

Синдром хронической тазовой боли

Ю.Н. Гурженко, В.В. Спиридоненко

ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

В статье приведены основные аспекты этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения синдрома хронической тазовой боли.

Ключевые слова: синдром хронической тазовой боли, альфа-адреноблокаторы, хронический простатит.

Болевой синдром в урологии, как правило, ассоциирован с нарушением акта мочеиспускания, хотя сегодня существует масса указаний на повышение эпидемиологии стойкого болевого синдрома в зоне малого таза, часто ассоциированного с хроническим простатитом (ХП), гениталгией, эякуляторной и постэякуляторной болью. Считается, что вышеуказанные расстройства способны негативно влиять на качество жизни мужчины и сексуальной пары [1–7]. Неудивительно, что сегодня исследованиями была установлена высокая ассоциация встречаемости ПЭБ (постэякуляторная боль) с наличием ХП/СХТБ (хронический простатит/синдром хронической тазовой боли) у мужчин [54].

По мнению Европейской Ассоциации Урологов «хроническая тазовая боль» – незлокачественная боль, которую испытывает мужчина или женщина в структурах, расположенных в полости таза, в случае, когда документально подтвержденная ноцицептивная боль становится хронической, то есть должна быть постоянной, или периодически повторяющейся в течение не менее 6 мес. Если документально подтверждены механизмы неострой боли, тогда ее можно считать хронической независимо от промежутка времени. Во всех случаях могут возникать негативные когнитивные, поведенческие и социальные последствия (новое определение), обусловленные болью.

Синдром хронической тазовой боли – наличие постоянной или периодически повторяющейся эпизодической тазовой боли, связанной с симптомами, свидетельствующими о дисфункции нижнего мочевого тракта, нарушении половой функции, кишечной или гинекологической дисфункции. Наличие инфекционного заболевания или какой-либо другой

очевидной патологии при этом не подтверждено (International Continence Society, 2002).

Определение «синдром боли в предстательной железе» было заимствовано из согласованного определения и классификации простатита NIH (National Institutes of Health). Состояния, которые NIH называют «синдромом хронической тазовой боли» (IIIA и IIIB категории) представлены в табл. 1.

В США СХТБ, осложняющий течение ХП, встречается достаточно часто – у 10–15% лиц, что составляет около 2 млн амбулаторных обращений в год [9].

Распространенность СХТБ в общей популяции городских мужчин составляет 2,7%, не характеризуется какой-либо возрастной зависимостью, однако отрицательно влияет на эректильную функцию [53].

Этиологические факторы развития СХТБ:

- инфекция;
- нарушение кровообращения в предстательной железе (ПЖ);
- нейровегетативные расстройства моторной функции ПЖ, нижних мочевых путей (повышенная чувствительность α_1 -адренорецепторов, динамическая обструкция нижних мочевых путей, уретро-простатические рефлюксы, гиперактивность мочевого пузыря);
- нейрогенные нарушения функции мышц тазового дна;
- нарушение барьерной функции ПЖ;
- гормональный дисбаланс;
- нарушения иммунитета;
- аллергические проблемы;
- дефицит витаминов и микроэлементов;
- психосоматические нарушения [3].

Одним из наиболее значимых клинических нюансов является то, около 1–10% случаев постэякуляторной боли протекает у лиц без какой-либо выявленной патологии [8].

Подтверждением ассоциации ПЭБ с воспалительным генезом патологии в простатовезикулярном комплексе (ПВК) являются результаты исследования пациентов с СХТБ [4],

Таблица 1

Классификация синдрома простатита, разработанная Национальным Институтом Здоровья (NIH) США

Категория	Название	Описание
I	Острый бактериальный простатит	Острый воспалительный процесс в предстательной железе
II	Хронический бактериальный простатит	Рецидивный воспалительный процесс предстательной железы
III	Хронический бактериальный простатит/синдром хронической тазовой боли (CPPS)	Отсутствие явного воспалительного процесса
IIIA	Воспалительный синдром хронической тазовой боли	Воспалительная природа заболевания. Определяются продукты воспаления (лейкоциты) в эякуляте/секрете предстательной железы/моче, полученной после массажа предстательной железы
IIIB	Невоспалительный синдром хронической тазовой боли	Невоспалительный характер патологического процесса. Отсутствие продуктов воспаления (лейкоцитов) в эякуляте/секрете предстательной железы/моче/ полученной после массажа предстательной железы
IV	Бессимптомное воспаление предстательной железы	Асимптоматический инфекционный простатит. При отсутствии клинических симптомов заболевания диагноз устанавливается на основании микроскопического исследования биопсийных образцов предстательной железы или секрета предстательной железы, полученного во время диагностического процесса, предприняемого по поводу иных заболеваний

у 24% из них была отмечена болезненная эякуляция. Высокий уровень ПЭБ (57%), был установлен у мужчин с бактериальным простатитом категории II или IIIA по классификации NIH [39].

У многих мужчин ПЭБ может быть единственным проявлением ХП/СХТБ.

Одной из причин СХТБ считают развитие сжимающей мононевропатии пудендального нерва при ДГПЖ (доброкачественной гиперплазии ПЖ) и ХП. Использование нейрофизиологических тестов (электронейромиография мышц промежности и полового члена) актуально для измерения пудендальной невропатии, вызванной давлением на промежность, сдавления пудендального нерва в виде «синдрома пудендального канала» или развития пудендальной невралгии [41]. В данном случае причиной может выступать длительное сидение, скалолазание, переизбыток упражнений на сгибание бедер (приседания и поджимания ног), а также тазовые движения в момент полового акта.

В генезе пудендальной невралгии важным фактором может выступать травма пудендального нерва в виде сжатия между некоторыми связками, мышечная обтурация, скольжение пудендального нерва между слоями обтурационной фасции при сгибании тазобедренного сустава (синдром пудендального канала).

Согласно современным исследованиям, дисоргазмия часто встречается у пациентов молодого возраста с СХТБ [26]. Так, Shoskes et al. [19] болезненную эякуляцию у лиц с СХТБ обнаружили в 24%.

Основным симптомом, характеризующим СХТБ, является боль или дискомфорт в области промежности, малого таза, иногда иррадиирующая в нижние отделы спины, живота, промежность и наружные половые органы. Симптомы нарушения мочеиспускания стоят на втором месте и встречаются приблизительно у половины больных СХТБ.

Следующая группа симптомов – это сексуальные расстройства. СХТБ в значительной мере обуславливает возникновение психологических расстройств, снижая тем самым качество жизни больных.

Для оценки симптомов ХП в настоящее время используют шкалу NIH-CPPS (National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index), включающую девять вопросов, касающихся всех аспектов СХТБ: боль, нарушение мочеиспускания и влияние на качество жизни. Поскольку диагностировать СХТБ можно лишь методом исключения, целью клинического обследования является исключение каких-либо очевидных заболеваний мочеполовых органов, кишечника, нервной системы и др., способных вызвать имеющуюся боль.

Клиническое исследование включает стандартный сбор жалоб и уточнение анамнеза. При этом обращают внимание на ранее перенесенные или рецидивирующие инфекции мочевых путей, заболевания, передающиеся половым путем и т. д. Также необходимо учитывать имеющиеся сопутствующие заболевания, способные повлиять на возникновение СХТБ (сахарный диабет, нарушения иммунного статуса и т. д.).

Клиническое обследование должно включать осмотр и пальпацию наружных половых органов, промежности, паховой области, нижних отделов живота и пальцевое ректальное исследование. Для уточнения размеров и состояния ПЖ рекомендуют ультразвуковое исследование. Несмотря на отсутствие специфических ультразвуковых признаков СХТБ, у таких больных часто выявляют кальцинаты в паренхиме и конкременты ПЖ, а также усиление кровотока при доплерографическом исследовании.

Уродинамическое исследование необязательно проводить всем больным СХТБ, однако при наличии симптомов нарушения мочеиспускания рекомендуют определить объем остаточной мочи и выполнить урофлоуметрию. Для верификации инфравезикальной обструкции или детрузорно-сфинктерной диссинергии больным показано проведение

комплексной уродинамической диагностики, включающей исследование давление/поток с одновременной регистрацией активности поперечно-полосатого сфинктера мочеиспускательного канала и профиль внутриуретрального давления.

Общий анализ мочи производят с целью скрининга инфекции мочевых путей и гематурии.

Важным в диагностике СХТБ остается локализационный четырехстаканный тест. В ходе теста исследуют четыре образца:

- первая порция мочи,
- средняя порция мочи,
- пузырная порция,
- постмассажная порция мочи.

Тест позволяет дифференцировать любую категорию простатита по классификации NIH, а также уретрит.

Определение уровня простатоспецифического антигена (ПСА) является одной из составляющих частей лабораторного диагностического комплекса у больных СХТБ. Как правило, у большинства больных этой категории показатель ПСА в норме, однако у ряда больных возможно повышение уровня ПСА, которое связывают с воспалительным процессом в ПЖ. В случае сохранения повышенного уровня ПСА после курса антибактериальной терапии у больных с клиническими проявлениями ХП решают вопрос о биопсии ПЖ.

Терапия СХТБ характеризуется сложностью, поликомпонентностью, длительностью, необходимостью назначения пробных курсов.

Медикаментозная терапия ХАП/СХТБ, как и любого другого заболевания, должна быть этиопатогенетической, учитывать активность, категорию и степень распространенности процесса, являться комплексной и индивидуальной для каждого больного. Лечение подбирается эмпирически, посимптомно, что с точки зрения доказательной медицины недопустимо. Гарантировать полное излечение ХАП/СХТБ невозможно, поэтому целью лечения, особенно для пациентов категории IIIВ, является улучшение качества жизни.

Для лечения СХТБ в настоящее время используют, исходя из индивидуальных особенностей больного, препараты нескольких групп. Из них **α-адреноблокаторы** являются «золотым стандартом» лечения ХАП/СХТБ.

Кроме α-адреноблокаторов в лечении ХАП используют **миорелаксанты и спазмолитики**, патогенетическое применение которых обуславливается нейромышечной теорией патогенеза ХАП/СХТБ. Применение **нестероидных противовоспалительных препаратов** может оказаться эффективным при лечении некоторых пациентов ХАП/СХТБ.

Также применяют **ингибиторы 5-альфа-редуктазы**, которые оказывают благотворное влияние на мочеиспускание и уменьшают боль при ХАП/СХТБ. Лечебное действие **антихолинергических средств** заключается в ослаблении симптомов императивного мочеиспускания, дневной и ночной поллакиирии и поддержании нормальной половой активности.

Учитывая то, что возникновение небактериального простатита обусловлено иммунологическими процессами, ускоренными неизвестным антигеном или аутоиммунной реакцией, применяются **иммуноотропные препараты**. К назначению специальной иммунокорректирующей терапии надо относиться с большой осторожностью и назначать ее только в случае выявления патологических сдвигов по результатам иммунологического обследования.

Биорегуляторные пептиды широко применяются при лечении ХАП. Препараты представляют собой комплексы биологически активных пептидов, выделенных из ПЖ крупного рогатого скота. Используется их симптоматический эффект при ХП, противовоспалительное, ангиопротекторное и трофическое действие.

Комплексы витаминов и микроэлементов играют важное вспомогательное значение при лечении больных ХП. Среди них наиболее важное значение играют витамины

группы В, витамины А, Е, С, D, цинк и селен. Кроме того, используют **ангиотрофики** (дипиридамол, кверцетин, флелобоники), **нейротрофики** (гамма-оксимасляная кислота, пирацетам, фенибут, аминокислоты, галантамина гидробромид и др.), комбинации различных физиотерапевтических методов (переменные токи, магнитотерапия), бальнеотерапия, иглорефлексотерапия, кинезотерапия, аутотренинг, психологическая терапия.

Достаточно широко в лечении ХП используются **многокомпонентные фитопрепараты**, так как их применение обеспечивает положительное влияние на несколько звеньев патогенеза ХАП/СХТБ.

Преимущества фитотерапии в лечении ХАП/СХТБ:

- Фитотерапевтические препараты обладают более выраженной терапевтической активностью и меньшим спектром побочных эффектов, чем синтетические препараты.
- Широкий диапазон терапевтического действия и незначительная токсичность позволяют длительно применять фитопрепараты без риска развития осложнений, особенно если учитывать возраст больных и сопутствующую патологию.
- Фармакодинамика фитопрепаратов позволяет влиять на несколько патогенетических звеньев.
- Адекватное модулирующее влияние этих препаратов на иммунитет, обмен веществ (гиполипидемическое, антисклеротическое действие).
- Лечение фитопрепаратами возможно в амбулаторных условиях.
- Фармакоэкономические показатели (стоимость курса лечения) фитопрепаратами более лучшие, нежели при использовании химиотерапевтических средств.
- Большой ассортимент фитопрепаратов позволяет индивидуализировать терапию, провести адекватную замену.

Механизм действия фитопрепаратов при ХАП/СХТБ поливалентен:

- 1) противовоспалительное,
- 2) антиоксидантное,
- 3) блокатор 5-альфа-редуктазы и ароматазы,
- 4) улучшение функции детрузора,
- 5) антиандрогенное и/или антиэстрогенное,
- 6) воздействие на фактор роста (антипролиферативное действие),
- 7) уменьшение уровня глобулина, связывающего половые гормоны,
- 8) коррекция обмена простагландинов,
- 9) цитотоксическое влияние на гиперплазированные клетки ПЖ.

Наиболее часто при лечении больных с ХАП/СХТБ используются: пальма *Serenoa repens*, африканская слива *Rugosa africana*, томат, тыква, черный тополь, эхинацея, крапива, трава дурнушника колючего, листья осины, золотарник, якорцы стелющиеся (Трибекс) и много других. Эффективность этих растений при ХАП/СХТБ обусловлена присутствием в них фитостеролов.

Механизм действия фитостеролов совпадает с механизмом действия фитопростатопротекторов:

- ингибирование синтеза простагландинов в ПЖ;
- сокращение в печени продукции глобулина, связывающего половые гормоны;

- блокирующее действие на андрогеновые рецепторы;
- ингибирование пролиферации простатического эпителия, индуцированного факторами роста;
- блокада 5 α -редуктазы в клетках ПЖ.

Согласно последним данным [4, 5], у пациентов с ПЭБ был получен эффект от последовательной трехэтапной терапии (кеторолак 10 мг каждые 6 ч в течение 5 дней и амитриптилин перед сном, увеличивая дозу с 10-дневными интервалами от 10 до 50 мг, с дальнейшей перинеальной гиперпротекцией). Программа «perineal hyperprotection» – это исключение деятельности, включающей сгибание бедер, исключение велоспорта, приседания и упражнений для ног (типа «ножницы»), а также применение подушки с целью исключения давления на седалищные бугры.

Описана методика инъекционной терапии в форме перинеальных инъекций в пудендальный нерв смеси бупивакаина (1 мл) и триамцинолона (3 мл) 1 раз в 2 нед в течение 6 нед, в межсвязочное пространство между крестцово-спинальными и крестцово-подвздошными связками. Положительный ответ обычно отмечается через 10–20 дней.

Варианты лечения СХТБ представляют собой различные направления:

- аутотренинг совместно с проведением тренировки мышц промежности;
- применение лекарственной терапии (НПВС, альфа-адреноблокаторы, топирамат, габапентин, венлафаксин);
- при наличии упорного болевого синдрома, осложненного болезненной эякуляцией – хирургическое лечение (резекция крестцовых скарспинальной и других связок, нейролиз пудендального нерва).

Однако все вышеперечисленное не дает гарантии полной ликвидации болевого дискомфорта. Следует проводить дальнейшие исследования с целью выяснения этиологии и возможностей лечения данной патологии [45].

Одной из самых широко используемых в урологии групп, являются альфа-адреноблокаторы, из которых наибольшее применение получил специфический блокатор альфа1D-адренергических рецепторов в нижних мочевых путях – тамсулозин [27].

Считается, что более длительные курсы лечения (от 12 нед до 6 мес) превосходят короткие курсы по эффективности ликвидации расстройств в виде СНМП у пациентов с ХП/СХТБ. Согласно данным некоторых исследователей, применение альфа-адреноблокаторов у лиц с СХТБ и сопутствующей ПЭБ дает хорошие терапевтические результаты [58].

Ряд рандомизированных плацебо-контролируемых исследований у мужчин с ХП/СХТБ [59–61], которые использовали индекс симптомов простатита в качестве оценки эффективности лечения (включая шкалу для оценки тяжести дискомфорта/боли), показали, что α -адреноблокаторы могут снижать симптомы боли (включая ПЭБ), связанные с диагнозом ХП/СХТБ.

Недавний анализ пациентов с ХП/СХТБ в когортном исследовании Collaborative Research Networks Chronic Prostatitis Cohort [22], установил, что около 75% мужчин имеют невысокие шансы к улучшению общего показателя качества жизни в контексте выраженности болевого синдрома в течение 1 года лечения.

Синдром хронічного тазового болю Ю.М. Гурженко, В.В. Спиридоненко

У статті приводяться основні аспекти етіології, патогенезу, клініки, діагностики і лікування синдрому хронічного тазового болю.

Ключові слова: синдром хронічного тазового болю, альфа-адреноблокатори, хронічний простатит.

Chronic treat pain syndrome Yu.N. Gurzhenko, V.V. Spirydonenko

In the article the main aspects of etiology, pathogenesis, clinic, diagnostics and treatment of chronic pelvic pain syndrome are given.

Key words: chronic pelvic pain syndrome, alpha-adrenoblockers, chronic prostatitis.

Сведения об авторах

Гурженко Юрий Николаевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а.
E-mail: 7espoir@rambler.ru

Спирidonенко Владимир Владимирович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а.
E-mail: bro-vladimir@yandex.ua

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Pescatori E.S.; Pirozzi F. (2009) Eiaculazione dolorosa: una rassegna. *Urologia*. Vol. 76 Issue 4, P. 230–235.
- Mah K., Binik Y.M. (2001) The nature of human orgasm: a critical review of major trends// *Clin Psychol Rev.*; 21: 823–856.
- Helgason A.R., Fredrikson M., Adolffson J., Steineck G. (1995) Decreased sexual capacity after external radiation therapy for prostate cancer impairs quality of life// *Int J Radiat Oncol Biol Phys.*; 32: 33–39.
- Helgason A.R., Adolffson J., Dickman P. et al. (1997) Factors associated with waning sexual function among elderly men and prostate cancer patients// *J Urol.*; 158: 155–159.
- Rust J., Golombok S., Collier J. (1988) Marital problems and sexual dysfunction: how are they related? // *Br J Psychiatry.*; 152: 629–631.
- Hartman L.M. (1983) Effects of sex and marital therapy on sexual interaction and marital happiness. *J Sex Marital Ther.*; 9: 137–151.
- Barnas J., Parker M., Guhring P., Mulhall J.P. (2005) The Utility of Tamsulosin in the Management of Orgasm-Associated Pain: A Pilot Analysis // *EU. March*. Vol.47, Issue 3, P. 361–365.
- Lacroix P., Hubeaux K., Raibaut P., Amarengo G. (2007) Éjaculation douloureuse // *Pelvi-périnéologie*. December. Vol. 2, Issue 4, P. 356–359.
- Murphy A.B., Macejko A., Taylor A., Nadler R.B. (2009) Chronic prostatitis: management strategies. *Drugs*; 69(1):71–84.
- Shoskes D.A. et al. (2004) Impact of post-ejaculatory pain in men with category iii chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrom // *J of Urol*. Vol. 172, Issue 2, PP. 542–547.
- Kaplan H. Post-ejaculatory pain syndrome (1993)// *J. Sex & Marital Ther*. Vol. 19. Issue 2, PP. 91–103.
- Perez, M.A., Skinner E.C., Meyerowitz B.E. (2002) Sexuality and intimacy following radical prostatectomy: patient and partner perspectives. *Health Psychol.*; 21: 288–293.
- Barnas J.L., Pierpaoli S., Ladd P., et al. (2004) The prevalence and nature of orgasmic dysfunction following radical prostatectomy. *BJU Int.*, in press.
- Steg A., Zerbib M., Conqy S. (1988) Sexual disorders after an operation for benign prostatic hypertrophy. *Ann Urol (Paris)*; 22: 129–133.
- Pryor J.P., Hendry W.F. (1991) Ejaculatory duct obstruction in subfertile males: analysis of 87 patients. *Fertil Steril.*; 56: 725–30.
- Goldwasser B.Z., Weinerth J.L., Carson C.C. (1985) Ejaculatory duct obstruction: the case for aggressive diagnosis and treatment. *J Urol.*; 134: 964–6.
- Fisch H., Kang Y.M., Johnson C.W., Goluboff E.T. (2002) Ejaculatory duct obstruction. *Curr Opin Urol.*; 12: 509–15.
- Turek P.J., Magana J.O., Lipshultz L.I. (1996) Semen parameters before and after transurethral surgery for ejaculatory duct obstruction. *J Urol.*; 155: P. 1291–1293.
- Paick J.S., Kim S.H., Kim S.W. (2000) Ejaculatory duct obstruction in infertile men. *BJU Int.*; 85: P. 720–724.
- Johnson C.W., Bingham J.B., Goluboff T.T., Fisch H. (2005) Transurethral resection of the ejaculatory ducts for treating ejaculatory symptoms // *BJU Int*. Vol. 95, Issue 1, Jan., P. 117–119.
- Newman H.F., Reiss H., Northup J.D. (1982) Physical basis of emission, ejaculation, and orgasm in the male. *Urology.*; 19: P.341–350.
- NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence (1993). *JAMA*. 1993; 270: 83–90/
- Helgason, A., Adolffson, J., Dickman, P., Fredrikson, M., Steineck, G. (1998) Distress due to unwanted side-effects of prostate cancer treatment is related to impaired well-being (quality of life). *Prostate Cancer Prostatic Dis.*; 1: 128–133.
- Koeman, M., van Driel, M.F., Schultz, W.C., Mensink, H.J. (1996) Orgasm after radical prostatectomy. *Br J Urol.*; 77: 861–864.
- Goriunov V.G., Davidov M.I. (1997) Sexual readaptation after the surgical treatment of benign prostatic hyperplasia. *Urol Nefrol (Mosk)*. 1997; 20–24.
- Nickel J.C., Narayan P., McKay J., Doyle C. (2004) Treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome with tamsulosin: a randomized double blind trial. *J Urol.*; 171: 1594–1597.
- Narayan P., Evans C.P., Moon T. (2003) Long-term safety and efficacy of tamsulosin for the treatment of lower urinary tract symptoms associated with benign prostatic hyperplasia. *J Urol.*; 170: 498–502.
- Abrams P., Schulman C.C., Vaage S. (1995) Tamsulosin, a selective alpha 1c-adrenoceptor antagonist: a randomized, controlled trial in patients with benign prostatic 'obstruction' (symptomatic BPH). *The European Tamsulosin Study Group*. *Br J Urol.*; 76: 325–336.
- Demyttenaere K., Huygens R. (2002) Painful ejaculation and urinary hesitancy in association with antidepressant therapy: relief with tamsulosin. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2002; 12: 337–341.
- Mah K., Binik Y.M. (2001) The nature of human orgasm: a critical review of major trends. *Clin Psychol Rev.*; 21: 823–856.
- Cytron S., Simon D., Segenreich E. et al. (1987) Changes in the sexual behavior of couples after prostatectomy. A prospective study. *Eur Urol.*; 13: 35–38.
- Merrick G.S., Wallner K., Butler W.M., Lief J.H., Suttief S. (2001) Short-term sexual function after prostate brachytherapy. *Int J Cancer.*; 96: 313–319.
- Hofner K. (1999) Alpha(1)-blocker therapy in the nineties: focus on the disease. *Prostate Cancer Prostatic Dis.*; 2: S9–S15.
- Sakakibara R., Shinotoh H., Uchiyama B. et al. (2001) Questionnaire-based assessment of pelvic organ dysfunction in Parkinson's disease. *Auton Neurosci.*; 92: 76–85.
- Das Gupta R., Fowler C.J. (2002) Sexual and urological dysfunction in multiple sclerosis: better understanding and improved therapies. *Curr Opin Neurol.*; 15: 271–278.
- Fedoroff J.P., Peyser C., Franz M.L., Folstein S.E. (1994) Sexual disorders in Huntington's disease// *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.*; 6: 147–153.
- Bergman B., Nilsson S., Petersen I. (1979) The effect on erection and orgasm of cystectomy, prostatectomy and vesiculectomy for cancer of the bladder: a clinical and electromyographic study// *Br J Urol.*; 51: 114–120.
- Горлинченко І.І., Гурженко Ю.М., Спирidonенко В.В. Корекція біохімічних показників еякуляту при застосуванні Вітапрост Форте у чоловіків з хронічними запальними захворюваннями простатовезикулярного комплексу, ускладнених екскреторно-токсичною безплідністю// *Здоров'я чоловіка*. – 2017. – № 3 (62). – С. 40–44.
- Rust J., Golombok S., Collier J. (1988) Marital problems and sexual dysfunction: how are they related?// *Br J Psychiatry.*; 152: 629–631.
- Rikiya Taoka, Yoshiyuki Kakehi (2017) The influence of asymptomatic inflammatory prostatitis on the onset and progression of lower urinary tract symptoms in men with histologic benign prostatic hyperplasia // *Asian Journal of Urology.*; 4; 3; P. 158.
- Stanley E., Althof C., McMahon G. (2016) Contemporary Management of Disorders of Male Orgasm and Ejaculation, *Urology*; 93; 9.
- Stanley E., Althof C., McMahon G. (2016) Contemporary Management of Disorders of Male Orgasm and Ejaculation, *Urology*; 93; 9.
- Kirby M. (2016) Male Sexual Dysfunction. 143 p.
- O'Leary M. (2005) Orgasmic Pain and a Detectable PSA Level after Radical Prostatectomy // *Rev Urol*; 7(4).
- Ilie C.P., Mischianu D.L., Pemberton R.J. (2007) Painful ejaculation. *BJU Int.*; Jun; 99(6):1335-1339.
- Francisca E.A., d'Ancona F.C., Meuleman E.J., Debruyne F.M., de la Rosette J.J. (1999) Sexual function following high energy microwave thermotherapy: results of a randomized controlled study comparing transurethral microwave thermotherapy to transurethral prostatic resection. *J Urol.*; 161:486–490.
- Fisch H., Kang Y.M., Johnson C.W., Goluboff E.T. (2002) Ejaculatory duct obstruction. *Curr Opin Urol.*; 12: 509–15.
- Barnas J., Parker M., Guhring P., Mulhalla J.P. (2005) The Utility of Tamsulosin in the Management of Orgasm-Associated Pain: A Pilot Analysis // *European Urology*. Vol. 47, Issue 3, PP. 361-365.]
- Shih-Tsung Huang (2016) Impacts of medical treatments for lower urinary tract symptoms suggestive to benign prostatic hyperplasia on male sexual functions, *Urological Science*, 27; 1; 3.
- Marita P., McCabe B., Ira D. et al. (2015) Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine. *The Journal of Sexual Medicine*, 2016, 13, 2, 144.
- Nickel J.C., Elhilali M., Vallancien G. (2005) ALF-ONE Study. Benign prostatic hyperplasia (BPH) and prostatitis: prevalence of painful ejaculation in men with clinical BPH // *BJUJ*. Vol. 95, Issue 4.PP. 571–574.
- Barnas J., Parker M., Guhring P., Mulhall J.P. (2005) The Utility of Tamsulosin in the Management of Orgasm-Associated Pain: A Pilot Analysis // *EU. March*. 47; 3; 361–365.
- Marszalek M. (2007) Symptoms Suggestive of Chronic Pelvic Pain Syndrome in an Urban Population: Prevalence and Associations With Lower Urinary Tract Symptoms and Erectile Function// *J. Urol*. 177; 5; 1815-1819.
- Lee S.V.H. et al. (2008) Adverse Impact of Sexual Dysfunction in Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. *Urology*; 71; 1; 79-84.

55. Ilie C.P., Mischianu D.L., Pemberton R.J. (2007) Painful ejaculation. *BJU Int. Jun*;99(6):1335-9.
 56. Bancroft J., Loftus J., Long J.S. (2003) Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav.*; 32: 193–208.
 57. Safarinejad M.R. (2006) Safety and

efficacy of tamsulosin in the treatment of painful ejaculation: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Int.J. of Impotence Research.*; 18, 527–533.
 58. Delavierrea D., Sibertbc J., Rigaudde L., Labatd J.J. (2014) L'éjaculation douloureuse. *Painful ejaculation.* 24; 7; 414-420.

59. Reet Mändar (2013) Microbiota of male genital tract: Impact on the health of man and his partner. *Pharmacological Research.*; 69; 1; 32.
 60. Tran C.N., Shoskes D.A. (2013) Sexual dysfunction in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *World J Urology.* 31, 4, 74.

61. Nickel J.C. *Campbell-Walsh Urology*, 2012, 327p.
 62. Горпинченко И.И., Спиридоненко В.В. Решение проблемы преждевременной эякуляции в практике уролога //Здоровье мужчины. – 2017. – № 3 (62). – С. 9–13.

Статья поступила в редакцию 27.06.2018

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

(один или несколько правильных вариантов ответов на каждый вопрос)

1. Согласно классификации Американского института здоровья, СХТБ относится к:

- I категории
- II категории
- III категории
- Не включен в классификацию
- IV категории.

2. «Золотым стандартом» в диагностике СХТБ являются:

- Анализ крови общий
- Анализ мочи общий
- Консультация психиатра или невропатолога
- Четырехстаканная проба мочи.

3. Какие возбудители воспалительных заболеваний мочеполового тракта чаще всего выделяются при СХТБ в секрете предстательной железы:

- Кишечная палочка
- Энтерококки
- Нейсерия
- Хламидиоз
- Не высеваются никакие возбудители
- Трихомонада.

4. С целью изучения состояния нервного обеспечения органов малого таза назначают:

- Электроэнцефалографию
- МРТ
- Электронейромиографию
- Компьютерную томографию
- ТРУЗИ.

5. Проведение ТРУЗИ при СХТБ дает возможность:

- Определить любую патологию простатовезикулярного комплекса
- Определить размеры предстательной железы
- Определить размеры семенных пузырьков
- Исключить патологию прямой кишки
- Исключить патологию ануса.

6. Какие половые расстройства наблюдаются при СХТБ чаще:

- Нарушение либидо
- Нарушение эякуляции
- Анэякуляторный синдром
- Гиперлибидемия
- Преждевременная эякуляция.

7. Какая группа симптомов наиболее характерна для СХТБ:

- Расстройства мочеиспускания
- Психологические расстройства
- Половые расстройства
- Болевой синдром
- Все вышеуказанные.

8. С целью лечения СХТБ не используют:

- Антибактериальные препараты
- Миорелаксанты
- Альфа-адреноблокаторы
- Гормональные препараты
- Экстракт карликовой пальмы.

9. Терапия СХТБ у мужчин должна быть:

- Комбинированной
- Исключительно растительной
- Не проводится вообще
- Только лишь физиотерапия
- Секс-терапия.

10. Главным критерием эффективного лечения СХТБ у мужчин являются:

- Проведение предварительных профилактических мероприятий
- Своевременная коррекция воспалительного заболевания предстательной железы
- Гармоничная половая жизнь
- Проведение рациональной заместительной терапии
- Все вышесказанное
- Ничего из вышесказанного.

11. Одним из самых тяжелых сопутствующих осложнений СХТБ являются:

- Сахарный диабет 2-го типа
- Гипоталамический синдром
- Депрессивное расстройство
- Хронический простатит
- ДГПЖ.

12. Какая группа препаратов для лечения СХТБ влияет на большинство звеньев патогенеза болезни:

- Антибактериальные препараты
- Миорелаксанты
- Альфа-адреноблокаторы
- Гормональные препараты
- Стандартизированные фитоэкстракты.