

Статеві розлади у чоловіків з хронічним простатитом/тазовим боєм та симптомами нижніх сечових шляхів

О.С. Федорук, В.І. Зайцев, М.С. Степанченко, І.І. Ілюк

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Синдром простатичного болю (СПБ) характеризується як персистуючий чи рецидивуючий епізодичний біль, що асоціюється з негативними когнітивними, поведінковими, статевими або емоційними наслідками, а також із симптомами нижніх сечових шляхів (СНСШ) та сексуальною дисфункцією. Термін «хронічний простатит», як і раніше, прирівнюється до СПБ.

Мета дослідження: оцінювання характеру та відмінностей статевих розладів у пацієнтів із хронічним небактеріальним простатитом / тазовим боєм (ХНП) та чоловіків із СНСШ, що виникли на тлі доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ).

Матеріали та методи. Обстежено 80 амбулаторних пацієнтів: 47 – з ХНП, у групу порівняння увійшли 33 чоловіків з ДГПЗ. Простато-специфічну симптоматику оцінювали за допомогою опитувальників I-PSS та NIH-CPSI, характер статевих порушень – за допомогою опитувальника ПЕФ. Достовірність групових відмінностей для сукупностей, які підпорядковуються нормальному розподілу, оцінювали за допомогою критерію Стьюдента.

Результати. Середній бал I-PSS значно переважав у групі пацієнтів з ДГПЗ. За шкалою NIH-CPSI достовірно вищим був середній показник в основній групі. Серед досліджуваних пацієнтів із ХНП явища еректильної дисфункції були присутні у 29,8%, тоді як при ДГПЗ – у 72,8% хворих. Про порушення еякуляції повідомляли понад 80% обстежених хворих, при цьому дані достовірно не відрізнялися між групами. Інші порушення були значно більш виражені у пацієнтів з ХНП – лише 12,8% з них констатували відсутність порушень лібідю (група ДГПЗ – 57,6%), а задоволеність статевим життям відзначали 10,6% пацієнтів з ХНП проти 42,4% респондентів відповідно.

Заклучення. Хронічний небактеріальний простатит, незалежно від типу, асоціювався зі значно важчими порушеннями більшості сексуальних функцій, ніж СНСШ/ДГПЗ. Подальші дослідження можуть допомогти пояснити причину таких відмінностей.

Ключові слова: хронічний небактеріальний простатит, доброякісна гіперплазія передміхурової залози, хронічний тазовий біль, еректильна дисфункція.

Відповідно до таксономії Міжнародної асоціації з вивчення болю (International Association for the Study of Pain, IASP), біль визначається як неприємний сенсорний та емоційний чинник, пов'язаний з фактичним або потенційним пошкодженням тканини, або описаний з точки зору такого пошкодження. Незважаючи на те, що оригінальна класифікація хронічного тазового болю (ХТБ) Європейської асоціації урологів (European Association of Urology, EAU) [1] багато в чому співвідноситься із класифікацією IASP [2], існує немало суперечностей, що потребують вирішення. Тому ХТБ визначають методом виключення. Водночас тривалість постійного чи періодичного болю повинна дорівнювати щонайменше 6 міс.

Синдром простатичного болю (СПБ) характеризується як персистуючий чи рецидивуючий епізодичний біль, що асоціюється з негативними когнітивними, поведінковими, статевими або емоційними наслідками, а також із симптомами нижніх сечових шляхів (СНСШ) та сексуальною дисфункцією. Термін «хронічний простатит» пов'язаний із СПБ, на думку деяких авторів, є недосконалим, незважаючи на довгу історію використання. Актуальна міжнародна класифікація простатитів – консенсус Національного інституту здоров'я США (National Institute of Health, NIH) [3] крім хронічного небактеріального простатиту (ХНП, тип ІІ) включає і бактеріальні простатити (типи І і ІІ), однак останні не відносяться до СПБ. Термін «простатодинія» також використовувався в минулому, проте його подальший вжиток не рекомендується.

У великому дослідженні в Європі, проведеному в 2004 році [4], було встановлено, що хронічний біль середньої та високої інтенсивності зустрічався у 19% дорослих європейців, серйозно впливаючи на якість їхнього життя. Внаслідок збігу та подібності симптомів з іншими нозологіями (наприклад, між доброякісною гіперплазією передміхурової залози – ДГПЗ та СПБ), досить складно визначити істинну поширеність СПБ [5, 6]. У літературі поширеність симптомів простатиту в популяції коливається від 1% до 14,2%.

Єдиною релевантною етіологією СПБ невідома. Вважається, що даний больовий синдром включає механізми нейропластичності та невropатичного болю [7]. При цьому депресія та катастрофічне мислення асоціюються з інтенсивнішим боєм та слабшими терапевтичними можливостями [8].

СПБ діагностують на підставі анамнезу та переконливого відтворення болю при пальпації передміхурової залози (ПЗ) за умови відсутності підтверджених інфекцій чи іншої патології нижніх сечових шляхів протягом щонайменше трьох з останніх 6 міс. Біль часто реєструють і поза межами ПЗ, зокрема у промежині, прямій кишці, статевому члені, яєчках та черевній порожнині. Виходячи з цього, а також враховуючи часту подібність симптоматики, невідомими залишаються якісні та кількісні відмінності тазового болю між пацієнтами з ХНП (СПБ) та ДГПЗ.

Мета дослідження: оцінювання характеру та відмінностей статевих розладів у пацієнтів із хронічним небактеріальним простатитом / тазовим боєм та чоловіків із СНСШ, що виникли на тлі ДГПЗ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні взяли участь 80 амбулаторних пацієнтів з патологією ПЗ, основну групу (А) сформовано з 47 досліджуваних із ХНП, до групи порівняння (Б) увійшли 33 пацієнтів з ДГПЗ.

Обстеження починалося з опитування скарг, фізикального дослідження живота, зовнішніх статевих органів, промежини та ректального дослідження ПЗ. Усім пацієнтам проводили двослянкову пробу (пре- та пост-масажем тест) [9],

Характеристики основних груп хворих

Показник	Група А (ХНП), n=47	Група Б (ДГПЗ), n=33
Середній вік, років	56,28±7,74	58,24±6,03
Об'єм ПЗ, мл	29,31±10,05	59,2±23,61 **
ПСА загальний, нг/мл	1,21±1,08	2,98±1,16
Тривалість симптомів, міс	28,85±15,83	33,94±19,25
ВАШ, балів	4,64±1,24	1,58±0,94 **
Шкала IPSS, балів	10,32±5,14	18,67±5,63 **
– Індекс якості життя	2,53±1,43	4,21±1,17 **
Шкала NIH CPSI, балів	21,34±6,03	16,70±4,50 **
– Симптоми болю	9,28±2,87	3,15±1,64 **
– Симптоми сечовиділення	4,62±1,94	7,00±1,52 **
– Вираженість симптомів	13,89±4,37	10,15±2,96 **
– Обтяженість симптомами	7,45±2,03	6,55±1,70 *
Ерекційна функція, балів	15,87±5,06	21,12±4,95 **
Оргазмична функція, балів	6,98±1,85	7,27±1,61
Сексуальне бажання, балів	5,13±1,36	6,97±1,38 **
Задоволеність сексом, балів	6,38±2,52	9,82±2,34 **
Загальна задоволеність, балів	5,30±1,65	7,06±1,50 **

Примітки: ** – p<0,001; * – p<0,05 при порівнянні груп.

визначення рівнів простатоспецифічного антигену (ПСА), ультрасонографічно трансабдомінально оцінювали об'єм ПЗ. За результатами урологічного огляду проводили відбір пацієнтів згідно з критеріями включення та виключення.

Критерії включення:

- вік більше 30 і менше 80 років;
- біль у ПЗ, що посилюється при її пальпації (група А);
- гіперплазія ПЗ /СНСШ (група Б);
- тривалість симптомів 6 міс і більше;
- підписання інформованої згоди на участь у дослідженні.

Критерії виключення:

- наявність іншої патології нижніх сечових шляхів протягом останніх 6 міс;
- лікування з приводу даної патології протягом останніх 3 міс;
- необхідність стаціонарного/хірургічного лікування;
- позитивне культуральне дослідження сечі;
- ПСА вище 4 нг/мл;
- активний запальний процес;
- наявність важкої соматичної патології.

До основної групи (А) увійшли амбулаторні пацієнти, що за результатами клініко-діагностичного комплексу відповідали діагнозу ХНП, класифікованому міжнародним співтовариством як: тип ІІІ, хронічний абактеріальний простатит – хронічний тазовий біль, підтипи ІІа – запального характеру і ІІб – незапального характеру [3]. За відповідними підтипами пацієнти групи А були розподілені на підгрупи а1 (підтип ІІа) та а2 (підтип ІІб).

До групи порівняння (Б) увійшли амбулаторні пацієнти із ДГПЗ та СНСШ, що не мали ознак запального процесу та не відносилися до групи онкологічного ризику.

Оцінку больового синдрому проводили за допомогою застосування візуальної аналогової шкали (ВАШ), де пацієнту пропонувалося відобразити суб'єктивне відчуття болю. Шкала проградуйована від 0 до 10, де 0 – відсутність болю, 10 – максимально сильний біль, який коли-небудь доводилося відчувати пацієнту [10].

Оцінку простатоспецифічної симптоматики проводили за допомогою опитувальників I-PSS (International Prostatic Symptom Score – Міжнародна шкала оцінки простатичних симптомів) та NIH-CPSI (National Institute of Health Chronic

Prostatitis Symptom Index – Індекс симптомів хронічного простатиту, запропонована Національним інститутом здоров'я, США).

Шкала IPSS складається з 8 запитань стосовно СНСШ. Відповіді на перші 7 варіюють в балах від 0 до 5 залежно від ступеня вираженості симптому. Отже, максимальна кількість балів за симптомами може досягати 35. При цьому значення інтервалів суми балів з метою інтерпретації результатів розподілені наступним чином:

0–7 – легка симптоматика;

8–19 – помірний ступінь тяжкості;

20–35 – важкий ступінь порушень.

Восьме запитання з'ясує вплив захворювання на якість життя пацієнта і оцінюється від 0 до 6 балів [11].

Опитувальник NIH-CPSI складається із 4 доменів: біль/дискомфорт, сечовипускання, вплив симптомів на життя та якість життя. Перший домен містить 4 запитання, що оцінюють характер больових відчуттів. Перше-друге запитання містять 6 підпунктів, кожен з яких оцінюється від 0 до 1 балів, третє запитання – від 0 до 5 балів, четверте – 0–10 балів. Домен сечовипускання містить 2 запитання, кожне з яких оцінюється від 0 до 5 балів. Третій домен містить 2 запитання, кожне з яких оцінюється від 0 до 3 балів, що разом із 4 доменом (одне запитання, 0–6 балів) оцінюють вплив симптомів на життя пацієнта. Сума балів перших двох доменів характеризує ступінь вираженості симптомів:

0–9 балів – незначно виражені симптоми;

10–18 балів – середньо виражені симптоми;

19–31 – тяжка симптоматика.

Сума чотирьох доменів (0–43 балів) комплексно оцінює симптоми пацієнта [12].

Характер і ступінь прояву статевих порушень вивчали за допомогою опитувальника IIEF (International Index of Erectile Function – Міжнародний індекс ерекційної функції). Останній включає 15 запитань, що оцінюють складові статевих розладів від 0 до 5 балів. Запитання розділені на п'ять доменів: ерекційна функція (6 питань, до 30 балів), оргазмічна функція (2 питання, до 10 балів), сексуальне бажання (2 питання, до 10 балів), задоволеність статевим актом (3 питання, до 15 балів) та загальна задоволеність (2 питання,

Характеристики підгруп пацієнтів з хронічним небактеріальним простатитом

Показник	Підгрупа а1, n=16	Підгрупа а2, n=31
Середній вік, років	55,81±8,26	56,52±7,59
Тривалість симптомів, міс	22,50±15,65	32,13±15,14
ВАШ, балів	4,31±1,08	4,81±1,30
Шкала IPSS, балів	8,63±4,65	11,19±5,23
– Індекс якості життя	2,25±1,53	2,68±1,38
Шкала NIH CPSI, балів	19,00±5,53	22,55±6,01
– Симптоми болю	8,25±2,77	9,81±2,82
– Симптоми сечовиділення	4,00±1,83	4,94±1,95
– Вираженість симптомів	12,25±3,92	14,74±4,40
– Обтяженість симптомами	6,75±2,11	7,81±1,92
Еректильна функція, балів	14,88±5,45	16,39±4,86
Оргазмична функція, балів	6,75±2,11	7,10±1,72
Сексуальне бажання, балів	4,88±1,36	5,26±1,37
Задоволеність сексом, балів	5,88±2,42	6,65±2,56
Загальна задоволеність, балів	5,44±1,31	5,23±1,82

Примітка: статистично достовірних різниць між підгрупами не виявлено.

Статеві розлади у пацієнтів досліджуваних груп

Показник	Група А (ХНП), n=47	Група Б (ДГПЗ), n=33
Еректильна функція, балів	15,87±5,06	21,12±4,95 *
<14, n (%)	14 (29,8)	2 (6,1)
14-24, n (%)	30 (63,8)	22 (66,7)
25-30, n (%)	3 (6,4)	9 (27,3)
Оргазмична функція, балів	6,98±1,85	7,27±1,61
<5, n (%)	5 (10,6)	3 (9,1)
5-8, n (%)	35 (74,5)	24 (72,7)
9-10, n (%)	7 (14,9)	6 (18,2)
Сексуальне бажання, балів	5,13±1,36	6,97±1,38 *
<4, n (%)	5 (10,6)	0 (0,0)
4-6, n (%)	36 (76,6)	14 (42,4)
7-10, n (%)	6 (12,8)	19 (57,6)
Задоволеність сексом, балів	6,38±2,52	9,82±2,34 *
<5, n (%)	12 (25,5)	0 (0,0)
5-9, n (%)	30 (63,8)	15 (45,5)
10-15, n (%)	5 (10,6)	18 (54,5)
Загальна задоволеність, балів	5,30±1,65	7,06±1,50 *
<4, n (%)	9 (19,1)	0 (0,0)
4-7, n (%)	33 (70,2)	19 (57,6)
8-10, n (%)	5 (10,6)	14 (42,4)

Примітка: * – p<0,001.

до 10 балів). Сума балів кожної групи запитань оцінювалася окремо. Згідно з рекомендаціями авторів опитувальника, пацієнтам з результатом тесту першого домену нижче 14 кваліфікували еректильну дисфункцію, нижче 25 – знижену ставеу функцію [13].

Статистичне оброблення матеріалу проводили за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Office Excel 2010. Кількісні змінні описувалися середнім значенням та стандартним відхиленням. Якісні змінні описувалися частотою та відсотком представленості. Достовірність групових відмінностей для сукупностей, які підпорядковуються нормальному розподілу, оцінювали за допомогою критерію Стьюдента (Т).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Було обстежено 80 чоловіків (середній вік – 57,09±7,11 року) з діагнозами ХНП (n=47) та ДГПЗ (n=33). Інтенсивність болю на момент обстеження за ВАШ становила 3,38±1,89, у пацієнтів з ХНП – 4,64±1,24, у другій групі – 1,58±0,94. Середня тривалість симптомів становила 30,95±17,39 міс, у групі А – 28,85±15,83 міс, у пацієнтів з ДГПЗ – 33,94±19,25 міс, мінімальний показник – 6 міс, максимальний – 7 років. Середній вік появи перших симптомів захворювання – 54,51±6,68 року, у чоловіків з ХНП – 53,87±7,55 року, у групі Б – 55,41±5,16 року.

У табл. 1 наведено характеристики досліджуваних груп пацієнтів з ХНП та ДГПЗ. Майже вдвічі переважав се-

редній об'єм ПЗ у хворих на ДГПЗ (59,2±23,61 мл проти 29,31±10,05 мл; $p < 0,0001$). За шкалою СНСШ IPSS, значно вищий середній бал реєстрували в другій групі, де мінімальний показник (min) становив 10 балів, максимальний (max) – 32. У групі пацієнтів з ХНП сума IPSS коливалася від 1 до 21 бала. Негативний вплив даної симптоматики на якість життя пацієнтів також переважав у групі Б (min=2, max=6). За шкалою NIH CPSI достовірно вищим був середній показник групи А (min=9, max=33), у групі Б – min=7, max=26.

Як видно з табл. 1, достовірно відрізнялися практично всі показники між порівнюваними групами, де в пацієнтів з ХНП превалювала більова симптоматика, а у хворих з ДГПЗ – симптоми сечовиділення. При цьому статева функція була зниженою в обох досліджуваних групах. Однак у пацієнтів з ХНП сексуальні розлади достовірно переважали за даними чотирьох із п'яти груп запитань (еректильна функція становила 15,87±5,06 бала проти 21,12±4,95 бала у групі ДГПЗ; $p < 0,001$). Практично не відрізнялася між групами здатність до отримання оргазму. Детальніше особливості статевих порушень у досліджуваних хворих наведено у табл. 3.

Пацієнти групи А з СПБ були розподілені на підгрупи: а1 (ХНП типу ІІа) та а2 (ХНП типу ІІб). Характеристика підгруп пацієнтів представлена у табл. 2. Значних відмінностей між підгрупами а1 та а2 за віком, тривалістю та інтенсивністю болю за ВАШ не спостерігали. Незважаючи на деяке переважання симптоматики в підгрупі а2, та дещо нижчі значення параметрів сексуального здоров'я у пацієнтів підгрупи а1, статистичної достовірності відмінностей між підгрупами не було виявлено.

Як видно з табл. 3, серед досліджуваних пацієнтів із ХНП явища еректильної дисфункції були присутні у 29,8%, тоді як при ДГПЗ – у 72,8% хворих. Наявність порушень еякуляції

відмічали близько 80% обстежених хворих, дані статистично не відрізнялися між групами. Значно менше пацієнтів із ХНП (12,8%) констатували відсутність порушень лібідо (у групі ДГПЗ – 57,6%), що диктує необхідність у дообстеженні таких пацієнтів на предмет рівнів сироваткових андрогенів та пролактину.

Інші порушення були значно більш виражені у пацієнтів з ХНП – лише 12,8% з них констатували відсутність порушень лібідо (група ДГПЗ – 57,6%), а задоволеність статевим життям відмічали 10,6% пацієнтів з ХНП проти 42,4% респондентів відповідно, що свідчить про глибокі статеві порушення в обох досліджуваних контингентах, які, однак, значно переважали у хворих із хронічним болювним синдромом передміхурової залози, незалежно від типу ХНП.

ВИСНОВКИ

1. Тазовий біль у пацієнтів з хронічним небактеріальним простатитом клінічно характеризувався невропатичним компонентом, на відміну від хворих із доброякісною гіперплазією передміхурової залози, де провідним чинником виступали порушення сечовипускання.

2. В обох групах обстежених хворих виявлено виражені статеві розлади, що включали еректильну дисфункцію, порушення еякуляції, статевого потягу та зниження задоволеності сексуальним життям. Пацієнти з хронічним небактеріальним простатитом демонстрували значно більш виражені статеві порушення, незалежно від типу простатиту.

3. З метою диференціації статевих розладів урологам у клінічній практиці доцільно користуватися опитувальниками IEF, NIH-CPSI та I-PSS, що дозволить оцінити провідний механізм порушень та вибрати оптимальний лікувальний підхід.

Половые расстройства у мужчин с хроническим простатитом/тазовой болью и симптомами нижних мочевых путей А.С. Федорук, В.И. Зайцев, М.С. Степанченко, И.И. Илиук

Синдром простатической боли (СПБ) характеризуется как персистирующая или рецидивирующая эпизодическая боль, ассоциируемая с негативными когнитивными, поведенческими, половыми или эмоциональными последствиями, а также с симптомами нижних мочевых путей (СНМП) и сексуальной дисфункцией.

Цель исследования: оценить характер и различия половых расстройств у пациентов с хроническим небактериальным простатитом / тазовой болью (ХНП) и мужчин с СНМП.

Материалы и методы. Обследованы 80 амбулаторных пациентов: 47 – с ХНП, в группу сравнения вошли 33 мужчин с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Простато-специфическую симптоматику оценивали с помощью опросников I-PSS и NIH-CPSI, характер половых нарушений – с помощью опросника IEF. Достоверность групповых различий для совокупностей, которые подчиняются нормальному распределению, оценивали с помощью критерия Стьюдента.

Результаты. Средний балл I-PSS значительно преобладал в группе ДГПЖ. По шкале NIH-CPSI средний показатель был достоверно выше в основной группе. В 29,8% пациентов с ХНП обнаружено эректильную дисфункцию, тогда как больные с ДГПЖ – у 72,8%. Нарушение эякуляции наблюдалось у более 80% обследованных больных, данные практически не отличались между группами. Лишь 12,8% пациентов с ХНП констатировали удовлетворительное либидо (група ДГПЖ – 57,6%), удовлетворенность половой жизнью подобно отличалась между группами: 10,6% против 42,4% респондентов соответственно.

Заключение. Хронический небактериальный простатит, независимо от типа, ассоциировался со значительно более тяжелыми нарушениями. Необходимы дальнейшие исследования для выяснения причин таких различий.

Ключевые слова: хронический небактериальный простатит, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, хроническая тазовая боль, эректильная дисфункция.

Sexual disorders in men with chronic prostatitis / pelvic pain and lower urinary tract symptoms O.S. Fedoruk, V.I. Zaitsev, M.S. Stepanchenko, I.I. Iliuk

Prostatic Pain Syndrome (SPB) is characterized as persistent or recurrent episodic pain associated with negative cognitive, behavioral, sexual or emotional effects, as well as symptoms of lower urinary tract and sexual dysfunction.

The objective: evaluation of sexual disorders differences in patients with chronic non-bacterial prostatitis / pelvic pain (CNP) and men with lower urinary tract symptoms.

Materials and methods. 80 patients were examined (outpatient setting): 47 with CNP and a control group of 33 men with benign prostatic hyperplasia (BPH). The evaluation of prostate-specific symptoms was performed using I-PSS and NIH-CPSI questionnaires. Sexual disorders evaluated by IEF questionnaire. The reliability of group differences for entities subject to normal distribution was estimated using Student's criterion.

Results. The I-PSS average score was significantly higher in the BPH group. The NIH-CPSI average score was significantly higher in the main group. Erectile dysfunction was detected in 29.8% of patients with CNP and in 72.7% of patients with BPH. Ejaculation disorders were reported by over 80% of the examined patients, no significant difference between groups found. Only 12.8% of CNP patients reported satisfactory libido (57.6% in BPH group). Overall sexual satisfaction was similar between the groups: 10.6% versus 42.4% of respondents respectively.

Conclusions. Chronic non-bacterial prostatitis, regardless of type, was associated with significantly more severe disorders. Additional studies need to be planned to found the reasons for that discrepancies.

Key words: chronic non-bacterial prostatitis, benign prostatic hyperplasia, chronic pelvic pain, erectile dysfunction.

Сведения об авторах

Федорук Александр Степанович – Кафедра урологии и нейрохирургии ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», 58000, г. Черновцы, Театральная площадь, 2

Зайцев Валерий Иванович – Кафедра урологии и нейрохирургии ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», 58000, г. Черновцы, Театральная площадь, 2

Степанченко Маркиян Святославович – Кафедра урологии и нейрохирургии, кафедра физиологии им. Я.Д. Киршенבלата ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», 58000, г. Черновцы, Театральная площадь, 2; тел.: (095) 753-62-14. E-mail: stepanchenko@bsmu.edu.ua

Илюк Ирина Ивановна – Кафедра урологии и нейрохирургии ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», 58000, г. Черновцы, Театральная площадь, 2

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Fall M, Baranowski AP, Fowler CJ, Lepinard V, Malone-Lee JG, Messelink EJ, et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urol.* 2004;46:681.
2. Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain. Seattle: IASP Press; 1994.
3. Krieger JN, Nyberg LJ, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA.* 1999;282:236.
4. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain.* 2006;10:287.
5. Barry MJ, Link CL, McNaughton-Collins MF, McKinlay JB. Overlap of different urological symptom complexes in a racially and ethnically diverse, community-based population of men and women. *BJU Int.* 2007;101:45–51.
6. Krieger JN, Lee SW, Jeon J, et al. Epidemiology of prostatitis. *Int J Antimicrob Agents.* 2008;31(Suppl1):S85-90.
7. Linley JE, Rose K, Ooi L, Gamper N. Understanding inflammatory pain: ion channels contributing to acute and chronic nociception. *Pflugers Arch.* 2010;459:657–69.
8. Chung SD, Lin HC. Association between chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and anxiety disorder: a population-based study. *PLoS ONE [Electronic Resource].* 2013;8(5):e64630.
9. Nickel JC, Shoskes D, Wang Y, Alexander RB, Fowle JE Jr, Zeittin S, et al. How does the pre-massage and post-massage 2-glass test compare to the Meares-Stamey 4-glass test in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome? *J Urol.* 2006;176:119–24.
10. Gerlinger C, Schumacher U, Faustmann T, Colligs A, Schmitz H, Seitz C. Defining a minimal clinically important difference for endometriosis-associated pelvic pain measured on a visual analog scale: analyses of two placebo-controlled, randomized trials. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8:138.
11. Mebust W. Symptom evaluation, quality of life and sexuality. 2nd Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia (BPH); 1993; Jersey, Channel Islands; 1979.
12. Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler FJ Jr, Nickel JC, Calhoun EA, Pontari MA, et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. *J Urol.* 1999; 162:369-75.
13. Rosen R, Riley A, Wagner G, et al. The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology.* 1997; 49:822–830.

Статья поступила в редакцию 18.04.2018