — 312 с.
32. Семке, В.Я. Истерические состояния: монография / В.Я. Семке. — М.: Медицина, 1988. — 224 с.

33. Смулевич, А.Б. Дифференциальный диагноз в психосоматике / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, А.Н. Львов // Психические расстройства в общей медицине. — 2010. — № 3. — С. 4-15.
34. Смулевич, А.Б. Ипохондрия и соматоформные расстройства / А.Б. Смулевич, А.О. Фельц, М.О. Лебедева. — М.: Медицина, 1992. — 176 с.
35. Смулевич, А.Б. Психосоматические расстройства в клинической практике: учеб. пособие / А.Б. Смулевич. — М.: МЕДпресс-информ, 2016. — 776 с.
36. Смулевич, А.Б. Соматоформные расстройства / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, А.О. Фельц, И.В. Морковкина. — М.: Медицина, 1992. — 102 с.
37. Способ выбора тактики лечения синдрома хронической тазовой боли: пат. 2692644 Рос. Федерация: МПК А61К 31/137, А61Р 25/24, А61К 31/554, А61Р 25/18, G01N 33/48, А61М 21/00 / В.А. Солдаткин, М.Н. Крючкова, Х.С. Ибишев и др.; заявитель и патентообладатель В.А. Солдаткин. — 2018118763; заявл. 21.05.2018; опубл. 25.06.2019. Бюл. № 45.
38. Способ выбора тактики лечения простатического варианта синдрома хронической тазовой боли: пат. 2750017 Рос. Федерация: МПК 51, А61В 10/00 (2020.08) / В.А. Солдаткин, М.Н. Крючкова; заявитель и патентообладатель ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. — 2020122236; заявл. 30.06.2020; опубл. 21.06.2021. Бюл. № 18.
39. Цыганков, Б.Д., Ялтонская, А.В. Групповая когнитивно-поведенческая психотерапия в лечении депрессивных расстройств // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2012; — № 112(10). — С. 68-74.
40. Эглитис, И.Р. Сенестопатии / И.Р. Эглитис. — Рига: Знания, 1977. — 107 с.
41. Яхно, Н.Н. Хроническая боль: медико-биологические и социально-экономические аспекты / Н.Н. Яхно, М.Л. Кукушкин // Вестник РАМН. — 2012. — № 9. — С. 56-58.
42. Ahn, S.G. Depression, anxiety, stress perception in Korean military patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / S.G. Ahn [et al.] // Korean Journal of Urology. — 2012. — Vol. 53, № 9. — P. 643-648.

43. Ahn, S.G. Coping strategies in Korean military patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / S.G. Ahn [et al.] // Korean Journal of Urology. — 2011. — Vol. 52, № 7. — P. 346-351.
44. Aktar, N. Recent advances in pharmacological interventions of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / N. Aktar [et al.] // Current Pharmaceutical Design. — 2021 — Vol.27, № 25. — P.2861 — 2871.
45. Albrecht, R. Chronic pelvic pain syndrome and personality - Association of somatic symptoms and psychic structure / R. Albrecht [et al.] // Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie. — 2015. — Vol. 65, № 11. — P. 418-425.
46. Allaire, C. Chronic pelvic pain in an interdisciplinary setting: 1-year prospective cohort / C. Allaire [et al.] // 2018 American Journal of Obstetrics and Gynecology. — 2018. — Vol. 218, №1. — P. 114-126.
47. Anderson, R.U. Psychometric Profiles and Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Function in Men With Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome / R.U. Anderson [et al.] // Journal of Urology. — 2008. — Vol. 179, № 3. — P. 956-960.
48. Anderson, R.U. Sexual Dysfunction in Men With Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: Improvement After Trigger Point Release and Paradoxical Relaxation Training / R.U. Anderson [et al.] // Journal of Urology. — 2006. — Vol. 176, № 4. — P. 1534-1539.
49. Anderson, R.U. Sexual Dysfunction in Men With Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: Improvement After Trigger Point Release and Paradoxical Relaxation Training / R.U. Anderson [et al.] // Journal of Urology. — 2006. — Vol. 176, №. 4. — P. 1534-1539.
50. Anne, L.J. Psychological functioning of people living with chronic pain / L.J. Anne [et al.] // British Journal of Clinical Psychology. — 2014. — № 43. — P. 345–360.

51. Arda, E. Use of the UPOINT Classification in Turkish Chronic Prostatitis or Chronic Pelvic Pain Syndrome Patients / E. Arda [et al.] // *Urology*. — 2016. — № 97. — P. 227-231.
52. Armentrout, D. P. Pain-patient MMPI subgroups: The psychological dimensions of pain / D. P. Armentrout, J. E. Moore, J. C. Parker // *Journal of Behavioral Medicine*. — 2018. — Vol. 5, № 2. — P.201–211.
53. Aronoff, G. M. Pain: Psychiatric aspects of impairment and disability / G. M. Aronoff, J. M. Livengood // *Current Pain and Headache Reports*. — 2003. — Vol.7, № 2 — P. 105–115.
54. Arora, H.C. Gut microbiome and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / H.C. Arora, C. Eng, D.A. Shoskes // *Annals of Translational Medicine*. — 2017. — Vol. 5, № 2. — P.30-43.
55. Aubin, S. The Association between Sexual Function, Pain, and Psychological Adaptation of Men Diagnosed with Chronic Pelvic Pain Syndrome Type III / S. Aubin [et al.] // *J Sex Med*. — 2008. — № 5. — P. 657–667.
56. Aubin, S. Psychological adaptation of chronic pelvic pain syndrome type III / S. Aubin [et al.] // *Journal of Sexual Medicine*. —2009. — Vol. 3, № 1. — P. 201-2011.
57. Bahlani, S. I-STOP/PMP: A tool for monitoring prescription drug abuse in patients with chronic pain syndromes / S. Bahlani [et al.] // *Journal of Clinical Urology*. — 2015. — Vol. 8, № 5. — P. 329-333.
58. Bair, M. J. Depression and pain comorbidity: a literature review / M. J. Bair, R.L. Robinson, W. Katon // *Arch Intern Med*. — 2003. — № 163. — P. 2433–2445.
59. Baranowski, A.P. Male chronic pelvic pain syndrome and the role of interdisciplinary pain management / A.P. Baranowski [et al.] // *World Journal of Urology*. — 2013. — Vol. 31, № 4. — P. 779-784.
60. Barry, D.T. Opioids, chronic pain, and addiction in primary care / D.T. Barry [et al.] // *Journal of Pain*. — 2010. — Vol.11, № 12. — P. 1442-1450.

61. Bauer, M. Duloxetine: a new selective and dual acting antidepressant / M. Bauer, H.J. Moller, E. Schneider // *Expert Opin Pharmacother.* — 2006. — № 7. — P. 421–427.
62. Binder, I. The complexity of chronic pelvic pain exemplified by the condition currently called interstitial cystitis. Part 2: Treatment / I. Binder, G. Rossbach, A. Van Ophoven // *Aktuelle Urologie.* — 2008. — Vol. 39, № 4. — P. 289-297.
63. Bonaz, B. Diseases, Disorders, and Comorbidities of Interoception / B. Bonaz [et al.] // *Trends Neurosci.* — 2021 — Vol.44, № 1. — P.39-51.
64. Bonder, J.H. Myofascial Pelvic Pain and Related Disorders / J.H. Bonder, M. Chi // *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America.* — 2017. — Vol. 28, № 3. — P. 501-515.
65. Bradley, L. Multivariate analyses of the MMPI profiles of low back pain patients / L. Bradley [et al.] // *J. Behav. Med.* — 1978 — № 1. — P. 253-272.
66. Brünahl, C. Mental disorders in patients with chronic pelvic pain syndrome (CPPS) / C. Brünahl [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research.* — 2017. — № 98. — P. 19-26.
67. Brünahl, C. Mental disorders in patients with chronic pelvic pain syndrome (CPPS) / C. Brünahl [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research.* — 2017. — № 98. — P. 19-26.
68. Brünahl, C.A. Psychosomatische Aspekte des chronischen Unterbauschmerzsyndroms / C.A. Brünahl. — Berlin:Verlag Berlin Heidelberg, 2014.
69. Cahill, C.M. Mapping of neural activity produced by thermal pain in the healthy human spinal cord and brain stem: A functional magnetic resonance imaging study / C.M. Cahill, P.W.Stroman // *Magnetic Resonance Imaging.* — 2011. — Vol. 29, № 3. — P. 342-352.
70. Carey, E.T. Pharmacological Management of Chronic Pelvic Pain / E.T. Carey, S.R. Till, S. As-Sanie // *Drugs.* — 2017. — Vol. 77. № 3. — P. 285-301.
71. Centemero, A. The role of the multi-disciplinary team and multi-disciplinary therapeutic protocol in the management of the chronic pelvic pain. / A.

- Centemero [et al.] // *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*. — 2021 — Vol.93, № 2. — P. 211-214.
72. Chaturvedi, S.K. Psychalgic depressive disorder: a descriptive and comparative study / S.K. Chaturvedi // *Acta Psychiatr Scand*. — 1989. — № 79. — P. 98-102.
73. Chen, A. Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome treatment: A Systematic review of Sexual Health Outcomes / A. Chen [et al.] // *Sexual Medicine Reviews*. — 2021. — Vol.9, № 4. — P. 100 – 109.
74. Chen, A.C.N. New perspectives in EEG/MEG brain mapping and PET/fMRI neuroimaging of human pain International / A.C.N. Chen [et al.] // *Journal of Psychophysiology*. — 2001. — Vol. 42, № 2. — P. 147-159.
75. Chen, A. Chronic Pelvic Pain Patients Demonstrate Higher Catastrophizing in Association with Pelvic Symptoms and Comorbid Pain Diagnoses / A. Chen [et al.] // *Journal of Urology*. — 2021 . — Vol.150, № 4. — P. 146-150.
76. Chess-Williams, R. Chronic psychological stress and lower urinary tract symptoms / R. Chess-Williams [et al.] // *Low Urin Tract Symptoms*. — 2021 — Vol.11, № 2. — P. 127-134.
77. Chou, R. Opioids for Chronic Noncancer Pain: Prediction and Identification of Aberrant Drug-Related Behaviors: A Review of the Evidence for an American Pain Society and American Academy of Pain Medicine Clinical Practice Guideline / R. Chou [et al.] // *Journal of Pain*. — 2009. — Vol.10, № 2. — P. 131-146.
78. Clemens, J.Q. Urologic chronic pelvic pain syndrome: insights from the MAPP Research Network / J.Q. Clemens // *Nature Reviews Urology*. — 2018. — Vol. 16, № 3. — P.187-200.
79. Cocksedge, B.A. Depression and pain: the need for a new screening tool / B.A. Cocksedge, R. Shankar, S. Simon // *Progr Neurol Psychiatr*. — 2016. — № 2. — P. 26-32.
80. Cocksedge, K. Depression and pain: the need for a new screening tool / K. Cocksedge [et al.] // *Progr Neurol Psychiatr*. — 2016. — № 1-1. — P. 26-32.

81. Coluzzi, F. From acute to chronic pain: Tapentadol in the progressive stages of this disease entity / F. Coluzzi [et al.] // *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. — 2017. — Vol. 21, № 7. — P. 1672-1683.
82. Cortelli, P. Nociception and autonomic nervous system / P. Cortelli [et al.] // *Neurological Sciences*. — 2013. — Vol. 34, № 1. — P. 41-46.
83. Crofts, M. How to manage the chronic pelvic pain syndrome in men presenting to sexual health services / M. Crofts [et al.] // *Sex Transm Infect*. — 2014. — №1. — P. 1–4.
84. Crofts, M. How to manage the chronic pelvic pain syndrome in men presenting to sexual health services / M. Crofts [et al.] // *Sexually Transmitted Infections*. — 2014. — Vol. 90, № 5. — P. 370-373.
85. Cuijpers, P. Internetadministered cognitive behavioral therapy for health problems: a systematic review / P. Cuijpers, A. van Straten, G. Andersson // *J Behav Med*. — 2008. — № 31. — P. 169–177.
86. Currie, S.R. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population / S.R. Currie, J. Wang // *Pain*. — 2004. — Vol.107, № 1-2. — P. 54-60.
87. Curtis Nickel, J. Medical marijuana for urologic chronic pelvic pain / J. Curtis Nickel // *Canadian Urological Association Journal*. — 2018. — Vol. 12, № 63. — P. 181-S183.
88. de Carvalho, A.C.F. Associations between chronic pelvic pain and psychiatric disorders and symptoms / A.C.F. de Carvalho [et al.] // *Revista de Psiquiatria Clinica*. — 2015. — Vol. 42, № 1. — P. 25-30.
89. Dean, A.T. Managing psychosocial correlates of urologic chronic pelvic pain syndromes: Advice from a urology pain psychologist / A.T. Dean [et al.] // *2018 Canadian Urological Association Journal*. — 2018. — Vol. 12, № 6. — P.175-S177.
90. Decety, J. Atypical empathic responses in adolescents with aggressive conduct disorder: A functional MRI investigation / J. Decety [et al.] // *Biological Psychology*. — 2009. — Vol. 80, № 2. — P. 203-211.

91. Di Tella, M. Alexithymia e Fibromyalgia: clinical evidence / M. Di Tella, L. Castelli // *Front Psychol.* — 2013. — № 4. — P. 909-1011.
92. Di Tella, M. Alexithymia in Chronic Pain Disorders / M. Di Tella, L. Castelli // *Current Rheumatology Reports.* — 2016. — Vol.18, №7. — P. 54-61.
93. Di Tella, M. Alexithymia in Chronic Pain Disorders / M. Di Tella, L. Castelli // *Current Rheumatology Reports.* — 2016. — Vol.18, №7. — P. 54-61.
94. Di Tella, M. Alexithymia in Chronic Pain Disorders / M. Di Tella, L. Castelli // *Current Rheumatology Reports.* — 2016. — Vol. 18, № 7. — P. 405-412.
95. Doggweiler, R. Urethral Syndrome: Infection, chronic pain, dysfunction and/or a psychosomatic disease? / R. Doggweiler, A. Reitz // *Praxis.* — 2017. — Vol. 106, № 23. — P.1279-1284.
96. Doiron, R.C. The evolving clinical picture of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): A look at 1310 patients over 16 years / R.C. Doiron [et al.] // *Canadian Urological Association Journal.* — 2018. — Vol. 12, № 6. — P. 196-202.
97. Edwards, R.R. Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases / R.R. Edwards [et al.] // *Nat Rev Rheumatol.* — 2011. — Vol.7, № 4. — P. 216–24.
98. Farmer, T. Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: a Literature Review of NIH III Prostatitis / T. Farmer [et al.] // *Current Bladder Dysfunction Reports.* — 2019. — Vol. 14, № 2. — P. 83-89.
99. Ferris, J.A. National prevalence of urogenital pain and prostatitis-like symptoms in Australian men using the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptoms Index / J.A. Ferris [et al.] // *BJU International.* — 2010. — Vol.105, № 3. — P. 373-379.
100. Franco, J.V.A. Non-pharmacological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a Cochrane systematic review / J.V.A. Franco [et al.] // *BJU International.* — 2019. — № 2. — P. 78-84.

101. Gatchel, R. J. Comorbidity of Chronic Pain and Mental Health Disorders: The Biopsychosocial Perspective / R. J. Gatchel [et al.] // *American Psychologist*. — 2004. — Vol. 59, № 8. — P. 795–805.
102. Giannantoni, A. The efficacy and safety of duloxetine in a multidrug regimen for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / A. Giannantoni [et al.] // *Urology*. — 2014. — Vol. 83, № 2. — P. 400-405.
103. Ginting, J.V. Self-reported spousal support modifies the negative impact of pain on disability in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / J.V. Ginting, D.A. Tripp, J.C. Nicke // *Journal of Urology* — 2011. — № 78. — P. 1137-1141.
104. Glaros, A.G. Alexithymia and pain in temporomandibular disorder / A.G. Glaros, M.A. Lumley // *J Psychosom Res*. — 2005. — № 59. — P. 85–88.
105. Glatzer, J. Autochtone Asthenien / J. Glatzer [et al.]// *Forstseh Newrol Psychiat*. — 1972. — Vol. 40, № 8. — P. 596–619.
106. Gross, J., Vetter, J., Lau, H.H. Clinical Presentation of Urologic Chronic Pelvic Pain Syndrome (UCPPS) Varies with Presenting Age - Implication on Patient Evaluation / J. Gross, J. Vetter, H.H. Lau // *Journal of Urology*. — 2021 — Vol.154, № 10. — P. 221 — 226.
107. Hamoda, T.A. Treatment of refractory category III nonbacterial chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A prospective controlled study / T.A. Hamoda, H.A. Mosli // *Canadian Journal of Urology*. — 2018 — Vol. 25, № 2. — P. 9273-9280.
108. Hao, Z. Symptoms, sexual dysfunction and psychological burden in Chinese men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / Z. Hao [et al.] // *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*. — 2016. — Vol. 9, № 2. — P. 4372-4379.
109. Hohenfellner, U. Psychological comorbidities in patients with psychosomatic disorders of micturition / U. Hohenfellner // *Urologe*. — 2016. — Vol.55, № 8. — P. 1109-1120.

110. Hohenfellner, U. Psychosomatic urology: How to treat chronic urological diseases / U. Hohenfellner // Aktuelle Urologie. — 2019. — Vol. 50, № 2. — P. 184-189.
111. Hooten, W.M. Chronic Pain and Mental Health Disorders: Shared Neural Mechanisms, Epidemiology, and Treatment / W.M. Hooten [et al.] // Mayo Clinic Proceedings. — 2016. — Vol. 91, № 7. — P. 955-970.
112. Howe, C.Q. Psychiatric and Psychological Perspectives on Chronic Pain / C.Q. Howe, J.P. Robinson // Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America. — 2015. — Vol. 26, № 2. — P. 283-300.
113. Iannetti, G.D. From the neuromatrix to the pain matrix / G.D. Iannetti, A. Mouraux // Experimental Brain Research. — 2010. — Vol. 205, № 1. — P.1-12.
114. Johannes, C.B. The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an Internet-based survey / C.B. Johannes [et al.] // Pain. — 2016. — Vol. 11, № 11. — P.1230–1239.
115. Jun-Jie, C. Prostatic Calculi: Do They Matter? / C. Jun-Jie [et al.] // Sex Med Rev. — 2017. — № 8. — P. 1-10.
116. Katz, J. Chronic Pain, Psychopathology and DSM-5 Somatic Symptom Disorder / J. Katz, B. N. Rosenbloom, S. Fashler // The Canadian Journal of Psychiatry. — 2015. — Vol.60, № 4 — P. 160–167.
117. Kenyon, S. An extended evaluation of a dedicated male chronic pelvic pain clinic within a sexual health service / S. Kenyon, M. Crofts, P. Horner // Sexually Transmitted Infections. — 2014. — Vol.90, № 7. — P. 572 -592.110
118. Kessler, T.M. Chronic pelvic pain syndrome: light at the end of the tunnel? / T.M. Kessler // European Urology. — 2016. — № 69. — P. 298–299.
119. Koh, J.S. The impact of depression and somatic symptoms on treatment outcomes in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A preliminary study in a naturalistic treatment setting / J.S. Koh [et al.] // International Journal of Clinical Practice. — 2014. — Vol. 68, № 4. — P. 478-485.

120. Konkle, K.S. New paradigms in understanding chronic pelvic pain syndrome / K.S. Konkle, J.Q. Clemens // *Current Urology Reports*. — 2011. — Vol. 12, № 4. — P. 278-283.
121. Köteles, F. Somatosensory amplification – An old construct from a new perspective / F. Köteles, M. Witthöft // *Journal of Psychosomatic Research*. — 2017. — № 101. — P. 1–9.
122. Kroenke, K. Venlafaxine extended release in the short-term treatment of depressed and anxious patients with multisomatoform disorder / K. Kroenke [et al.] // *J Clin Psychiatry*. — 2006. — № 67. — P. 72–80.
123. Kuner, R. Central mechanisms of pathological pain / R. Kuner [et al.] // *Nature Medicine*. — 2010. — Vol.16, № 11. — P.1258-1266.
124. Kuo, T.L. Pelvic floor spasm as a cause of voiding dysfunction / T.L. Kuo, L.G. Ng, C.R. Chapple // *Current Opinion in Urology. Horner*. — 2015. — Vol. 25, № 4. — P. 311-316.
125. Kwon, J.K. Pain, catastrophizing, and depression in chronic prostatitis/ chronic pelvic pain syndrome / J.K. Kwon, I.H. Chang // *International Neurourology Journal*. — 2013. — Vol. 17, № 2. — P. 48-58.
126. Lai, H.H. Characterization of Whole Body Pain in Urological Chronic Pelvic Pain Syndrome at Baseline: A MAPP Research Network Study / H.H. Lai [et al.] // *Journal of Urology*. — 2017. — Vol. 198, № 3. — P. 622-631.
127. Lai, H.H. Characterization of Whole Body Pain in Urological Chronic Pelvic Pain Syndrome at Baseline: A MAPP Research Network Study / H.H. Lai, T. Jemielita, S. Sutcliffe // *Journal of Urology*. — 2017. — Vol. 198, № 3. — P. 622-631.
128. Lai, H.H. Polysymptomatic, polysyndromic presentation of patients with urological chronic pelvic pain syndrome / H.H. Lai [et al.] // *J Urology*. — 2012. — Vol. 187, № 6. — P. 2106-2112.
129. Lai, H.H. Polysymptomatic, polysyndromic presentation of patients with urological chronic pelvic pain syndrome / H.H. Lai [et al.] // *Journal of Urology*. — 2012. — Vol. 187, № 6. — P. 2106-2112.

130. Lai, H.H. Urological symptoms in a subset of patients with urological chronic pelvic pain syndrome and a polysymptomatic, polysyndromic pattern of presentation / H.H. Lai [et al.] // *Journal of Urology*. — 2014. — Vol.191, № 6. — P.1802-1807.
131. Latremoliere, A. Central sensitization: a generator of pain hypersensitivity by central neural plasticity / A. Latremoliere, W. Latremoliere // *J Pain*. — 2009. — Vol.10, № 9. — P. 895–926.
132. Latthe, P. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: A neglected reproductive health morbidity / P. Latthe [et al.] // *BMC Public Health*. — 2006. — № 10. — P.17-25. doi:10.1186/1471-2458-6-177.
133. Lauria-Horner, B.A. Pregabalin: a new anxiolytic / B.A. Lauria-Horner, R.B. Pohl // *Expert Opin Investig Drugs*. — 2003. — № 12. — P. 663–672.
134. Lee, J.H. Relationship between premature ejaculation and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / J.H. Lee, S.W. Lee // *Journal of Sexual Medicine*. — 2015. — Vol. 12, № 3. — P. 697-704.
135. Lee, S.W.H. Adverse Impact of Sexual Dysfunction in Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome / S.W.H. Lee [et al.] // *Urology*. — 2008. — Vol.71, №. 1. — P. 79-84.
136. Leeuw, M. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence / M. Leeuw [et al.] // *J Behav Med*. — 2007. — № 30. — P. 77–94.
137. Leonard, B.E. Pain, Depression and Inflammation: Are Interconnected Causative Factors Involved? / B.E. Leonard [et al.] // *Pain in Psychiatric Disorders*. — 2015. — № 30. — P. 22–35.
138. Leue, C. Functional urological disorders: A sensitized defence response in the bladder-gut-brain axis / C. Leue [et al.] // *Nature Reviews Urology*. — 2017. — Vol. 14, № 3. — P. 153-163.
139. Leue, C. Functional urological disorders: A sensitized defence response in the bladder-gut-brain axis / C. Leue, J. Kruiemel, D. Vrijens // *Nature Reviews Urology*. — 2017. — Vol. 14, № 3. — P. 153-163.

140. Li, H.J. Prevalence of sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a meta-analysis / H.J. Li, D.Y. Kang // *World Journal of Urology*. — 2016. — Vol. 34, № 7. — P. 1009-1017.
141. Lumley, M.A. Alexithymia and pain in three chronic pain samples: comparing Caucasians and African Americans / M.A. Lumley [et al.] // *Pain Med*. — 2005. — № 6. — P.251–611.
142. Lumley, M.A. Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research / M.A. Lumley [et al.] // *J Clin Psychol*. — 2011. — Vol. 67, № 9. — P. 942–68.
143. Magistro, G. Contemporary Management of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome / G. Magistro [et al.] // *European Urology*. — 2016. — Vol. 69, № 2. — P. 286-297.
144. Magri, V. Multidisciplinary approach to prostatitis / V. Magri, M. Boltri, T. Cai // *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*. — 2018. — Vol. 90, № 4. — P. 227-248.116
145. Magri, V. Multimodal therapy for category III chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in UPOINTS phenotyped patients / V. Magri [et al.] // *Experimental and Therapeutic Medicine*. — 2015. — Vol. 9, № 3. — P. 658-666.
146. Magri, V. Use of the UPOINT chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome classification in European patient cohorts: sexual function domain improves correlations / V. Magri [et al.] // *Journal of Urology* — 2010. — № 184. — P. 2339–2345.
147. Malykhina, A.P. Neural mechanisms of pelvic organ cross-sensitization / A.P. Malykhina [et al.] // *Neuroscience*. — 2007. — Vol. 149, № 3. — P. 660-672.
148. Martin, A. Relevance of Cognitive and Behavioral Factors in Medically Unexplained Syndromes and Somatoform Disorders / A. Martin, W. Rief // *Psychiatric Clinics of North America*. — 2011. — Vol. 34, № 3. — P. 565–578.
149. Martinez-Bianchi, V. Urologic chronic pelvic pain syndrome / V. Martinez-Bianchi, B.H. Halstater // *Prim Care*. — 2010. — Vol. 37, № 3. — P. 527-546.
150. May, A. Neuroimaging: Visualising the brain in pain / A. May [et al.] // *Neurological Sciences*. — 2007. — Vol. 28, № 2. — P. 101-S107.

151. McKernan, L.C. Psychosocial co-morbidities in Interstitial Cystitis/Bladder Pain syndrome (IC/BPS): A systematic review / L.C. McKernan [et al.] // *Neurourology and Urodynamics*. — 2018. — Vol. 37, № 3. — P. 926-941.
152. Melzack, R. The McGill Pain Questionnaire: appraisal and current status / R. Melzack, J. Katz. — New York: Guilford Press, 1992. — 176 p.
153. Melzack, R. The Puzzle of Pain / R. Melzack. — New York: Basic Books, 1973.
154. Miller-Matero, L.R. When treating the pain is not enough: a multidisciplinary approach for chronic pelvic pain / L.R. Miller-Matero // *Archives of Mental Health*. — 2016. — Vol. 19, № 2. — P. 349-354.
155. Mo, M. Sexual dysfunctions and psychological disorders associated with type IIIa chronic prostatitis: a clinical survey in China / M. Mo [et al.] // *Int Urol Nephrol*. — 2014. — № 8. — P. 7 - 19.
156. Mohiuddin, M. Efficacy and Safety of Drug Combinations for Chronic Pelvic Pain: Protocol for a Systematic Review / M. Mohiuddin [et al.] // *JMIR Res Protoc*. — 2021 — Vol.10, № 5. — P. 209 — 219.
157. Naliboff, B.D. Men and women with urologic chronic pelvic pain syndromes: case-control findings from the multidisciplinary approach to the study of chronic pelvic pain research network / B.D. Naliboff [et al.] // *J Urology*. — 2015. — № 85. — P. 1319-1327.
158. Naliboff, B.D. Temporal Relationships between Pain, Mood and Urinary Symptoms in Urological Chronic Pelvic Pain Syndrome: A MAPP Network Study / B.D. Naliboff [et al.] // *Journal of Urology*. — 2021 — Vol.205, № 6. — P. 1698-1703.
159. Naliboff, B.D. Widespread psychosocial difficulties in men and women with urologic chronic pelvic pain syndromes: Case-control findings from the multidisciplinary approach to the study of chronic pelvic pain research network / B.D. Naliboff, A.J. Stephens, N. Afari // *Urology*. — 2015. — Vol.85, № 6. — P. 1319-1327.
160. Nickel, C. Prostatitis / C. Nickel // *Journal of the Canadian Urological Association*. — 2011. — Vol. 5, № 5. — P. 306-315.

161. Nicolson, S. E. Comorbid Pain, Depression, and Anxiety / S. E. Nicolson [et al.] // *Harvard Review of Psychiatry*. — 2009. — Vol. 17, № 6. — P. 407–420.
162. Nicolson, S. E. Comorbid Pain, Depression, and Anxiety / S. E. Nicolson [et al.] // *Harvard Review of Psychiatry*. — 2009. — Vol. 17, № 6. — P. 407–420.69
163. Nicolson, S.E. Comorbid Pain, Depression, and Anxiety / S.E. Nicolson [et al.] // *Harvard Review of Psychiatry*. — 2008. — Vol. 11, № 3. — P. 319–324.
164. Nicolson, S.E. Comorbid Pain, Depression, and Anxiety of Urologic ChronicPelvic Pain / S.E. Nicolson [et al.] // *Harvard Review of Psychiatry*. — 2010. — Vol. 9, № 2. — P. 97-105.
165. Parker, J. Advancements in the Management of Urologic ChronicPelvic Pain: What is New and What Do We Know? / J. Parker [et al.] // *Curr Urol Rep*. — 2010. — № 11. — P. 286-291.
166. Paulman, P.M. Family medicine: Principles and practice / P.M. Paulman [et al.] // *Family Medicine: Principles and Practice*. — 2016. — № 4. — P. 1861-1863.
167. Payne, C.K. Urologic chronic pelvic pain / C.K. Payne [et al.] // *J Pain*. — 2012. — Vol. 153, № 4. — P.755-758.
168. Pierce, A.N. Stress and chronic pelvic pain / A.N. Pierce, J.A. Christianson // *Progress in Molecular Biology and Translational Science*. — 2015. — № 131. — P. 509-535.
169. Piontek, K. Somatic and psychosocial determinants of symptom severity and quality of life in male and female patients with chronic pelvic pain syndrome / K. Piontek [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. — 2019. — № 120. — P. 1-7.
170. Ploteau, S. New concepts on functional chronic pelvic and perineal pain: Pathophysiology and multidisciplinary management / S. Ploteau [et al.] // *Discovery Medicine*. — 2015. — Vol.19, № 104. — P.185-192.
171. Ploteau, S. New concepts on functional chronic pelvic and perineal pain: Pathophysiology and multidisciplinary management / S. Ploteau, J.J. Labat, T. Riant // *Discovery Medicine*. — 2015. — Vol.19, № 104. — P. 185-192.

172. Polackwich, A.S. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A review of evaluation and therapy *Prostate Cancer and Prostatic Diseases* / A.S. Polackwich // *European Urology*. — 2016. — Vol.19, № 2. — P. 132-138.
173. Polackwich, A.S. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A review of evaluation and therapy *Prostate Cancer and Prostatic Diseases* / A.S. Polackwich // *European Urology*. — 2016. — Vol.19, №2. — P. 132-138.
174. Pontifex, A. How Might We Screen for Psychological Factors in People With Pelvic Pain? An e-Delphi Study / A. Pontifex[et al.] // *Journal of Physical Therapy Science*. — 2021 — Vol.101, № 4. — P. 279-286.
175. Potts, J. M. Urologic chronic pelvic pain / J. M. Potts, K. Christopher // *Payne*. — 2012. — № 153. — P. 755–758.
176. Prokop, C. Multivariate analysis of the MMPI profiles of patients with multiple pain complaints / C. Prokop [et al.] // *J. Personal. Assess.* — 1980. — № 44. — P. 246-252.
177. Propert, K.J. A prospective study of symptoms and quality of life in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: The National Institutes of Health chronic prostatitis cohort study / K.J. Propert [et al.] // *Journal of Urology*. — 2006. — Vol. 175, № 2. — P. 619-623.
178. Quaghebeur, J. The innervation of the bladder, the pelvic floor, and emotion: A review / J. Quaghebeur [et al.] // *Autonomic Neuroscience*. — 2021 . — № 10. — P. 87-96.
179. Quartana, P.J. Pain catastrophizing: a critical review / P.J. Quartana, C.M. Campbell, R.R. Edwards // *Expert Rev Neurother.* — 2009. — № 9. — P. 745–58.
180. Ramsden, S. Chronic pelvic pain in men / S. Ramsden, H. Isotta-Day, P. Horner // *Medicine (United Kingdom)*. — 2018. — Vol. 46, № 6. — P. 337-341.
181. Ramsden, S. Chronic pelvic pain in men *Medicine (United Kingdom)* / S. Ramsden, H. Isotta-Day, P. Horner. — 2018. — Vol. 46, № 6. — P.337-341.
182. Ramsden, S. Chronic pelvic pain in men / S. Ramsden, H. Isotta-Day, P. Horner // *Medicine (United Kingdom)*. — 2018. — Vol. 46, № 6. — P. 337-341.

183. Rees, J. Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A consensus guideline / J. Rees [et al.] // *BJU International*. — 2015. — Vol. 116, № 4. — P. 509-525.
184. Rees, J. Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A consensus guideline / J. Rees [et al.] // *BJU International*. — 2015. — Vol. 116, № 4. — P. 509-525.
185. Richter, M. Do words hurt? Brain activation during the processing of pain-related words / M. Richter [et al.] // *Pain*. — 2010. — Vol. 148, № 2. — P. 198-205.
186. Riegel, B. Assessing psychological factors, social aspects and psychiatric comorbidity associated with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS) in men—a systematic review / B. Riegel, C.A. Bruenahl, S Ahyai [et al.] // *J Psychosomatic Research*. — 2014. — № 77. — P. 333-350.
187. Ruiz Cerdá, J.L. Urethral and scrotal pain syndromes / J.L. Ruiz Cerdá [et al.] // *Actas Urologicas Espanolas*. — 2007. — Vol. 31, № 4. — P. 338-344.
188. Salonia, A. European Association of Urology Guidelines on Sexual and Reproductive Health -2021 Update: Male Sexual Dysfunction / A. Salonia [et al.] // *European Urology* — 2021 — Vol.80, № 2. — P. 113-142.
189. Samplaski, M.K. Clustering of UPOINT domains and subdomains in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and contribution to symptom severity / M.K. Samplaski [et al.] // *Journal of Urology*. — 2012. — № 188. — P. 1788-1793.
190. Samplaski, M.K. Inclusion of Erectile Domain to UPOINT Phenotype Does Not Improve Correlation With Symptom Severity in Men With Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome / M.K. Samplaski, J. Li, D.A. Shoskes // *Urology*. — 2011. — № 78. — P. 653–658.
191. Sandhu, J. Recent advances in managing chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / J. Sandhu // *F1000Research*. — 2017. — № 6. — P. 1747-1758.
192. Schaeffer, E.M. Re: Prevalence of Sexual Dysfunction in Men with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Meta-Analysis / E.M. Schaeffer [et al.] // *Journal of Urology*. — 2017. — Vol. 198, № 6. — P. 1190 - 1216.

193. Schneider, H. Prostate-related pain in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / H. Schneider [et al.] // *BJU International*. — 2005. — № 95. — P. 238–243.
194. Schopflocher, D. The prevalence of chronic pain in Canada / D. Schopflocher, P. Taenzer, R. Jovey // *Pain*. — 2015. — Vol. 16, № 6. — P. 445–450.
195. Semenchuk, M.R. Double-blind, randomized trial of bupropion SR for the treatment of neuropathic pain / M.R. Semenchuk, S. Sherman, B. Davis // *Neurology*. — 2001. — № 57. — P. 1583–1588.
196. Shah, N. Update in Diagnosis and Treatment of Chronic pelvic pain Syndromes / N. Shah [et al.] // *Current Bladder Dysfunction Reports*. — 2018 — Vol. 10, № 3. — P. 198-206.
197. Shoskes, D.A. Classification and treatment of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome using the UPOINT system / D.A. Shoskes, J.C. Nickel // *World Journal of Urology*. — 2013. — Vol. 31, № 4. — P. 755-760.
198. Shoskes, D.A. Development of a Clinically Relevant Men's Health Phenotype and Correlation of Systemic and Urologic / D.A. Shoskes [et al.] // *Conditions Urology*. — 2018. — № 114. — P. 77-82.
199. Shoskes, D.A. The Challenge of Erectile Dysfunction in the Man with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome / D.A. Shoskes [et al.] // *Curr Urol Rep*. — 2012. — № 13. — 263–267.
200. Smallwood, R.F. Structural brain anomalies and chronic pain: A quantitative meta-analysis of gray matter volume / R.F. Smallwood, A.R. Laird, A.E. Ramage // *Journal of Pain*. — 2013. — Vol. 14, № 7. — P.663-675.
201. Stamatiou, K. Sexuality, Sexual Orientation and Chronic Prostatitis / K. Stamatiou [et al.] // *Journal Sex Marital*. — 2021 — Vol.47, № 3. — P. 281-284.
202. Steele, A. Opioid use and depression in chronic pelvic pain / A. Steele [et al.] // *Obstetrics Clinics of North America*. — 2014. — Vol. 41, № 3. — P. 491-501.
203. Sullivan, M. The pain catastrophizing scale / M. Sullivan // *European Urology*. — 2014. — Vol. 64, № 2. — P. 373-382.

204. Taylor, G.J. Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment / G.J. Taylor // *Am J Psychiatry*. — 1984. — № 141. — P.725–32.
205. Thompson, T. Is Pain Perception Altered in People With Depression? A Systematic Review and Meta-Analysis of Experimental Pain Research / T. Thompson // *Journal of Pain*. — 2016. — Vol. 17, № 12. — P. 1257-1272.
206. Tran, C.N. Sexual dysfunction in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / C.N. Tran, D.A. Shoskes // *World Journal of Urology*. — 2013. — Vol. 31, № 4. — P. 741-746.
207. Tripp, D.A. A 2-year follow-up of quality of life, pain, and psychosocial factors in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and their spouses / D.A. Tripp [et al.] // *World Journal of Urology*. — 2013. — Vol. 31, № 4. — P. 733-739.
208. Vesela, R. The potential of non-adrenergic, non-cholinergic targets in the treatment of interstitial cystitis/painful bladder syndrome / R. Vesela [et al.] // *Journal of Physiology and Pharmacology*. — 2012. — Vol. 63, № 3. — P. 209-216.
209. Vij, S.C. Correlation of self-reported urologic symptoms with systemic health conditions in minority men / S.C. Vij [et al.] // *Translational Andrology and Urology*. — 2017. — Vol. 6, № 5. — P. 883-887.
210. Vinarov, A.Z. Modern view on etiology, pathogenesis and treatment of chronic pelvic pain syndrome / A.Z. Vinarov // *Urologiia*. — 2017. — № 1. — P. 114-122.
211. Vlaeyen, J.W.S. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art / J.W.S. Vlaeyen, S.J. Linton // *Pain*. — 2000. — № 85. — P. 317–332.
212. Waddell, G. Clinical assessment and interpretation of abnormal illness behavior in low back pain / G. Waddell, I. Pilowsky, M. Bond // *Pain*. — 1989. — № 39. — P. 41–53.
213. Waddell, G. Low-back disability: a syndrome of Western Civilization / G. Waddell // *Neurosurg Clin North Am*. — 1991. — № 2. — P.719-738.

214. Wagenlehner, F.M.E. National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) symptom evaluation in multinational cohorts of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / F.M.E. Wagenlehner // *European Urology*. — 2013. — Vol. 63, № 5. — P. 953-959.
215. Wallden Jo Nijs, M. Before & beyond the pain – Allostatic load, central sensitivity and their role in health and function / M. Wallden Jo Nijs [et al.] // *Journal of Bodywork and Movement Therapies* — 2021 — Vol.27, № 4. — P. 388-392.7/1.
216. Wang, J. Psychotherapy combined with drug therapy in patients with category III chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A randomized controlled trial International / J. Wang [et al.] // *Journal of Urology*. — 2018. — Vol. 25, № 8. — P. 710-715.
217. Xia, D. Fluoxetine ameliorates symptoms of refractory chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / D. Xia [et al.] // *Chinese Medical Journal*. — 2011. — Vol.124, № 14. — P. 2158-2161.
218. Yosef, A. Chronic pelvic pain: Pathogenesis and validated assessment / A. Yosef [et al.] // *Middle East Fertility Society Journal*. — 2016. — Vol. 21, № 4. — P. 205-221.
219. Zhang, M. Clinical study of duloxetine hydrochloride combined with doxazosin for the treatment of pain disorder in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / M. Zhang [et al.] // *Medicine (United States)*. — 2017. — Vol. 96, № 10. — P. 43-62.
220. Zhang, M. Clinical study of duloxetine hydrochloride combined with doxazosin for the treatment of pain disorder in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / M. Zhang [et al.] // *Medicine (United States)*. — 2017. — Vol. 96, № 10. — P. 624-633.
221. Zhang, Z.C. UPOINT system: a new diagnostic/therapeutic algorithm for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / Z.C. Zhang, J. Peng // *National journal of Andrology*. — 2013. — Vol.19, №7. — P. 579-582.