

Опросник НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих — новый инструмент оценки хронической тазовой боли и нарушения функции тазовых органов

© О.Ю. ФОМЕНКО¹, Ю.А. ШЕЛЫГИН¹, Д.Б. НИКИТЮК², С.В. МОРОЗОВ², Б.Н. БАШАНКАЕВ³, Г.В. ПОРЯДИН⁴, М.Ю. МАРТЫНОВ⁴, Д.А. МОРОЗОВ^{4,5}, И.А. АПОЛИХИНА^{5,6}, Т.А. ТЕТЕРИНА⁶, О.Н. ДРЕВАЛЬ⁷, Д.А. ЧАГАВА^{7,8}, Ж.М. САЛМАСИ⁴, С.С. НИКИТИН⁹, Е.А. КАТУНИНА^{4,10}, Г.Р. КАСЯН³, М.Ю. ГВОЗДЕВ³, Е.М. ТРОШИНА¹¹, М.М. КОПАЧКА¹¹, А.Г. КУЛИКОВ¹², Е.А. ТУРОВА¹², Д.В. РОМАНОВ^{5,13}, А.С. ШКОДА¹⁴, А.А. РЕУТОВА¹⁴, А.С. РУМЯНЦЕВ¹⁴, Е.С. ФОМЕНКО¹⁴, А.А. ПОПОВ¹⁵, А.А. ФЕДОРОВ¹⁵, В.Н. КОМАНЦЕВ¹⁶, Е.В. ЕКУШЕВА^{10,17}, В.Б. ВОЙТЕНКОВ¹⁰, С.Г. НИКОЛАЕВ¹⁸, В.С. ГРОШИЛИН¹⁹, П.Г. ГЕНОВ²⁰, В.В. РОМИХ²¹, А.В. ЗАХАРЧЕНКО²¹, П.В. ШОРНИКОВ²², М.В. СИНКИН²³, О.Э. ДИЛАНЯН²⁴, Э.Д. ИСАГУЛЯН¹¹, Д.Р. МАРКАРЬЯН²⁵, Е.Ю. ГЛУХОВ²⁶, В.Н. КИСЕЛЕВ²⁷, О.Ю. МАЛИНИНА²⁸, В.А. МАРЧЕНКО²⁸, Е.С. СИЛАНТЬЕВА²⁹, Е.С. ПИМЕНОВА³⁰, И.В. БОРОДУЛИНА⁷, С.П. КАНАЕВ¹⁴, Д.С. КАНЬШИНА³¹, В.Н. КАШНИКОВ¹, Д.В. АЛЕШИН¹, С.В. БЕЛОУСОВА¹, М.А. НЕКРАСОВ¹, С.И. АЧКАСОВ¹

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия;

²ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи», Москва, Россия;

³ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия;

⁴ФГАУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;

⁵ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия;

⁶ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия;

⁷ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», Москва, Россия;

⁸ФБУ «Центральная клиническая больница гражданской авиации», Москва, Россия;

⁹ФГБНУ «Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова», Москва, Россия;

¹⁰ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства», Москва, Россия;

¹¹ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Москва, Россия;

¹²ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия;

¹³ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия;

¹⁴ГБУЗ ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ, Москва, Россия;

¹⁵ГБУЗ МО «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии», Москва, Россия;

¹⁶ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, Санкт-Петербург, Россия;

¹⁷ФГАУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Белгород, Россия;

¹⁸ООО Медицинская компания «Эльф», Владимир, Россия;

¹⁹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия;

²⁰ГБУЗ «Городская клиническая больница №52» ДЗМ, Москва, Россия;

²¹НИИ Урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва, Россия;

²²ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского» Минздрава Краснодарского края, Краснодар, Россия;

²³ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия;

²⁴Клиника доктора Диланяна, Москва, Россия;

²⁵ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», обособленное подразделение МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия;

²⁶ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия;

²⁷ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России, Санкт-Петербург, Россия;

²⁸ООО «Медицина», Клиника «Доктор PROF», Москва, Россия;

²⁹Клинический Госпиталь «Лапино» Группы компаний «Мать и дитя», Московская обл., Россия;

³⁰Детская клиника Фэнтези, Москва, Россия;

³¹ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

Резюме

В статье представлена работа мультидисциплинарной команды экспертов различных областей медицины по оптимизации «Опросника для оценки хронической тазовой боли и нарушений функции тазовых органов (ОХТБФ) НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» для использования в клинической практике. Опрос респондентов проводился с 28 июня по 28 сен-

тября 2021 г. В результате данного опроса путем неоднократного внесения правок и уточнений в ходе общения с респондентами был получен конечный вариант, позволяющий проводить оценку субъективных ощущений пациента по характеру и локализации тазовой боли, нарушениям чувствительности и функции тазовых органов. Основной задачей данного Опросника является дифференцирование пациентов с нейрогенной болью из огромного числа больных с хронической тазовой болью. Данный аспект позволит более таргетно подходить к диагностике и патогенетически оправданному лечению пациентов, уже в том числе после проведения соответствующих инструментальных обследований. Работа мультидисциплинарной команды подразумевает более высокую степень объективизации и терминологическую точность обсуждаемого Опросника. Представленный вариант «Опросника для оценки хронической тазовой боли и нарушений функции тазовых органов (ОХТБФ) НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» будет прежде всего использоваться у пациентов колопроктологического профиля с проблемами тазовой боли и нарушением функции держания и эвакуации кишечного содержимого. Дальнейшие исследования будут направлены на клиническую оценку результатов проведенной работы.

Ключевые слова: мультидисциплинарный консенсус, нейрогенная тазовая боль, анальное недержание, диссинергическая дефекация, кокцигодиния, пудендонейропатия.

Информация об авторах:

Фоменко О.Ю. — <https://orcid.org/0000-0001-9603-6988>
Шельгин Ю.А. — <https://orcid.org/0000-0002-8480-9362>
Никитюк Д.Б. — <https://orcid.org/0000-0002-2259-1222>
Морозов С.В. — <https://orcid.org/0000-0001-6816-3058>
Башанкаев Б.Н. — <https://orcid.org/0000-0003-2397-6578>
Порядин Г.В. — <https://orcid.org/0000-0003-2010-3296>
Мартынов М.Ю. — <https://orcid.org/0000-0003-2797-7877>
Морозов Д.А. — <https://orcid.org/0000-0002-1940-1395>
Аполихина И.А. — <https://orcid.org/0000-0002-4581-6295>
Тетерина Т.А. — <https://orcid.org/0000-0002-6116-264X>
Древаль О.Н. — <https://orcid.org/0000-0002-8944-9837>
Чагава Д.А. — <https://orcid.org/0000-0001-8657-4360>
Салмаси Ж.М. — <https://orcid.org/0000-0001-8524-0019>
Никитин С.С. — <https://orcid.org/0000-0003-3292-2758>
Катунина Е.А. — <https://orcid.org/0000-0001-5805-486X>
Касян Г.Р. — <https://orcid.org/0000-0001-7919-2217>
Гвоздев М.Ю. — <https://orcid.org/0000-0001-8684-9336>
Трошина Е.М. — <https://orcid.org/0000-0002-6863-5868>
Копачка М.М. — <https://orcid.org/0000-0003-2907-4030>
Куликов А.Г. — <https://orcid.org/0000-0002-1468-3308>
Турова Е.А. — <https://orcid.org/0000-0002-4397-3270>
Романов Д.В. — <https://orcid.org/0000-0002-1822-8973>
Шкода А.С. — <https://orcid.org/0000-0002-9783-1796>
Реутова А.А. — <https://orcid.org/0000-0001-5558-6545>
Румянцев А.С. — <https://orcid.org/0000-0002-1548-5456>
Фоменко Е.С. — <https://orcid.org/0000-0003-0150-6145>
Попов А.А. — <https://orcid.org/0000-0003-3692-2421>
Федоров А.А. — <https://orcid.org/0000-0002-7674-5258>
Команцев В.Н. — <https://orcid.org/0000-0003-2646-9790>
Екушева Е.В. — <https://orcid.org/0000-0002-3638-6094>
Войтенков В.Б. — <https://orcid.org/0000-0003-0448-7402>
Николаев С.Г. — <https://orcid.org/0000-0002-6672-1623>
Грошили В.С. — <https://orcid.org/0000-0001-9927-8798>
Генов П.Г. — <https://orcid.org/0000-0002-5629-9860>
Ромих В.В. — <https://orcid.org/0000-0003-3342-7281>
Захарченко А.В. — <https://orcid.org/0000-0003-0622-9829>
Шорников П.В. — <https://orcid.org/0000-0002-2358-6302>
Синкин М.В. — <https://orcid.org/0000-0001-5026-0060>
Диланян О.Э. — <https://orcid.org/0000-0002-3447-9684>
Исагулян Э.Д. — <https://orcid.org/0000-0003-1191-9357>
Маркарьян Д.Р. — <https://orcid.org/0000-0003-2711-2400>
Глухов Е.Ю. — <https://orcid.org/0000-0001-9601-8042>
Киселев В.Н. — <https://orcid.org/0000-0003-6752-3311>
Малинина О.Ю. — <https://orcid.org/0000-0002-5352-2350>
Марченко В.А. — <https://orcid.org/0000-0003-0485-4364>
Силантьева Е.С. — <https://orcid.org/0000-0002-7667-3231>
Пименова Е.С. — <https://orcid.org/0000-0001-7206-5987>
Бородулина И.В. — <https://orcid.org/0000-0001-7526-1553>
Канаев С.П. — <https://orcid.org/0000-0002-3096-1123>
Каньшина Д.С. — <https://orcid.org/0000-0002-5142-9400>
Кашников В.Н. — <https://orcid.org/0000-0002-5385-7898>
Алешин Д.В. — <https://orcid.org/0000-0001-8863-2229>
Белоусова С.В. — <https://orcid.org/0000-0003-1475-2599>
Некрасов М.А. — <https://orcid.org/0000-0002-5767-0123>
Ачкасов С.И. — <https://orcid.org/0000-0001-9294-5447>
Автор, ответственный за переписку: Фоменко О.Ю. — e-mail: oksana671@yandex.ru

Как цитировать:

Фоменко О.Ю., Шельгин Ю.А., Никитюк Д.Б., Морозов С.В., Башанкаев Б.Н., Порядин Г.В., Мартынов М.Ю., Морозов Д.А., Аполихина И.А., Тетерина Т.А., Древал О.Н., Чагава Д.А., Салмаси Ж.М., Никитин С.С., Катунина Е.А., Касян Г.Р., Гвоздев М.Ю., Трошина Е.М., Копачка М.М., Куликов А.Г., Турова Е.А., Романов Д.В., Шкода А.С., Реутова А.А., Румянцев А.С., Фоменко Е.С., Попов А.А., Федоров А.А., Команцев В.Н., Екушева Е.В., Войтенков В.Б., Николаев С.Г., Грошили В.С., Генов П.Г., Ромих В.В. Захарченко, А.В., Шорников П.В., Синкин М.В., Диланян О.Э., Исагулян Э.Д., Маркарян Д.Р., Глухов Е.Ю., Киселев В.Н., Малинина О.Ю., Марченко В.А., Силантьева Е.С., Пименова Е.С., Бородулина И.В., Канаев С.П., Каньшина Д.С., Кашников В.Н., Алешин Д.В., Белоусова С.В., Некрасов М.А., Ачкасов С.И. Опросник НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих — новый инструмент оценки хронической тазовой боли и нарушения функции тазовых органов. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2022;12(12 вып. 2):6–25. <https://doi.org/10.17116/hirurgia20221226>

Questionnaire of the Ryzhikh National Medical Research Centre for Coloproctology is a new tool for assessing chronic pelvic pain and pelvic organ dysfunction

© O.YU. FOMENKO¹, YU.A. SHELYGIN¹, D.B. NIKITYUK², S.V. MOROZOV², B.N. BASHANKAEV³, G.V. PORYADIN⁴, M.YU. MARTYNOV⁴, D.A. MOROZOV^{4,5}, I.A. APOLIHINA^{5,6}, T.A. TETERINA⁶, O.N. DREVAL⁷, D.A. CHAGAVA^{7,8}, ZH.M. SALMASI⁴, S.S. NIKITIN⁹, E.A. KATUNINA^{4,10}, G.R. KASYAN³, M.YU. GVOZDEV³, E.M. TROSHINA¹¹, M.M. KOPACHKA¹¹, A.G. KULIKOV¹², E.A. TUROVA¹², D.V. ROMANOV^{5,13}, A.S. SHKODA¹⁴, A.A. REUTOVA¹⁴, A.S. RUMIANTSEV¹⁴, E.S. FOMENKO¹⁴, A.A. POPOV¹⁵, A.A. FEDOROV¹⁵, V.N. KOMANCEV¹⁶, E.V. EKUSHEVA^{10,17}, V.B. VOJTENKOV¹⁰, S.G. NIKOLAEV¹⁸, V.S. GROSHILIN¹⁹, P.G. GENOV²⁰, V.V. ROMIH²¹, A.V. ZAHARCHENKO²¹, P.V. SHORNIKOV²², M.V. SINKIN²³, O.E. DILANYAN²⁴, E.D. ISAGULYAN¹¹, D.R. MARKARYAN²⁵, E.YU. GLUHOV²⁶, V.N. KISELEV²⁷, O.YU. MALININA²⁸, V.A. MARCHENKO²⁸, E.S. SILANT'EVA²⁹, E.S. PIMENOVA³⁰, I.V. BORODULINA⁷, S.P. KANAEV¹⁴, D.S. KAN'SHINA³¹, V.N. KASHNIKOV¹, D.V. ALESHIN¹, S.V. BELOUSOVA¹, M.A. NEKRASOV¹, S.I. ACHKASOV¹

¹Ryzhikh National Medical Research Centre for Coloproctology, Moscow, Russia;

²Federal Research Center of Nutrition and Biotechnology, Moscow, Russia;

³A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia;

⁴Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia;

⁵Sechenov University, Moscow, Russia;

⁶National medical research center for obstetrics, gynecology and perinatology named after academician V.I. Kulakov, Moscow, Russia;

⁷Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia;

⁸Central Clinical Hospital of Civil Aviation, Moscow, Russia;

⁹Research Centre for Medical Genetics, Moscow, Russia;

¹⁰PRCCID, Moscow, Russia;

¹¹National Medical Research Center for Neurosurgery named after Academician N.N. Burdenko, Moscow, Russia;

¹²Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine, Moscow Health Department, Moscow, Russia;

¹³Mental Health Research Center, Moscow, Russia;

¹⁴City Hospital No 67 named after L.A. Vorokhobov, Moscow Health Department, Moscow, Russia;

¹⁵Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Moscow, Russia;

¹⁶Saint – Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts, St. Petersburg, Russia;

¹⁷Belgorod National Research University, Belgorod, Russia;

¹⁸«Elf» Medical Company, Vladimir, Russia;

¹⁹Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia;

²⁰City Hospital No 52, Moscow Health Department, Moscow, Russia;

²¹National Medical Research Radiological Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia;

²²Research Institute — Regional clinical hospital No 1 named after Professor S.V. Ochapovskiy, Krasnodar, Russia;

²³N.V. Sklifosovskiy Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia;

²⁴Dr. Dilanyan's Clinic, Moscow, Russia;

²⁵Lomonosov Moscow State University, Medical Scientific and Educational Center, Moscow, Russia;

²⁶Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia;

²⁷The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, St. Petersburg, Russia;

²⁸Clinic «Doctor Prof», Moscow, Russia;

²⁹Medical cluster Lapino, Moscow region, Russia;

³⁰Fantasy Children's Clinic, Moscow, Russia;

³¹Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow, Russia

Abstract

The article presents the work of a multidisciplinary team of experts from various fields of medicine to optimize the «Questionnaire for assessing chronic pelvic pain and pelvic organ dysfunction (QCPPD) of the Ryzhikh National Medical Research Centre for Coloproctology» for use in clinical practice. The survey of respondents was conducted from June 28 to September 28, 2021. As a result of this survey, by repeatedly making edits and clarifications during communication with respondents, the final version was obtained, which allows assessing the patient's subjective sensations by the nature and localization of pelvic pain, sensitivity disorders and pelvic organ function. The main objective of this Questionnaire is to differentiate patients with neurogenic pain from a huge number of patients with chronic pelvic pain. This aspect will allow a more targeted approach to the diagnosis and pathogenetically justified treatment of patients, including after appropriate instrumental examinations. The work of a multidisciplinary team implies a higher degree of objectification and terminological accuracy of the Questionnaire under discussion. The presented version

of the «Questionnaire for assessing chronic pelvic pain and pelvic organ dysfunction (QCPPD) of the Ryzhikh National Medical Research Centre for Coloproctology» will be primarily used in coloproctological patients with pelvic pain problems and anal incontinence and obstructive defecation. Further studies will be directed to the clinical evaluation of the results of the work carried out.

Keywords: multidisciplinary consensus, neurogenic pelvic pain, anal incontinence, dissynergic defecation, coccygodynia, pudendoneuropathy

Information about the authors:

Fomenko O.Yu. — <https://orcid.org/0000-0001-9603-6988>; Scopus Author ID: 16401538300
Shelygin Yu.A. — <https://orcid.org/0000-0002-8480-9362>; Scopus Author ID: 6602949973
Nikityuk D.B. — <https://orcid.org/0000-0002-2259-1222>
Morozov S.V. — <https://orcid.org/0000-0001-6816-3058>; Scopus Author ID: 19836606400
Bashankaev B.N. — <https://orcid.org/0000-0003-2397-6578>; Scopus Author ID: 24484684700
Poryadin G.V. — <https://orcid.org/0000-0003-2010-3296>; Scopus Author ID: 55985271400
Martynov M.Yu. — <https://orcid.org/0000-0003-2797-7877>
Morozov D.A. — <https://orcid.org/0000-0002-1940-1395>; Scopus Author ID: 56677459800
Apolihina I.A. — <https://orcid.org/0000-0002-4581-6295>
Teterina T.A. — <https://orcid.org/0000-0002-6116-264X>
Dreval O.N. — <https://orcid.org/0000-0002-8944-9837-125993>
Chagava D.A. — <https://orcid.org/0000-0001-8657-4360>
Salmasi Z.M. — <https://orcid.org/0000-0001-8524-0019>
Nikitin S.S. — <https://orcid.org/0000-0003-3292-2758>
Katunina E.A. — <https://orcid.org/0000-0001-5805-486X>
Kasyan G.R. — <https://orcid.org/0000-0001-7919-2217>
Gvozdev M.Yu. — <https://orcid.org/0000-0001-8684-9336>
Troshina E.M. — <https://orcid.org/0000-0002-6863-5868>
Kopachka M.M. — <https://orcid.org/0000-0003-2907-4030>
Kulikov A.G. — <https://orcid.org/0000-0002-1468-3308>
Turova E.A. — <https://orcid.org/0000-0002-4397-3270>
Romanov D.V. — <https://orcid.org/0000-0002-1822-8973>
Shkoda A.S. — <https://orcid.org/0000-0002-9783-1796>
Reutova A.A. — <https://orcid.org/0000-0001-5558-6545>
Rumiantsev A.S. — <https://orcid.org/0000-0002-1548-5456>
Fomenko E.S. — <https://orcid.org/0000-0003-0150-6145>
Popov A.A. — <https://orcid.org/0000-0003-3692-2421>
Fedorov A.A. — <https://orcid.org/0000-0002-7674-5258>
Komancev V.N. — <https://orcid.org/0000-0003-2646-9790>
Ekusheva E.V. — <https://orcid.org/0000-0002-3638-6094>
Vojtenkov V.B. — <https://orcid.org/0000-0003-0448-7402>
Nikolaev S.G. — <https://orcid.org/0000-0002-6672-1623>
Groshilin V.S. — <https://orcid.org/0000-0001-9927-8798>
Genov P.G. — <https://orcid.org/0000-0002-5629-9860>
Romih V.V. — <https://orcid.org/0000-0003-3342-7281>
Zaharchenko A.V. — <https://orcid.org/0000-0003-0622-9829>
Shornikov P.V. — <https://orcid.org/0000-0002-2358-6302>
Sinkin M.V. — <https://orcid.org/0000-0001-5026-0060>
Dilanyan O.E. — <https://orcid.org/0000-0002-3447-9684>
Isagulyan E.D. — <https://orcid.org/0000-0003-1191-9357>
Markaryan D.R. — <https://orcid.org/0000-0003-2711-2400>
Gluhov E.Yu. — <https://orcid.org/0000-0001-9601-8042>
Kiselev V.N. — <https://orcid.org/0000-0003-6752-3311>
Malinina O.Yu. — <https://orcid.org/0000-0002-5352-2350>
Marchenko V.A. — <https://orcid.org/0000-0003-0485-4364>
Silant'eva E.S. — <https://orcid.org/0000-0002-7667-3231>
Pimenova E.S. — <https://orcid.org/0000-0001-7206-5987>
Borodulina I.V. — <https://orcid.org/0000-0001-7526-1553>
Kanaev S.P. — <https://orcid.org/0000-0002-3096-1123>
Kan'shina D.S. — <https://orcid.org/0000-0002-5142-9400>
Kashnikov V.N. — <https://orcid.org/0000-0002-5385-7898>
Aleshin D.V. — <https://orcid.org/0000-0001-8863-2229>
Belousova S.V. — <https://orcid.org/0000-0003-1475-2599>
Nekrasov M.A. — <https://orcid.org/0000-0002-5767-0123>
Achkasov S.I. — <https://orcid.org/0000-0001-9294-5447>

Corresponding author: Fomenko O.Yu. — e-mail: oksana671@yandex.ru

To cite this article:

Fomenko OYu, Shelygin YuA, Nikityuk DB, Morozov SV, Bashankaev BN, Poryadin GV, Martynov MYu, Morozov DA, Apolihina IA, Teterina TA, Dreval ON, Chagava DA, Salmasi ZM, Nikitin SS, Katunina EA, Kasyan GR, Gvozdev MYu, Troshina EM, Kopachka MM, Kulikov AG, Turova EA, Romanov DV, Shkoda AS, Reutova AA, Rumiantsev AS, Fomenko ES, Popov AA, Fedorov AA, Komancev VN, Ekusheva EV, Vojtenkov VB, Nikolaev SG, Groshilin VS, Genov PG, Romih VV, Zaharchenko AV, Shornikov PV, Sinkin MV, Dilanyan OE, Isagulyan ED, Markaryan DR, Gluhov EYu, Kiselev VN, Malinina OYu, Marchenko VA, Silant'eva ES, Pimenova ES, Borodulina IV, Kanaev SP, Kan'shina DS, Kashnikov VN, Aleshin DV, Belousova SV, Nekrasov MA, Achkasov SI. Questionnaire of the Ryzhikh National Medical

Введение

Хроническая боль — серьезная медицинская и социально-экономическая проблема современного общества. Хроническая боль не несет защитной функции как острая боль, а является самостоятельным патологическим фактором, и в настоящее время рассматривается как отдельное заболевание, что нашло отражение в Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) [1–3]. Международная ассоциация по изучению боли IASP (*англ.* International Association for the Study of Pain) определяет боль как «неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с реальным или потенциальным повреждением тканей и описываемое в терминах такого повреждения».

При этом под «хронической» понимают боль, которая длится или рецидивирует более 3 месяцев, сохраняется больше нормального времени заживления любого повреждения и не имеет сигнальной оповещающей функции острой боли [1]. Психологический фон (уровень тревоги и депрессии), отношение больного к ситуации (феномен катастрофизации), неадаптивные копинг-стратегии оказывают существенное влияние на нейрональные системы в центральной нервной системе (ЦНС), создавая условия для формирования дезадаптивных нейропластических процессов и возникновения устойчивой сенситизации церебральных ноцицептивных нейронов [3–5].

Диагностическая и лечебная тактика при наличии хронического болевого синдрома зависит от локализации, при этом отдельную и существенную категорию хронических болей составляют тазовые боли. Хроническая тазовая боль (ХТБ), согласно определению IASP, представляет собой патологическое состояние, проявляющееся постоянными или циклическими болями в нижних отделах живота и поясницы, существующими не менее 6 месяцев [6]. ХТБ может быть представлена следующими вариантами: 1) ХТБ, сопутствующая четко определенным заболеваниям, или, согласно определению IASP, «тазовая боль, связанная с конкретным заболеванием»; 2) ХТБ при отсутствии таковых, или, согласно определению IASP, «синдром ХТБ» [6–8].

Хроническими болями в тазу страдают от 7 до 24% населения Земли и от 3,8 до 60% женщин [9, 10]. Первый вариант болевого синдрома, представленный выше, наблюдается у женщин и мужчин и может быть вызван множеством заболеваний, в клинической картине которых боль занимает центральное место. Выделяют гинекологические, урологические, желудочно-кишечные, сосудистые, скелетно-мышечные,

неврологические и психологические/психопатологические причины для возникновения ХТБ [9, 11–14]. Второй вариант — отсутствие морфологических изменений органов и тканей, которые могут вызвать болевой синдром той или иной степени выраженности, при наличии постоянной или периодически повторяющейся тазовой боли более 6 месяцев, сопровождающейся в ряде случаев дисфункцией — симптомами нижних мочевыводящих путей, нарушением половой или кишечной функции, позволяет говорить о наличии **синдрома хронической тазовой боли** [14–19].

По данным Национального института здоровья США среди большого числа пациентов, ежегодно обращающихся за медицинской помощью в связи с хроническим болевым синдромом в области таза, у 15–70% не обнаруживается какой-либо инфекционно-воспалительной причины. До 40% лапароскопий и 12% гистерэктомий выполняются в связи с тазовым болевым синдромом, вместе с тем, в 80% случаев не обнаруживается какая-либо гинекологическая патология, а хирургическое вмешательство не устраняет у этих пациентов хронический болевой синдром [10, 20–21].

Определенная часть колопроктологических заболеваний также сопровождается тазовой болью того или иного характера, которая в литературе описывается как «анокочиковый болевой синдром», «кокцигодия», «прокталгия», «аноректальная боль», «анальная или аноректальная невралгия» и «спазм мышц леваторов» [9]. В то же время есть мнение, что, например, кокцигодия лишь в небольшом проценте случаев имеет травматический генез, а чаще обусловлена туннельной нейропатией полового нерва или пудендонейропатией [22]. Также в рамках синдрома опущения промежности — при опущении органов малого таза — хроническая тазовая боль может сопровождаться нарушением функций дефекации, мочеиспускания и удержания кишечного содержимого [9, 23].

Термин «хронический нейрогенный тазовый болевой синдром» описывает нейрогенный генез боли [20, 24–26]. Одной из двух возможных причин в патогенезе хронической нейрогенной тазовой боли (ХНТБ) является миофасциальный болевой синдром, обусловленный функциональными нарушениями мышц тазового дна, с образованием в них триггерных точек — нейрофибромиотонических «узелков» мышечной ткани [10, 27–31]. Характерными клиническими особенностями являются локализация боли не только в самой триггерной точке, но и обширная иррадиация в различные области, в частности, в промежность, половые органы, перианальную об-

ласть и копчик [31]. Вторым патогенетическим механизмом формирования ХНТБ является компрессия/натяжение полового нерва [32–37].

Учитывая существенное разнообразие заболеваний и патологических состояний, которые могут вызывать тазовую боль, на сегодняшний день возможен только комплексный диагностический подход, включающий целый ряд скрининговых вопросов и специфических опросников для сбора жалоб, анамнеза, а также объективных функциональных методов исследования, позволяющих выявить причину возникновения боли у этих пациентов. Однако алгоритм обследования пациента с ХТБ существенно зависит от опыта, квалификации и специальности медицинского работника; недостаточная осведомленность клинициста в итоге может привести к увеличению сроков обследования, выполнению не вполне оправданных исследований и манипуляций и, как следствие, ухудшению качества жизни и дезадаптации больного. Для решения задачи оптимизации алгоритма обследования, выявления наиболее вероятных причин имеющегося патологического состояния необходим комплексный клинический опросник, который использовался бы врачами различных специальностей в качестве базового инструмента при обращении больного с ХТБ. Однако представленные в литературе и имеющиеся в настоящее время в распоряжении врача опросники и шкалы имеют узкую направленность и позволяют выявить лишь определенное патологическое состояние или охарактеризовать только наличие и степень нарушения функции тазовых органов [38–43]. Это делает их неинформативными и малоприменимыми для указанных целей. В связи с этим, разработка комплексного диагностического инструмента, позволяющего дифференцировать нарушение иннервации мышц тазового дна от других возможных причин болевого синдрома, осуществлять дифференциально-диагностический поиск для выявления нейрогенной тазовой боли, является чрезвычайно актуальной.

Цель нашей работы — создание унифицированного опросника для дифференциации пациентов с хронической нейрогенной тазовой болью, учитывающего как выраженность и особенности болевого синдрома, так и наличие нарушений функций органов малого таза.

Методы

Учитывая заинтересованность врачей различных специальностей, к которым обращаются пациенты с тазовой болью, для решения данной проблемы был использован мультидисциплинарный подход, консолидирующий мнения всех специалистов. Опрос проводился при помощи онлайн-платформы «Google формы» (Google LLC, США). Приглашение к уча-

стию в данном опросе было выслано потенциальным респондентам по адресам электронной почты, имеющимся в базе данных обучающихся на кафедре колопроктологии РМАНПО, а также специалистам в различных областях медицины, выявленным в ходе анализа русскоязычных публикаций по теме тазовой боли и нарушений чувствительности органов малого таза и промежности. В электронном письме содержалась ссылка на анкету: https://docs.google.com/forms/d/1K17UtvBabCiPHFpJ6p_7dX1VH0C_MkokJW-GPi2xbdI0/edit?usp=sharing. Пройти опрос было возможно с 28 июня по 28 сентября 2021 г. Для идентификации респондентов при заполнении Опросника использовали адрес электронной почты, в том числе для необходимости уточнения деталей ответов и согласования изменений.

Анкета состояла из шести основных разделов, соответствующих структуре разработанного Опросника. Два дополнительных раздела включали вопросы, касающиеся паспортной части анкеты и общих вопросов, связанных с проведением опроса. Вопросы анкеты предполагали выбор одного из нескольких предоставленных вариантов ответов, или предоставление своего варианта ответа путем ввода текста в соответствующее поле. При выборе респондентом негативного варианта ответа (например, пункт Опросника неудобен, или избыточен), автоматически появлялись дополнительные вопросы с предложением предоставить расширенное пояснение своему выбору путем ввода текста в поле анкеты. В конце опроса у каждого участника была возможность внести дополнительные комментарии как по структуре Опросника, так и по ходу проведения опроса. Заполнение данного документа было возможно однократно с одной учетной записи. В процессе прохождения опроса у участников была возможность вернуться к ранее предоставленным ответам и указать новый вариант. Результаты анкетирования были проанализированы на корректность и обобщены организаторами опроса (доктор медицинских наук Фоменко Оксана Юрьевна). Условием включения предложений и замечаний в анализ являлась корректность ответа (соответствие ответа заданному вопросу). После анализа поступивших ответов и предложений были сформулированы изменения в структуру или формулировки Опросника и таким образом подготовлен материал для повторного обсуждения.

Каждый из вопросов онлайн-анкеты рассматривался нами как положение, выносимое на обсуждение. Решение относительно уровня согласованности принималось на основании Дельфийских критериев [44–46]:

— С1 — консенсус уровня 1 (отличный): констатировался при совпадении во мнении >90% участников опроса;

— С2 — консенсус уровня 2 (умеренный): при совпадении мнения от 75 до 90% респондентов;

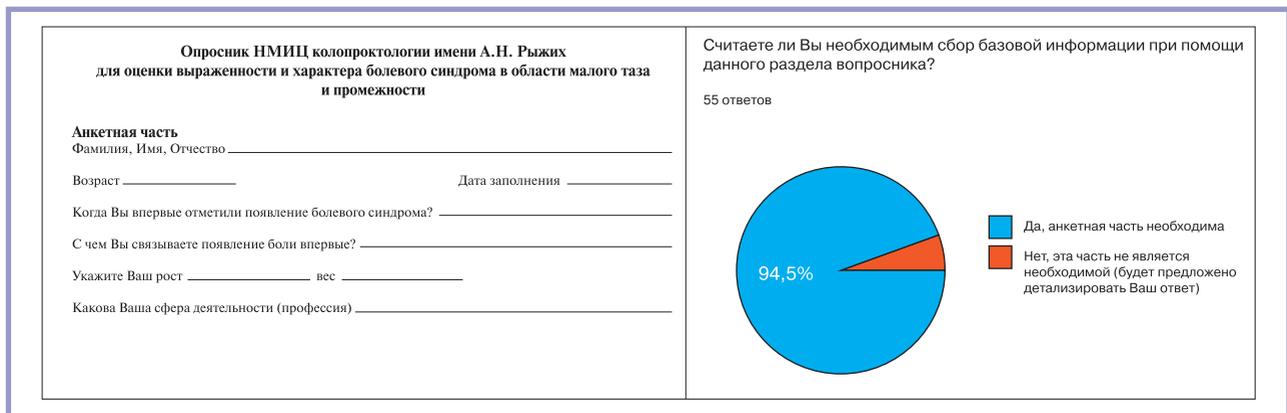


Рис. 1. Согласование необходимости и структуры анкетной части Опросника.

Fig. 1. Coordination of the necessity and structure of the passport part of the Questionnaire.



Рис. 2. Оценка удобства интерпретации раздела Опросника, посвященного Хронической нейрогенной тазовой боли.

Fig. 2. Assessment of the convenience of interpretation of the Questionnaire section devoted to Chronic neurogenic pelvic pain.

— С3 — консенсус уровня 3 (отсутствует): был констатирован тогда, когда <75% респондентов были единодушны в выборе ответа.

Статистическая обработка результатов голосования проходила полуавтоматически с использованием программных возможностей платформы Google Forms и пакета прикладных программ Statistica10 (StatSoft Inc, США). Для описания результатов использовались методы дескриптивной статистики.

Результаты

Было направлено 55 приглашений к опросу. Получено 55 ответов (полностью заполненные и сохраненные анкеты) — 100%. Своей основной специальностью респонденты назвали: колопроктология — 29,1%; неврология — 18,2%, гинекология — 14,5%,

функциональная диагностика (в том числе нейрофизиология) — 9,1%, нейрохирургия — 7,3%, урология — 7,3%, физиотерапия — 5,5%, детская хирургия — 3,6%, мануальная терапия — 1,8%, травматология-ортопедия — 1,8%, гастроэнтерология — 1,8%.

Необходимость и структура анкетной части Опросника, в которой собирается общая информация о пациенте (пол, возраст, рост, вес, сфера деятельности), времени начала и условий появления болевого синдрома, не вызвала значительных разногласий: получено 55 ответов, при этом 94,5% респондентов согласились с необходимостью данного раздела анкеты (достигнут уровень согласованности С1) (рис. 1).

В ходе опроса поступили предложения добавить в структуру анкетной части вопросы о семейном положении пациента, уровне образования и физической активности, длительности и периодичности болевого синдрома (постоянный, периодический), которые были учтены в финальной версии Опросника.

Раздел Опросника, посвященный хронической нейрогенной тазовой боли, учитывает локализацию, интенсивность и провоцирующие факторы для возникновения болевого синдрома, при этом для удобства интерпретации пациентом и медицинским специалистом в структуре Опросника приведены схемы тела. В ходе опроса на ответ об удобстве интерпретации данного раздела было получено 55 ответов, из них 81,8% респондентов ответили положительно, а 18,2% согласились с удобностью интерпретации с определенными ограничениями, таким образом общее количество утвердительных вариантов ответа составило 100% (т.е. ни в одном из вариантов ответов не было отмечено, что интерпретация неудобна) (рис. 2), что свидетельствует о том, что согласованность данного раздела Опросника достигла уровня С1.

В ходе обсуждения было получено несколько предложений, способствующих повышению удобства интерпретации данных, в частности, наличия схемы с учетом правой и левой половины тела, дополнения

кратности возникновения болей в течение месяца, а не недели. Несмотря на то, что респондентами было вынесено на обсуждение необходимость использования схемы, учитывающей возможность небинарного восприятия пациентом своей половой принадлежности и интерпретации данных после трансгендерного перехода, очевидно, что данные вопросы не могут быть полностью учтены в настоящем опроснике. При наличии индивидуальных особенностей пациентов, информация может быть оценена с использованием персонализированного подхода.

На вопрос об оценке достаточности информации, представленной в разделе Опросника о хронической нейрогенной тазовой боли, получено 55 ответов (100% респондентов), при этом 94,5% респондентов ответили, что в Опроснике приведено достаточно информации (рис. 3): 89% — без дополнительных комментариев, 5,5% — привели уточнения (рис. 3). Таким образом, согласованность данных соответствовала уровню С1.

В 5,5% ответов был получен ответ о недостаточности данных. Было предложено внести информацию об условиях изменения характера боли, применении лекарственных средств и их эффективности. Данные замечания были учтены в финальной версии Опросника. Аналогичным образом были получены все мнения, касающиеся и последующих разделов Опросника. Анализ уровня согласованности продемонстрировал следующие результаты:

Раздел 2. **Оценка нарушений чувствительности** (Ответы: да — 85,5%; да при определенных условиях (даны уточнения) — 10,9%; нет — 3,6%) — согласованность уровня С1.

Раздел 3. **Диагностика нейропатической боли** (заполняется врачом) (Ответы: да — 90,9%; да при определенных условиях (даны уточнения) — 9,1%; нет — 0%) — согласованность уровня С1.

Раздел 4. **Оценка влияния тазовой боли на качество жизни** (Ответы: да — 85,5%; да при определенных условиях (даны уточнения) — 14,5%; нет — 0%) — согласованность уровня С1.

Раздел 5. **Оценка данных анамнеза** (Ответы: да — 81,8%; да при определенных условиях (даны уточнения) — 18,2%; нет — 0%) — согласованность уровня С1.

Раздел 6. **Мануальные тесты** перед проведением стимуляционной электронейромиографии (ЭНМГ) полового нерва (заполняется врачом) (Ответы: да — 90,9%; да при определенных условиях (даны уточнения) — 5,5%; нет — 3,6%) — согласованность уровня С1.

Как видно из представленных данных, во всех случаях уровень согласованности был выше 90% (уровень консенсуса С1). Как и в случае ранее описанных разделов, все поступившие замечания и уточнения были приняты в представленном инструменте, после повторного обсуждения была

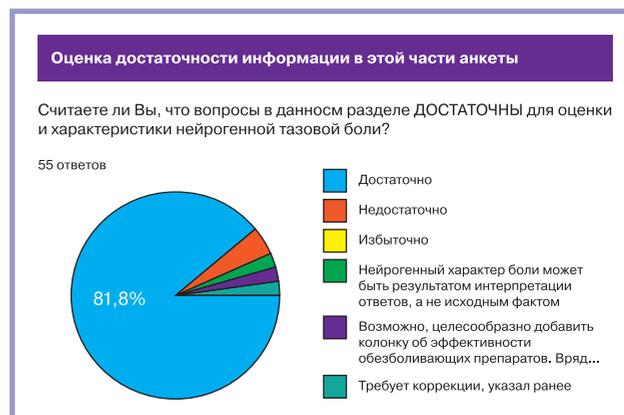


Рис. 3. Оценка достаточности информации, приведенной в разделе, посвященном нейрогенной тазовой боли.

Fig. 3. Assessment of the sufficiency of the information given in the section on neurogenic pelvic pain.

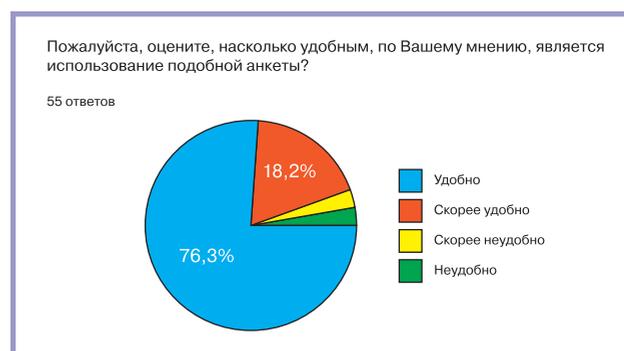


Рис. 4. Оценка респондентами удобства использования разработанного инструмента в целом.

Fig. 4. Respondents' assessment of the usability of the developed Questionnaire.

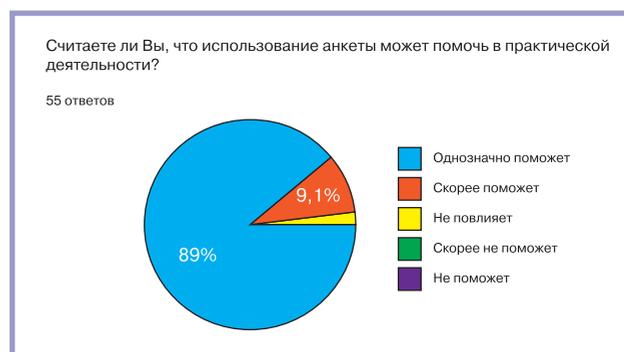


Рис. 5. Оценка респондентами возможности разработанного инструмента помочь в практической деятельности.

Fig. 5. Respondents' assessment of the possibility of the developed Questionnaire to help in practical activities.

одобрена окончательная версия Опросника. В ходе опроса отдельное внимание уделялось аспектам возможности использования разработанного комплексного Опросника для оценки ХТБ и нарушения

функции тазовых органов. В частности, были заданы вопросы об удобстве использования Опросника в целом. Как видно из диаграммы (рис. 4), удобным (включая ответы «удобно» и «скорее удобно») анкету признали 94,5% (76,3 и 18,2%) респондентов. При этом 98,1% специалистов согласились с тем, что данный Опросник может помочь им в практической деятельности (рис. 5), а время, потраченное на заполнение и интерпретацию полученных ответов, адекватным («да» — 89% и «скорее, да» — 9,1%). Лишь один из участников опроса (1,8%) ответил отрицательно на вопрос о вероятности того,

что он будет использовать Опросник в практической деятельности даже при условии согласования всех частей анкеты.

Приводим финальную версию Опросника для дифференциально-диагностического поиска при хронической тазовой боли и нарушении функции тазовых органов (ОХТБФ) НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих. Отличия и внесенные в результате обсуждения изменения от исходной версии разработанного инструмента выделены красным цветом.

Опросник для оценки хронической тазовой боли и нарушений функции тазовых органов (ОХТБФ) НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих

Анкетная часть

Дата заполнения:

Фамилия, Имя, Отчество: _____ Пол: ж м

Возраст: _____

Когда Вы впервые отметили появление болевого синдрома (сколько лет/месяцев)? _____

С чем Вы связываете появление боли впервые? _____

Укажите Ваш рост _____, вес _____

Какова Ваша сфера деятельности (профессия) _____,

и приходится ли Вам в связи с этим проводить много времени сидя _____

Ваше семейное положение _____

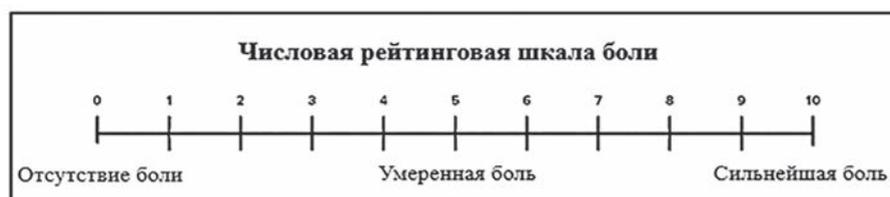
Образование (высшее/среднее и пр.) _____

Уровень физической активности? Занимаетесь ли Вы профессиональным спортом, посещаете фитнес залы, имеете ли Вы ограничения физической активности в силу возраста и/или состояния здоровья?

Ваш номер телефона _____

Раздел 1. Хроническая тазовая боль

Оценка боли — оцените интенсивность (максимальную за все время) имеющегося у Вас болевого синдрома по предложенной шкале (Числовая рейтинговая шкала боли*) от 0 до 10, где 0 — отсутствие боли, 5 — умеренная боль и 10 — сильнейшая боль, которую можно только представить:



Внесите выбранное число из Числовой рейтинговой шкалы боли в таблицу соответственно каждой области локализации и опишите боль:

*Johnson C. Measuring pain. Visual analog scale versus numeric pain scale: what is the difference? *J Chiropr Med.* 2005;4:43-44.

Описание боли Локализация боли справа/ слева*	Число баллов по рейтинговой шкале для боли	Число- вой шкале	Характер болевых ощущений (острая, стреляющая и др.)	Число эпизодов в сутки/неделю/ме- сяц	Длительность одного эпи- зода боли (секунды/мину- ты/часы)
Крестцовая область					
Перианальная область					
Ягодичная область					
Над- и лобковая область (область мочевого пузыря)					
Паховая область					
Промежность					
Уретра					
♀ Клитор					
♀ Половые губы					
♀ Влагалище/преддверие влагалища					
Анус					
Прямая кишка					
♂ Головка полового члена					
♂ Половой член					
♂ Яички					
♂ Мошонка					
Другой вариант Впишите:					
Дополнительно: — поясничная область справа/слева					
— передняя область бедра справа/слева					
— задняя область бедра справа/слева					
— наружная область бедра справа/слева					
— внутренняя область бе- дра справа/слева					

♀ — для женщин, ♂ — для мужчин

* — если применимо

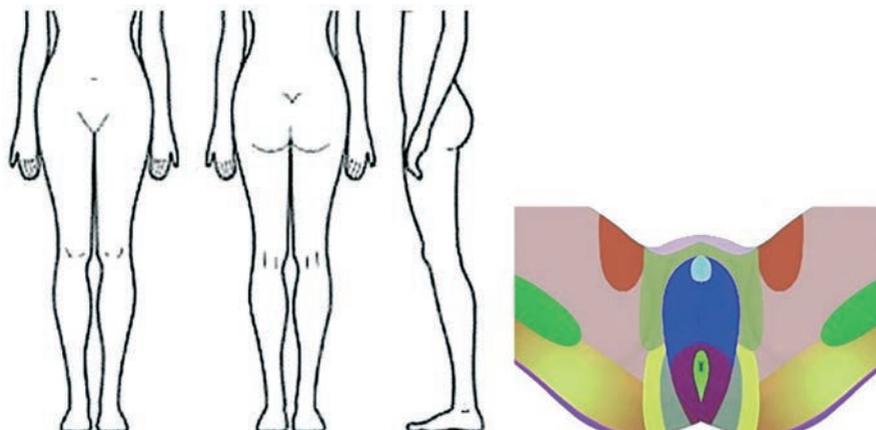
Уточните для каждого варианта:

Вопрос	Варианты ответов			
	Утро	День	Вечер	Ночь
Связь боли со временем суток	Нет	Да	Усиливается	Ослабевает
Связь боли с физической нагрузкой	Нет	Да	Усиливается	Ослабевает
Связь боли с эмоциональной нагрузкой	Нет	Да	Усиливается	Ослабевает
Связь боли с половой жизнью	Нет	Да	Усиливается	Ослабевает
Дополнительно:				
♂ боль при эрекции/эякуляции				
♀ в какой позе — сверху/сзади				
♀ связь с месячными — да/нет				
Связь боли с мочеиспусканием (уточните — с наполнением/опорож- нением мочевого пузыря)	Нет	Да	Усиливается	Ослабевает
Связь боли с дефекацией	Нет	Да	Усиливается	Ослабевает

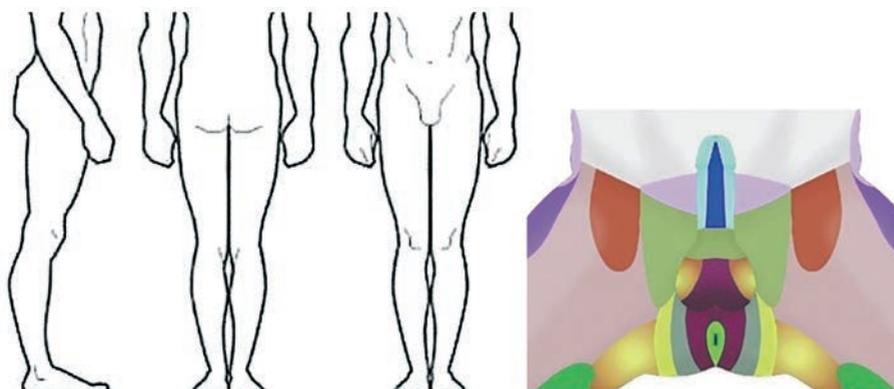
Другие ситуации, меняющие интенсивность боли

Связь боли с положением тела	усиливается в положении:	ослабевает в положении:
	сидя	сидя
	лежа	лежа
	стоя	стоя

Отметьте болезненные области/точки на рисунке, стрелками укажите распространение боли, уточните справа/слева:



Отметьте болезненные области/точки на рисунке, стрелками укажите распространение боли, уточните справа/слева:



Для непостоянной боли — укажите провоцирующий фактор

Как менялась боль/ее локализация с течением времени?

Какие обезболивающие препараты Вы принимали. Укажите их эффективность — боль уменьшается, исчезает, не проходит и пр.

Раздел 2. Оценка нарушений чувствительности

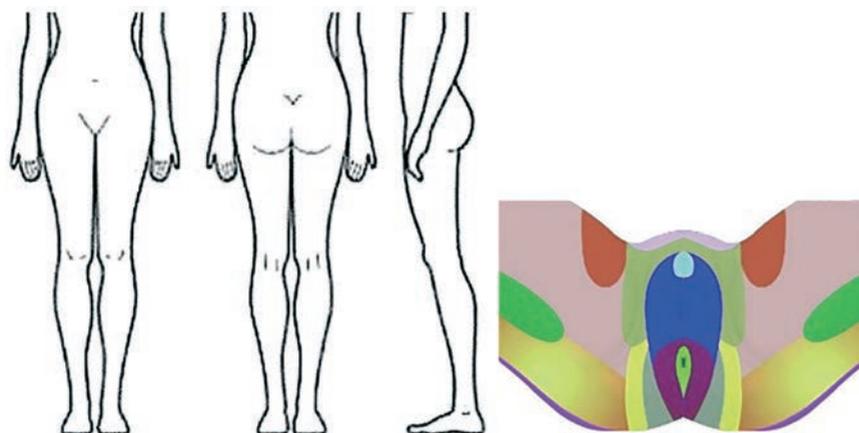
Опишите имеющиеся изменения ощущений на коже в каждой области:

Локализация справа/слева*	Описание ощущений	Характер нарушения чувствительности: онемение, жжение, покалывание, пощипывание, «ползание мурашек», усиление чувствительности, ощущение инородного тела и пр.	Число эпизодов в сутки/неделю/месяц			Длительность одного эпизода (секунды/минуты/часы)	Постоянное нарушение чувствительности — да/нет
Крестцовая область							
Перианальная область							
Ягодичная область							
Над- и лобковая область (область мочевого пузыря)							
Паховая область							
Промежность							
Уретра*							
♀ Клитор							
♀ Половые губы							
♀ Влагалище/преддверие влагалища							
Анус							
Прямая кишка							
♂ Головка полового члена							
♂ Половой член							
♂ Яички							
♂ Мошонка							
Другой вариант Впишите:							
Дополнительно: Поясничная область справа/слева Передняя область бедра справа/слева Задняя область бедра справа/слева Наружная область бедра справа/слева Внутренняя область бедра справа/слева							

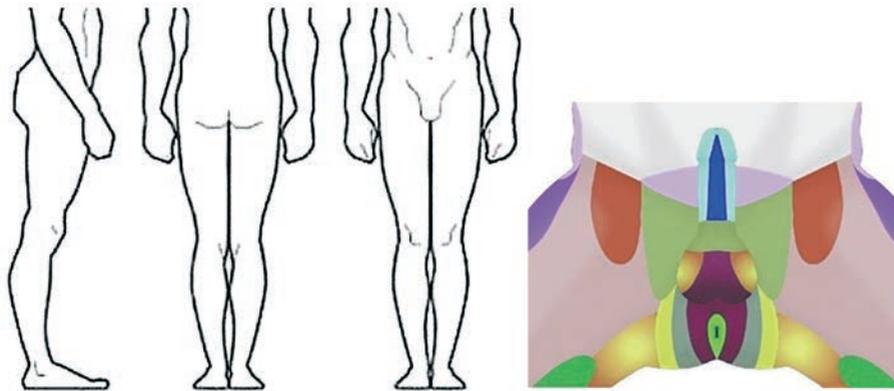
♀ — для женщин, ♂ — для мужчин

* — если применимо

Отметьте области нарушений чувствительности на рисунке, подпишите их, уточните справа/слева:



Отметьте области нарушений чувствительности на рисунке, подпишите их, уточните справа/слева:



Раздел 3. Диагностика нейропатической* боли (заполняется врачом)

Новый опросник для диагностики нейропатической боли

Пожалуйста, заполните этот опросник, отметив галочкой один ответ для каждого пункта в приведенных ниже вопросах

СОБЕСЕДОВАНИЕ С ПАЦИЕНТОМ

Часть 1: Соответствует ли боль, которую испытывает пациент, одному или нескольким из следующих определений:

	Да	Нет
1. Ощущение жжения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Болезненное ощущение холода	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ощущение как от удара током	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Часть 2: Сопровождается ли боль одним или несколькими из следующих симптомов в области ее локализации:

	Да	Нет
4. Пощипыванием, ощущением ползания мурашек	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Покалыванием	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Онемением	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Зудом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ОСМОТР ПАЦИЕНТА

Часть 3: Локализована ли боль в той же области, где осмотр выявляет один или оба следующих симптома:

	Да	Нет
8. Пониженная чувствительность к прикосновению	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Пониженная чувствительность к покалыванию	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Часть 4: Можно ли вызвать или усилить боль в области ее локализации:

	Да	Нет
10. Проведя в этой области кисточкой неврологического молоточка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

При ответе «да» на четыре и более вопросов диагноз «нейропатическая боль» вероятен в 86% случаев.

Нейропатическая (она же нейрогенная) боль обусловлена поражением периферической или центральной нервной системы, либо заболеванием, поражающим какие-либо чувствительные нервы или центральные ганглии (Рязанкина А.А. Нейропатическая боль в онкологии. С сайта www.palliated.ru)

*Методические рекомендации по диагностике и лечению невропатической боли. Под редакцией академика РАМН Н.Н. Яхно // М.: РАМН, 2008. 32 с. Нейропатическая (она же нейрогенная) боль обусловлена поражением периферической или центральной нервной системы, либо заболеванием, поражающим какие-либо чувствительные нервы или центральные ганглии (Рязанкина А.А. Нейропатическая боль в онкологии. С сайта www.palliated.ru).

Раздел 4. Оценка влияния тазовой боли на качество жизни

Для каждого из следующих 8 вопросов, пожалуйста, выберите ответ, который больше всего соответствует влиянию тазовой боли на различные аспекты Вашей жизни в течение последнего месяца. Для расчета результатов будет использоваться сумма баллов по предоставленным Вами ответам.

За прошедший месяц, насколько сильно тазовая боль повлияла на:	Нисколько не повлияла	Немного повлияла	Повлияла умеренно	Довольно сильно повлияла	Существенно (очень сильно) повлияла
Вашу энергичность (жизненные силы)?	0	1	2	3	4
Настроение?	0	1	2	3	4
Сон?	0	1	2	3	4
Работу желудочно-кишечного тракта?	0	1	2	3	4
Возможность находиться в положении сидя больше 20 минут?	0	1	2	3	4
Возможность справляться с нагрузками дома/на рабочем месте (в школе/в университете)? — оцените по-отдельности	0	1	2	3	4
Возможность заняться какой-либо физической активностью? (например, бег, занятия йогой, танцы, езда на велосипеде)	0	1	2	3	4
Возможность носить определенную одежду? (например, нижнее белье, плотно облегающую одежду)	0	1	2	3	4

Итого: _____

Пожалуйста, впишите 1—3 вида деятельности, от которых Вам пришлось отказаться из-за тазовой боли, и к которым Вы хотели бы вернуться:

Вид деятельности 1 _____

Вид деятельности 2 _____

Вид деятельности 3 _____

Насколько сильно тазовая боль повлияла на сексуальную сферу?

(если повлияла — пожалуйста, поясните)

Как тазовая боль повлияла на возможность управлять транспортом?

Приводит ли тазовая боль к пропускам/прекращению работы/учебы (потере трудоспособности)?

Раздел 5. Оценка данных анамнеза

Внесите данные о ранее проведенных обследованиях и сведения об имеющихся/перенесенных заболеваниях органов малого таза:

Вопрос	Варианты ответов		
Делали ли Вы МРТ пояснично-крестцового отдела?	Нет	Да	Дата обследования, выявленные изменения:
Имеются ли у Вас грыжи/протрузии (уточните) межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника	Нет	Да	Локализация на уровне:
Были ли у Вас в прошлом операции на позвоночнике	Нет	Да (укажите какие):	Дата вмешательства:
Были ли у Вас в прошлом травмы позвоночника	Нет	Да (укажите какие):	Дата травмы:
Приходилось ли Вам длительно пребывать в сидячем положении / вести малоподвижный образ жизни до начала болей?			
Имеются ли у Вас артрозы коленных / тазобедренных суставов?			

Вопрос	Варианты ответов			
♀ Имеются ли у Вас гинекологические заболевания, сопровождающиеся болевым синдромом?	Эндометриоз	Аденомиоз	Воспалительные заболевания женских половых органов	Другое
♀ Количество родов (с эпизиотомией/разрывами/послеродовыми осложнениями)	0	1	2	3 и более
♀ Количество аборт/выкидышей	0	1	2	3 и более

Вопрос	Варианты ответов			
Имеются ли у Вас сопутствующие урологические заболевания	Простатит (♂)/уретрит/цистит (нужное подчеркнуть)	Гиперактивный мочевой пузырь	Недержание мочи	Другое
Делали ли Вы: Комплексное уродинамическое исследование (КУДИ) Цистоскопию Электрофизиологические исследования	Дата обследования, выявленные изменения			

Вопрос	Варианты ответов			
Имеются ли у Вас сопутствующие проктологические заболевания	Анальная трещина (нужное подчеркнуть)	Геморрой	Свищ прямой кишки, пресакральная (дермоидная) киста, эпителиальный копчиковый ход	Другое
Делали ли Вы: Аноскопию/РРС Колonosкопию Электрофизиологические исследования	Дата обследования, выявленные изменения			

Вопрос	Варианты ответов		
Были ли у Вас в прошлом операции: на органах брюшной полости на органах малого таза в области наружных половых органов и промежности	Нет	Да (уточните какие)	Дата операции
Были ли у Вас в прошлом онкологические заболевания органов малого таза	Нет	Да (уточните какие)	Дата заболевания
Были ли у Вас операции по поводу онкологических заболеваний органов малого таза			Дата, характер операции
Проходили ли Вы курс лучевой терапии по поводу онкологических заболеваний органов малого таза			
Проходили ли Вы курс химиотерапии по поводу онкологических заболеваний органов малого таза			
Проходили ли Вы курс химиолучевой терапии по поводу онкологических заболеваний органов малого таза			

Вопрос	Варианты ответов		
Вынуждены ли Вы были когда-либо принимать наркотические или психотропные препараты в связи с данным заболеванием в связи с другими заболеваниями	Нет	Да	Название препарата
Были ли стрессовые ситуации или сексуальное насилие в детстве?			Если да, уточните
Были ли у ближайших родственников симптомы хронической боли (тазовая, мигрень или любая другая)			Если да, уточните

Вопрос	Да	Нет	Комментарий
♀ Сохранен ли у Вас менструальный цикл? Если нет, то по какой причине: — менопауза — операции на органах малого таза			
♀ Связано ли появление/усиление болей с менструальным циклом? Испытываете ли Вы боль при половом контакте?			
♂ Бывают ли у Вас проблемы с эякуляцией/эрекцией? Испытываете ли Вы оргазм при половом акте?			
Имеете ли Вы нарушение сна/просыпаетесь от боли			

Раздел 6. Мануальные тесты перед проведением стимуляционной ЭНМГ полового нерва (заполняется врачом)

Цель: топическая диагностика уровня поражения нервов поясничного и крестцового сплетений, иннервирующих область таза.

Оценка нарушений чувствительности в области малого таза и нижних конечностей проводится до мануальных тестов, в положении пациента лежа на животе и спине.

1. Straight Leg Raise Test (SLRT) — тест подъема прямой ноги

Задача: определить вовлеченность в формирование болевого синдрома или чувствительных нарушений общих структур, формирующих седалищный (спинномозговые нервы L4, L5, S1, S2, S3, S4) и половой (спинномозговые нервы S2, S3, S4) нервы.

Интерпретация: воспроизведение болевого синдрома в области таза и нижней конечности, вероятнее всего, говорит о патологии на уровне ниже-поясничного и/или крестцового отдела позвоночника.

И Femoral Nerve Tension Test/Femoral Nerve Stretch Test (FNTT/FNST) — тест на натяжение/растяжение бедренного нерва.

Задача: определить вовлеченность в формирование болевого синдрома или нарушений чувствительности области таза нервов, формирующихся из поясничного сплетения (спинномозговые нервы L1, L2, L3, L4): подвздошно-подчревный нерв (nervus iliohypogastricus), подвздошно-паховый нерв (nervus ilioinguinalis), латеральный кожный нерв бедра (nervus cutaneus femoris lateralis), бедренный нерв (nervus femoralis), бедренно-половой нерв (nervus genitofemoralis), запирающий нерв (nervus obturatorius), добавочный запирающий нерв (nervus obturatorius accessorius).

Интерпретация: воспроизведение симптомов только в области промежности чаще указывает на патологию подвздошно-пахового и/или бедренно-полового нервов или спинномозговых нервов, их формирующих. Воспроизведение симптомов в области промежности и по наружной поверхности верхней трети бедра вероятнее говорит о патологии спинно-мозговых нервов L1, L2, L3, формирующих подвздошно-паховый, бедренно-половой и латеральный кожный нерв бедра внутри или сразу по выходу из позвоночного канала, либо патологии в области большой поясничной мышцы, где указанные нервы еще проходят рядом. Воспроизведение же симптомов в области таза и бедра и/или голени говорит о патологии одного или нескольких спинномозговых нервов верхне-поясничного отдела позвоночника.

3. FABER test (Flexion ABduction External Rotation) (Patrick's test, test Hugh Talbot Patrick) — тест на сгибание, отведение и наружную ротацию бедра

Задача: воспроизведение боли или симптомов нарушения чувствительности в области промежности, связанных с иннервацией половым, подвздошно-паховым и бедренно-половым нервами, совместно с болью в области тазобедренного сустава, крестцово-подвздошного сочленения или пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Интерпретация: воспроизведение болевого синдрома в области промежности и одного из суставов может говорить о патологии структур, иннервирующих данные части тела и имеющих общее анатомическое происхождение в проксимальном отделе.

4. FAIR test (Flexion Adduction Internal Rotation) — тест на сгибание, приведение и внутреннюю ротацию бедра или проба Бонне-Бобровниковой при синдроме грушевидной мышцы.

Задача: спровоцировать боль при тесте.

Интерпретация: воспроизведение болевого синдрома и/или симптомов нарушения чувствительности в проекции иннервации полового нерва говорит о мононейропатии с уровня компрессии или выше. Вос-

произведение болевого синдрома и/или симптомов нарушения чувствительности в области таза и нижней конечности говорит о патологии на уровне ниже-поясничного и/или крестцового отдела позвоночника.

Отсутствие симптомов не говорит об отсутствии патологии.

*Для оценки нарушений функции тазовых органов пациенту предлагается заполнить Кливлендскую шкалу оценки степени инконтиненции (Векснера) [40], Систему балльной оценки нарушений эвакуаторной функции толстой кишки [41], Опросник по оценке выраженности хронического запора (KESS) [43], а также шкалы PFDI-20, PISQ-12 для женщин и I-PSS для мужчин; выполнить дообследование в объеме аноректальной манометрии высокого разрешения, сфинктерометрии, дефекографии и/или эвакуаторной пробы [45, 46].

Обсуждение. В настоящей статье представлены результаты междисциплинарного обсуждения разработанного комплексного инструмента для дифференциальной диагностики — Опросника для оценки хронической тазовой боли и нарушений функции тазовых органов (ХТБФ) НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих. Объективная диагностика и методы лечения синдрома ХТБ или синдрома Тэйлора [14, 17] активно обсуждаются на страницах мировой печати, поскольку он до сих пор остается «диагностической и терапевтической головоломкой». В частности, даже при самом тщательном обследовании может быть не найдено какой-либо патологии [18]. U. Wesselmann (2002) в таких случаях использует термин «идиопатическая боль» [19].

В последние годы в колопроктологии ХТБ стали рассматривать как производное функциональных нарушений и топографо-анатомических взаимоотношений мышечно-связочного аппарата тазового дна и органов малого таза. «Синдром опущения промежности», «слабость тазового дна», «синдром спастического тазового дна» — все эти синдромы включают в себя не только сочетанные нарушения процессов дефекации, мочеиспускания, а также пролапса тазовых органов, но и, в большинстве своем, хроническую боль в области промежности при натуживании или после продолжительного стояния [9, 23]. В то же время, учитывая разнообразие этиопатогенетических факторов, вызывающих ХТБ, на наш взгляд, для более точного определения нейрогенного генеза боли правильнее использовать термин «хронический нейрогенный тазовый болевой синдром» [20, 24–26].

Впервые нейрогенный характер хронической тазовой боли описали J. Voisson и соавт. [31] и M.E. Neil и N.M. Swash [32]; по данным R.A. Shmidt основными причинами хронической нейрогенной тазовой боли являются миофасциальный болевой синдром и компрессия полового нерва [33]. Диагноз «нейрогенный тазовый болевой синдром» является диагнозом исключения и устанавливается лишь тогда, когда исключены все другие (воспалительные и органические) причины хронической тазовой боли.

Нарушение иннервации мышц тазового дна может быть обусловлено прежде всего нейропатией полового нерва, являющегося «королем промежности» [47]. В литературе при описании проблем нарушения иннервации МТД используются различные

термины: «пудендальная нейропатия», «пудендальная невралгия», «синдром канала полового нерва», «синдром канала Алькока», «синдром компрессии полового нерва», «туннельная пудендопатия», «интерлигаментарная пудендоневропатия» или «подгрушевидно-остистая пудендонейропатия». Нейропатия полового нерва может проявляться как болевым синдромом в дерматомах, иннервируемых половым нервом, так и выпадением чувствительности, нарушением функций удержания и эвакуации кишечного содержимого и мочи, половыми дисфункциями.

Несмотря на многочисленные публикации по изучению нейрогенных причин тазовой боли алгоритм диагностики для выявления причин ее возникновения до конца не определен. Ряд авторов подчеркивают важность изучения только латентности М-ответа при стимуляционной ЭНМГ [33], другие — исследования глубокого пудендального и бульбокавернозного рефлексов [48–52], третьи считают проведение ЭНМГ исследований необязательным [53].

На наш взгляд, хотя синдром нейрогенной тазовой боли и «аналогичен» синдрому раздраженного кишечника, поскольку является диагнозом исключения органической патологии в области органов малого таза и мышц тазового дна. Нарушение иннервации мышц тазового дна приводит к «выпадению» функции удержания кишечного содержимого и мочи, затруднению эвакуации, а также нейрогенному болевому синдрому — проявлениям одной проблемы, а именно нарушению адекватности передачи импульсов в нейрональных системах на любом участке цепи от рецепторов до коры головного мозга. Но на каком из уровней этой системы происходят патологические процессы и «сбой» — бывает довольно сложно диагностировать даже с помощью объективных методов исследования.

Как уже было отмечено, в зависимости от специализации врача, к которому обратился пациент по поводу ХТБ, используются различные диагностические и лечебные подходы, что увеличивает время постановки правильного диагноза и замедляет назначение обоснованного лечения, а в итоге — значительно влияет на качество жизни этой категории пациентов. Создание мультидисциплинарной консолидации вокруг данного Опросника однозначно не преследовало цели увеличения времени общения пациента и врача для заполнения и обработки полученных

анамнестических и клинических данных. И его наличие не исключает использование других шкал и анкет для оценки боли. Задачей данного проекта было создание эффективного инструмента для дифференциальной диагностики нейрогенной тазовой боли с нарушением функции тазовых органов от всех других причин ХТБ, которые находятся на стыке различных медицинских специальностей. Правильная маршрутизация пациента с целью экономии времени на постановку диагноза и средств как самого пациента, так и страховых компаний, невозможна без корректного опроса и понимания врачом уровня иерархии данной проблемы в каждом конкретном случае, что позволит своевременно направлять пациента к узким специалистам или создавать мультидисциплинарную команду для осуществления лечебного процесса.

В ходе представленного в настоящей статье обсуждения предлагаемого Опросника была отмечена высокая степень согласованности между специалистами как в плане достаточности информации, так интерпретации получаемых данных. По мнению участвующих в опросе респондентов, представлен-

ный инструмент может явиться хорошим подспорьем в практической деятельности. Тем не менее, следующей задачей является эффективности и удобства разработанного инструмента в дальнейших клинических исследованиях. В настоящее время ведется работа в этом направлении, и ее результаты будут представлены в последующих публикациях.

Выводы

Проведено мультидисциплинарное обсуждение разработанного комплексного инструмента дифференциальной диагностики — Опросника для оценки хронической тазовой боли и нарушений функции тазовых органов (ХТБФ) НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих, с целью выявления пациентов с нейрогенным генезом боли. Получено согласие респондентов по достаточности данных Опросника и удобстве интерпретации получаемых результатов. Разработанный Опросник, несомненно, требует апробации в клинической практике, прежде чем может быть рекомендован для широкого применения в практическом здравоохранении.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Korwisi B, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JW, Wang SJ. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019;160(1):19-27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
2. Nicholas M, Vlaeyen JW, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel RM, Cohen S, Evers MA, Giamberardino A, Goebel B, Korwisi S, Perrot P, Svensson S-J Wang, Treede R-D. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*. 2019;160(1):28-37. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390>
3. Бахтадзе М.А., Чурюканов М.В., Кукушкин М.Л., Давыдов О.С., Проскуряков К.В., Качановский М.С. Опросник для оценки центральной сенситизации: лингвистическая адаптация русскоязычной версии. *Российский журнал боли*. 2020;18(4):40-45. Bakhtadze MA, Churyukanov MV, Kukushkin ML, Davydov OS, Proskuryakov KV, Kachanovsky MS. Central sensitization inventory: linguistic adaptation of the Russian version. *Rossiiskij zhurnal boli*. 2020;18(4):40-45. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/pain20201804140>
4. Есин О.Р., Горобец Е.А., Хайруллин И.Х., Есин Р.Г., Гамирова Р.Г., Шамсутдинова Р.Ф., Федоренко А.И., Фасхутдинова А.Т., Хакимова А.Р. Опросник центральной сенситизации — русскоязычная версия. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020;120(6):51-56. Esin OR, Gorobec EA, Hajrullin IH, Esin RG, Gamirova RG, Shamsutdinova RF, Fedorenko AI, Faskhutdinova AT, Hakimova AR. The questionnaire of central sensitization is a Russian — language version. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2020;120(6):51-56. (In Russ.). Дата обращения 12.12.22. <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikiatrii-im-s-s-korsakova/2020/6/1199772982020061051?ysclid=lblzu5n hls323915877>
5. Rief W, Hiller W, Heuser J. *SOMS — Das Screening für Somatoforme Störungen: Manual zum Fragebogen*. Bern: Huber; 1997.
6. Яроцкая Е.Л. Тазовые боли у женщин: вопросы диагностики и лечения. *Consilium Medicum*. 2016;18(6):82-86. (In Russ.). Дата обращения 12.12.22. <https://cyberleninka.ru/article/n/tazovyye-boli-u-zhenschin-voprosy-diagnostiki-i-lecheniya?ysclid=lblzqr8ft599947032>
7. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. *Pain Suppl*. 1986;3:1-226. Дата обращения 12.12.22. <https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/classification-of-chronic-pain-second-edition-revised/>
8. Hooker A.B., van Moorst B.R., van Haarst E., P et al. Chronic pelvic pain: evaluation of the epidemiology, baseline demographics, and clinical variables via a prospective and multidisciplinary approach. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2013;40(4):492-498. PMID: 24597241.
9. Попова И.С., Перов Ю.В., Михайлов И.А. Хроническая тазовая боль в колопроктологии — стратификация терминологических понятий. *Современные проблемы науки и образования*. 2017;3. Дата обращения: 12.12.22. Popova IS, Perov YuV, Mihajlov IA. Chronic pelvic pain in coloproctology is a stratification of terminological concepts. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2017;3. (In Russ.). <https://science-education.ru/ru/article/view?id=26440>
10. Lamvu G, Carrillo J, Ouyang C, Rapkin A. Chronic Pelvic Pain in Women: A Review. *JAMA*. 2021;325(23):2381-2391. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.2631>
11. Clemens JQ, Mullins C, Ackerman AL, Bavendam T, van Bokhoven A, Ellingson BM, Harte SE, Kutch JJ, Lai HH, Martucci KT, Moldwin R, Naliboff BD, Pontari MA, Sutcliffe S, Landis JR.; MAPP Research Network Study Group. Urologic chronic pelvic pain syndrome: insights from the MAPP Research Network. *Nat Rev Urol*. 2019;16(3):187-200. <https://doi.org/10.1038/s41585-018-0135-5>
12. Извозчиков С.Б. Синдром хронической тазовой боли — современный взгляд на проблему. *Клиницист*. 2011;2:62-67. (In Russ.). Дата обращения 12.12.22. <https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-hronicheskoy-tazovoy-boli-sovremennyy-vzglyad-na-problemu?ysclid=lblzo4f0me215215024>

13. Shoskes DA, Nickel JC, Dolinga R. Clinical phenotyping of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and correlation with symptom severity. *Urology*. 2009;73:538-543. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2008.09.074>
14. Grinberg K, Sela Y, Nissanholtz-Gannot R. New Insights about Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS). *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(9):3005. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093005>
15. Abrams P, Cardozo L, Fall V. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardization Subcommittee of the International Continence Society. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002;187:116-126. [https://doi.org/10.1016/s0090-4295\(02\)02243-4](https://doi.org/10.1016/s0090-4295(02)02243-4)
16. Haylen BT, de Ridder D, Freeman R, Swift SE, Berghmans B, Lee JK, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*. 2010;29. <https://doi.org/10.1002/nu.20798>
17. Протопопова Н.В., Коган А.С., Семендяев А.А., Бочков В.В. Современные представления об этиологии, патогенезе, диагностике и лечении хронической тазовой боли у женщин. *Acta Biomedica Scientifica*. 2005;6. Дата обращения: 12.12.22. Protoporova NV, Kogan AS, Semendyaev AA, Bochkov VV. Modern ideas about the etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment of chronic pelvic pain in women. *Acta Biomedica Scientifica*. 2005;6. (In Russ.). <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-predstavleniya-ob-etiology-patogeneze-diagnostike-i-lechenii-hronicheskoy-tazovoy-boli-u-zhenshin>
18. Tirlapur SA, Daniels JP, Khan KS; MEDAL trial collaboration. Chronic pelvic pain: how does noninvasive imaging compare with diagnostic laparoscopy? *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2015;27(6):445-448. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000222>
19. Wesselmann U. Clinical characteristics and pathophysiology of pelvic pain in women. *Schmerz*. 2002;6(16):467-475.
20. Воробьев Г.И., Древал О.Н., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А., Чагава Д.А. Нейрогенные причины хронического тазового болевого синдрома. *Колопроктология*. 2004;3(9):41-44. Vorob'ev GI, Dreval ON, Shelygin YuA, Blagodarnyj LA, Chagava DA. Neurogenic causes of chronic pelvic pain syndrome. *Koloproktologiya*. 2004;3(9):41-44. (In Russ.).
21. Leonardi M, Armour M, Gibbons T, Cave A, As-Sanie S, Condous G, Cheong YC. Surgical interventions for the management of chronic pelvic pain in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;12(12):CD008212. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008212.pub2>
22. Житницкий П.Е., Горбунов А.К., Ященко А.Л. Кокцигодия — туннельный синдром п. Pudendus: диагностика и лечение. *Сибирский медицинский журнал*. 2001;5:63-65. Zhitnickij RE, Gorbunov AK, Yashchenko AL. Coccygodynia — tunnel syndrome N. Pudendus: diagnosis and treatment. *Sibirskij medicinskij zhurnal*. 2001;5:63-65. (In Russ.).
23. Martí-Ragué J. Trastornos del suelo pélvico [Pelvic floor disease]. *Cir Esp*. 2005;77(5):254-257. (Spanish). [https://doi.org/10.1016/s0009-739x\(05\)70849-6](https://doi.org/10.1016/s0009-739x(05)70849-6)
24. Antolak SJ, Hough DM, Spinner RJ. Anatomical basis of chronic pelvic pain syndrome: the ischial spine and pudendal nerve entrapment. *Med Hypotheses*. 2002;59:349-353. [https://doi.org/10.1016/s0306-9877\(02\)00218-9](https://doi.org/10.1016/s0306-9877(02)00218-9)
25. Boisson J, Debbasch L, Bensaude A. Les algies anorectales essentielles. *Arch Fr Mai Appar Dig*. 1966;55:3-24.
26. Neil ME, Swash M. Chronic perineal pain: An unresolved problem J. R. *Soc Med*. 1982;75:96-101. <https://doi.org/10.1177/014107688207500205>
27. Schmidt RA. Technique of pudendal Nerve Localization For Block or Stimulation. *J Urol*. 1991;142:1528-1531. [https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(17\)39150-4](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)39150-4)
28. Baldry PE. Myofascial pain and fibromyalgia syndromes. A clinical guide to diagnosis and management. Edinburgh: Churchill Livingstone. 2001;250-259.
29. Sinaki M, Meritt JL, Stillwell OK. Tension myalgia of the pelvic floor. *Mayo Clinic Proceedings*. 1977;52:717-722. PMID: 926848.
30. Smith WT. Levator Spasm syndrome. *Minnesota Medicine*. 1959;42:1076-1079.
31. Travell JG, Simons DG. *Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1983.
32. Antolak SJ, Hough DM. *Ejaculatory pain associated with noninflammatory urogenital pain*. Rochester: Mayo Foundation; 2002.
33. Hough DM, Wittenberg KH, Pawlina W, et al. Chronic perineal pain caused by pudendal nerve entrapment: anatomy and CT-guided perineural injection technique. *AJR*. 2003;181:561-567. <https://doi.org/10.2214/ajr.181.2.1810561>
34. Kaur J, Leslie SW, Singh P. Pudendal Nerve Entrapment Syndrome. 2022. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. PMID: 31334992.
35. Indraccolo U, Nardulli R, Indraccolo SR. Estimate of the proportion of uncertain diagnoses of pudendal neuralgia in women with chronic pelvic-perineal pain: A systematic review with a descriptive data synthesis. *NeuroUrol Urodyn*. 2020;39(3):890-897. <https://doi.org/10.1002/nu.24303>
36. Извозчиков С.Б. Механизмы формирования и диагностика туннельных пудендонейропатий. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019;119(11):98-102. Izvozchikov SB. Mechanisms of formation and diagnosis of tunnel pudendoneuropathies. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova*. 2019;119(11):98-102. (In Russ.).
37. Beco J, Klimov D, Bex M. Pudendal nerve decompression in perineology: a case series. *MC Surgery*. 2004;4:15. <https://doi.org/10.1186/1471-2482-4-15>
38. Петрова М.М., Шнайдер Н.А., Пронина Е.А. и др. Диагностика нейропатической боли: шкалы и вопросники. *Сибирское медицинское обозрение*. 2020;(3):61-69. Petrova MM, Shnajder NA, Pronina EA, et al. Diagnosis of neuropathic pain: scales and questionnaires. *Sibirskoe medicinskoe obozrenie*. 2020;(3):61-69. (In Russ.).
39. Chalmers KJ, Catley MJ, Evans SF, Moseley GL. Clinical assessment of the impact of pelvic pain on women. *Pain*. 2017;158(3):498-504. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000789>
40. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1993;1(36):77-97. <https://doi.org/10.1007/BF02050307>
41. Шельгин Ю.А., Бирюков О.М., Титов А.Ю., Фоменко О.Ю., Мудров А.А. Существуют ли предикторы результатов хирургического лечения ректоцеле? *Колопроктология*. 2015;1(51):64-69. Shelygin YuA, Biryukov OM, Titov AYU, Fomenko OYu, Mudrov AA. Are there predictors of the results of surgical treatment of rectocele? *Koloproktologiya*. 2015;1(51):64-69. (In Russ.).
42. Agachan F, Chen T, Pfeifer J, Reissman P, Wexner SD. A Constipation Scoring System to Simplify Evaluation and Management of Constipated Patients. *Dis Colon Rectum*. 1996;6(39):681-685. <https://doi.org/10.1007/BF02056950>
43. Фоменко О.Ю., Морозов С.В., Морозов Д.А., Шкода А.С., Порядин Г.В., Кашников В.Н., Попов А.А., Федоров А.А., Козлов В.А., Белоусова С.В., Пименова Е.С., Некрасов М.А., Ачкасов С.И. Валидация русскоязычной версии опросника по оценке выраженности хронического запора. *Акушерство и гинекология*. 2021;12:136-145. Fomenko OYu, Morozov SV, Morozov DA, Shkoda AS, Poryadin GV, Kashnikov VN, Popov AA, Fedorov AA, Kozlov VA, Belousova SV, Pimenova ES, Nekrasov MA, Achkasov SI. Validation of the Russian version of the questionnaire to assess the severity of chronic constipation. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2021;12:136-145. (In Russ.). <https://doi.org/10.18565/aig.2021.12.136-145>
44. Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CF, Askham J, Marteau T. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess*. 1998;2(3):1-88. <https://doi.org/10.3310/HTA2030>
45. Carrington EV, Scott SM, Bharucha A, Mion F, Remes-Troche JM, Malcolm A, Heinrich H, Fox M, Rao SS. International Anorectal Physiology Working Group and the International Working Group for Disorders of Gastrointestinal Motility and Function. Expert consensus doc-

- ument: Advances in the evaluation of anorectal function. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2018;15(5):309-323. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2018.27>
46. Shelygin YuA, Fomenko OYu, Morozov SV, Maev IV, Nikityuk DB, Aleshin DV, Achkasov SI, Barkalova EV, Bashankaev BM, Biryukov OM, Biryukova MG, Bordin DS, Vardanyan AV, Veselov AV, Gvozdev MYu, Indejkina LH, Isakov VA, Kasyan GR, Kuz'minov AM, Kucheryavij YuA, Pilipenko VI, Pimenova ES, Popov AA, Puchkov KV, Rybakov EG, Titov AYu, Fyodorov AA, Fyodorov ED, Chernyshov SV, Shapina MV, Shornikov PV. High-resolution anorectal manometry. Recommendations on Russian-language terminology based on interdisciplinary consensus. *Ekspierimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya*. 2020;174(2):55-64. (In Russ.). <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-174-2-55-64>
 47. Аполихина И.А., Миркин Я.Б., Эйзенх И.А., Малинина О.Ю., Бедретдинова Д.А. Тазовые дисфункции и болевые синдромы в практике уролога. *Экспериментальная и клиническая урология*. 2012;2:84-90. Дата обращения 12.12.22. Apolihina IA, Mirkin YaB, Eizenah IA, Malinina OYu, Bedretdinova DA. Pelvic dysfunctions and pain syndromes in the practice of a urologist. *Ekspierimentalnaya i klinicheskaya urologiya*. 2012;2:84-90. (In Russ.). <https://cyberleninka.ru/article/n/tazovye-disfunktsii-i-bolevye-sindromy-v-praktike-urologa?ysclid=lbkq77hxl4362608829>
 48. Olsen AL, Ross M, Stansfield RB, Kreiter C. Pelvic floor nerve conduction studies: establishing clinically relevant normative data. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189:1114-1119. [https://doi.org/10.1067/s0002-9378\(03\)00551-9](https://doi.org/10.1067/s0002-9378(03)00551-9)
 49. Contreras Ortiz O, Bertotti AC, Rodriguez Nuñez JD. Pudendal reflexes in women with pelvic floor disorders. *Zentralbl Gynako*. 1994;116(10):561-565. PMID: 7810243.
 50. Фоменко О.Ю., Ачкасов С.И., Краснополяский В.И., Мартынов М.Ю., Порядин Г.В., Попов А.А., Салмаси Ж.М., Белоусова С.В., Алешин Д.В., Козлов В.А., Федоров А.А., Некрасов М.А., Ефремова Е.С. Роль комплексного нейрофизиологического исследования в диагностике нейропатии полового нерва у пациенток с пролапсом тазовых органов и болевым синдромом. *Акушерство и гинекология*. 2020;6:72-79. Fomenko OYu, Achkasov SI, Krasnopol'skij VI, Martynov MYu, Poryadin GV, Popov AA, Salmasi ZhM, Belousova SV, Aleshin DV, Kozlov VA, Fedorov AA, Nekrasov MA, Efremova ES. The role of complex neurophysiological research in the diagnosis of genital nerve neuropathy in patients with pelvic organ prolapse and pain syndrome. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2020;6:72-79. (In Russ.). <https://doi.org/10.18565/aig.2020.6.72-79>
 51. Фоменко О.Ю., Порядин Г.В., Мартынов М.Ю., Кашников В.Н., Шкода А.С., Козлов В.А., Белоусова С.В., Румянцев А.С., Ачкасов С.И. Роль бульбокавернозного рефлекса в диагностике нейропатии у больных пролапсом тазовых органов с болевым синдромом. *Акушерство и гинекология*. 2021;5:121-127. Fomenko OYu, Poryadin GV, Martynov MYu, Kashnikov VN, Shkoda AS, Kozlov VA, Belousova SV, Rumiantsev AS, Achkasov SI. The role of the bulbo-cavernous reflex in the diagnosis of neuropathy in patients with pelvic organ prolapse with pain syndrome. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2021;5:121-127. (In Russ.). <https://doi.org/10.18565/aig.2021.5.121-127>
 52. Коган М.И., Белоусов И.И., Шорников П.В. Нейрофизиологическая оценка пациентов с хроническим простатитом (синдром хронической тазовой боли III Б). *Урология*. 2012;4:37-42. Дата обращения 12.12.22. Kogan MI, Belousov II, Shornikov PV. Neurophysiological assessment of patients with chronic prostatitis (chronic pelvic pain syndrome III B). *Urologiya*. 2012;4:37-42. (In Russ.). <https://urologyjournal.ru/ru/archive/article/11521>
 53. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, Oberpenning F, Williams AC; European Association of Urology. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urol*. 2010;57(1):35-48. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2009.08.020>

Поступила 10.10.2022

Received 10.10.2022

Принята к печати 14.10.2022

Accepted 14.10.2022