

## Хронический простатит категории IIIВ/синдром хронической тазовой боли и сексуальные дисфункции

А.В. Сивков, В.В. Ромих, А.В. Захарченко

Научно-исследовательский институт урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России; Россия, 105425, Москва, ул. 3-я Парковая, 51, стр. 4

Контакты: Андрей Владимирович Сивков [uroinfo@yandex.ru](mailto:uroinfo@yandex.ru)

Представлен обзор литературы по актуальной проблеме урологии – хроническому абактериальному простатиту (ХАП) категории IIIВ/синдрому хронической тазовой боли (СХТБ) и сексуальной дисфункции при данной патологии. В настоящее время отсутствуют точные данные относительно этиологии и патогенеза как ХАП/СХТБ, так и сексуальной дисфункции при данном заболевании. Несмотря на значительное количество опубликованных работ, данное патологическое состояние остается недостаточно изученным и плохо поддающимся лечению.

Наиболее вероятно, что за диагнозом ХАП/СХТБ скрывается целая гамма различных состояний, в том числе таких, когда предстательная железа вовлечена в патологический процесс лишь косвенно или не вовлечена вовсе. Некоторые факторы, такие как нейропатия пудендалного нерва с развитием хронического простатита, СХТБ, везикулообструкции, нейровегетативные расстройства, могут носить одновременно этиологический и патогенетический характер.

Проблема терапии ХАП остается нерешенной до настоящего времени, несмотря на многообразие применяемых методов лечения. Как правило, терапевтические подходы направлены лишь на улучшение качества жизни больного. Все существующие методы лечения хронического простатита подразумевают в качестве желаемого результата и снижение уровня сексуальной дисфункции. Надежды на улучшение результатов лечения связаны с прогрессом в области диагностики и дифференциальной диагностики этих состояний, совершенствованием и детализацией клинической классификации заболевания, накоплением достоверных клинических результатов, характеризующих эффективность и безопасность лекарственных средств в четко очерченных группах пациентов.

**Ключевые слова:** хронический простатит категории IIIВ, синдром хронической тазовой боли, этиология, патогенез, лечение

DOI: 10.17650/2070-9781-2015-16-4-18-26

### Category IIIВ chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and sexual dysfunction

A. V. Sivkov, V. V. Romikh, A. V. Zakharchenko

N.A. Lopatkin Research Institute of Urology and Interventional Radiology – Branch of National Medical Radiology Research Center, Ministry of Health of Russia; 51 3<sup>rd</sup> Parkovaya St., Build. 4, Moscow, 105425, Russia

The paper reviews the literature on the topical urological problem category IIIВ chronic nonbacterial prostatitis (CNBP)/chronic pelvic pain syndrome (CPPS) and sexual dysfunction in this abnormality. As of now, there is no precise information on the etiology and pathogenesis of CNBP/CPPS and sexual dysfunction in this disease. Despite a considerable body of published work, the disease remains inadequately studied and untreatable.

The diagnosis of CNBP/CPPS is most likely to mask a high range of different conditions, including those when the prostate is only indirectly or by no means involved in the pathological process. Some factors, such as pudendal neuropathy with the development of chronic prostatitis, CPPB, vesical obstruction, and neuroautonomic disorders, may be etiological and pathogenetic simultaneously.

The problem of CNBP therapy remains unsolved so far in spite of a diversity of used treatments. Therapeutic approaches are generally aimed only at improving quality of life in a patient. All existing treatments for chronic prostatitis imply for reducing the level of sexual dysfunction too as a desirable result. Hopes for improving the results of treatment are associated with progress in the diagnosis and differential diagnosis of these conditions, with the improvement and detailed elaboration of clinical classification of the disease, and with the accumulation of the valid clinical results characterizing the efficacy and safety of drugs in well-defined patient groups.

**Key words:** category IIIВ chronic prostatitis, chronic pelvic pain syndrome, etiology, pathogenesis, treatment



В настоящее время отмечается высокая распространенность хронического простатита (ХП). Симптомы этого заболевания, по данным различных источников, наблюдаются у 30–75 % мужского населения [1]. Основная обращаемость приходится на мужчин наиболее трудоспособного и репродуктивного возраста — от 20 до 45 лет. У больных нередко встречаются психологические, эмоциональные, поведенческие, когнитивные проблемы, снижается работоспособность, нарушается социальная адаптация, что вынуждает их многократно обращаться за медицинской помощью. ХП отражается и на половой функции, нарушает семейные отношения и снижает качество жизни мужчин.

В 1995 г. рабочая группа по ХП Национального института здоровья США (National Institute of Health, NIH) утвердила классификацию простатита, наиболее распространенную в настоящее время [2]. Согласно этой классификации I и II категории простатита соответствуют острому и хроническому бактериальному простатиту. III категория — хронический абактериальный простатит (ХАП) или синдром хронической тазовой боли (СХТБ) — разделена на 2 подкатегории: IIIA соответствует воспалительному СХТБ, при котором в секрете предстательной железы выявляют повышенное содержание лейкоцитов (более 10 в поле зрения); IIIB — невоспалительному СХТБ, при котором воспалительные изменения в выделенном секрете отсутствуют. Кроме того, классификация включает IV категорию — асимптоматический простатит. III категория простатита является наиболее распространенной среди всех форм (90 %) и сопряжена с наибольшими трудностями при выявлении причин имеющихся симптомов и, соответственно, их лечении.

В соответствии с общим определением (для мужчин и женщин) Международного общества по удержанию мочи (International Continence Society, ICS) СХТБ подразумевает наличие «постоянной или периодически повторяющейся эпизодической боли в области таза, связанной с симптомами дисфункции нижнего отдела мочевыделительного тракта, нарушениями половой функции, кишечной или гинекологической дисфункции, при отсутствии доказательств инфекционного заболевания или какой-либо другой очевидной патологии» [3].

#### **Этиология и патогенез хронического простатита категории IIIB/синдрома хронической тазовой боли и сексуальной дисфункции при данном заболевании**

На сегодняшний день в урологии существуют различные теории относительно генеза и механизма развития простатита, особенно абактериального. Вопросы этиологии и патогенеза сексуальной дисфункции при ХП также остаются предметом разногласий. Несмотря на огромное число опубликованных работ, заболевание остается недостаточно изученным и плохо

поддающимся лечению. В последние годы специалисты все больше приходят к мнению о различии патогенеза бактериального и абактериального простатита, а также ХАП/СХТБ, определяемого по классификации NIDDK/NIH категориями IIIA и IIIB. Точка зрения о ведущей роли воспаления в патогенезе ХАП/СХТБ уходит на второй план.

Несмотря на то, что сегодня признается существование абактериального простатита, неясным остается вопрос, не является ли он этапом развития бактериального простатита. Высказано предположение, что первичного инфекционного простатита не существует, а есть только вторичный инфекционный, возникающий вследствие морфологических изменений или нарушения функции предстательной железы [4].

Ряд исследователей, допуская вероятность поражения предстательной железы асептическим процессом, считают, что проявления этого состояния обусловлены застоем крови и/или избытком секрета предстательной железы, семенных пузырьков и предшествующим или сопутствующим нарушением вегетативной регуляции органов мочеполовой системы и кровообращения в них. Развитие нейрогенных/невротических симптомов, по мнению этих авторов, является вторичным, т. е. следствием венозного застоя в предстательной железе в результате сидячего характера работы, так называемой «половой абстиненции», неудовлетворенного полового возбуждения и прочих причин [5]. В противоположность этому существует мнение, рассматривающее симптомы нервно-вегетативного нарушения регуляции половых функций как причину стойких изменений в предстательной железе [6, 7].

Имеется предположение о хронической ишемии предстательной железы, являющейся одной из возможных причин болевого симптома у пациентов с ХАП/СХТБ, основанное на результатах обследований, регистрировавших снижение пиковой систолической скорости артериального кровотока у пациентов с невоспалительной формой ХАП/СХТБ, и прямой зависимости интенсивности боли от пиковой систолической скорости артериального кровотока предстательной железы [8].

Некоторые ученые предполагают, что боль и симптомы ирритативного или затрудненного мочеиспускания у больных ХАП/СХТБ могут быть обусловлены обструкцией нижних мочевыводящих путей, вызванной дисфункцией шейки мочевого пузыря, сфинктера, стриктурой уретры или дисфункциональным мочеиспусканием с высоким уретральным давлением. При обследовании мужчин в возрасте до 50 лет с клиническим диагнозом ХП функциональная обструкция шейки мочевого пузыря выявляется более чем у половины из них, обструкция из-за так называемой «псевдодиссинергии» сфинктера — еще у 33 % и нейрогенная дисфункция с нарушением сократительной способности детрузора — примерно у 16 % больных [5].



Результаты ряда исследований уродинамики у больных ХАП/СХТБ свидетельствуют о наличии так называемой «функциональной» обструкции нижних мочевых путей. Эта обструкция существует только в момент мочеиспускания и связана с недостаточным расслаблением шейки мочевого пузыря и поперечно-полосатого сфинктера уретры, что приводит к турбулентному течению мочи и в конечном итоге к уретропростатическому рефлюксу [9].

Некоторые ученые придерживаются нейромышечной теории патогенеза ХАП/СХТБ [6, 10–12]. Детальное изучение симптомов и неврологическое обследование могут указывать на наличие симпатической рефлекторной дистрофии мышц промежности и тазового дна. При функциональном и неврологическом обследовании пациентов с ХАП/СХТБ, особенно категории ШВ по классификации NIH, часто выявляют наличие неврологически обусловленных нарушений функции мышц тазового дна и нижних мочевых путей [13]. Причиной тазовой боли могут быть, в частности, патологические изменения на уровне мышц, поднимающих тазовое дно (мышц-леваторов тазового дна). Боль возможна вследствие опосредованной ишемии ткани предстательной железы при застое в венозной системе таза или при спазме артерий мышц, поднимающих задний проход. Увеличение показателей пиковой систолической скорости, пульсаторного индекса в артериях предстательной железы, в артериях и венах мышц-леваторов может свидетельствовать о причинах СХТБ в виде нарушения кровотока (как вариант – застойные явления в питающих сосудах, спазм сосудов) в леваторных мышцах диафрагмы малого таза и предстательной железе [14]. То есть различные повреждения на уровне регуляторных центров спинного мозга способны приводить к изменениям мышечного тонуса, чаще по спастическому типу, которым сопутствуют или следствием которых являются нарушения уродинамики (спазм шейки мочевого пузыря и поперечно-полосатого сфинктера уретры, псевдодиссинергия).

При длительно существующем ХАП/СХТБ далеко не всегда удается выяснить, что первично: боль как причина мышечного спазма с функциональными блоками крестцово-подвздошных и пояснично-крестцовых сочленений, усугубляющими ее, или, наоборот, мышечный спазм и функциональные блокады крестцово-подвздошных суставов и боль как следствие, усугубляющее мышечное напряжение [15]. Кроме того, длительно существующий гипертонус мышечно-связочного аппарата таза может также вызывать или усугублять имеющиеся функциональные блокады крестцово-подвздошных сочленений, которые нередко сопровождаются алгическими проявлениями и могут составлять дополнительное звено порочного круга. В целом любой из этих факторов способен запустить формирование порочного круга [16]. Длительно суще-

ствующий мышечно-тонический синдром может приводить к мышечной дисфункции с развитием миофасциального синдрома, появлению характерных для последнего триггерных точек и соответствующих отраженных болевых паттернов. Повышение тонуса мышц тазового дна и промежности вкупе с болью могут инициировать дизурические расстройства механического и рефлекторного генеза. Однажды возникшая боль может поддерживаться с помощью центральных нисходящих симпатических проводящих путей [17].

Рассматривая механизм развития ХАП/СХТБ, нельзя не упомянуть о пудендалном нерве, который анатомически и функционально вовлечен во многие патологические процессы в малом тазу. Нерв выходит из полости таза, огибая седалищную ость или прикрепляющуюся к нему крестцово-остистую связку. Компрессия нерва может развиваться как из-за воздействия напряженной грушевидной мышцы, так и вследствие сдавления его между крестцово-остистой и крестцово-бугорной связками. Также нерв может быть компримирован в половом канале, который сформирован расщепленной фасцией внутренней запирающей мышцы. Главной проблемой эффективности терапии этого нарушения является недооценка клинических признаков и, как следствие, крайне редкая выявляемость. При пудендоневропатии имеются характерные жалобы на односторонние боли в промежности, усиливающиеся при ходьбе, в положении сидя, при акте дефекации, половом акте, позывах к мочеиспусканию. Нередко наблюдаются «сфинктерные» расстройства. Жалобы больных могут симулировать заболевания нижних мочевыводящих путей, и без детального неврологического осмотра пудендопатия длительное время может оставаться недиагностированной [18].

При ХАП/СХТБ нередко отмечаются различные психоэмоциональные расстройства. Психологическое тестирование показало, что около 35 % пациентов с ХАП/СХТБ высказывают суицидальные мысли, 17 % не желают или не способны принимать правильное решение относительно изменения образа жизни и работы, 27 % имеют выраженную депрессию и лекарственную зависимость, а у 18 % отмечаются значительные эмоциональные расстройства в период обострения болевого синдрома [19, 20]. Есть данные, что сочетание психовегетативных, тазовых мышечно-тонических и патобиомеханических нарушений облигатно для невоспалительного ХАП/СХТБ, при этом психические факторы могут играть причинную роль для ХП [21, 22]. Н. J. Verberich и M. Ludwig (2004) отмечают, что, кроме редких случаев бактериальных простатитов, многочисленные соматические модели не были в состоянии полностью объяснить патологические взаимосвязи [21]. Приблизительно у 60 % больных психопатологическая симптоматика предшествует сексуальному расстройству, а у 18 % пациентов психоневрологическая

симптоматика возникает при длительном и неэффективном лечении основного заболевания и вносит определенную специфику в клинику копулятивных нарушений [13].

Ю.Я. Кузнецкий (2006) обратил внимание на такие известные факты, как:

- аномальное мочеиспускание у молодых мужчин, не имеющих органической патологии мочевыводящих путей, приводящее к уретропростатическому рефлюксу;
- нарушение тонуса тазовой диафрагмы и ее дискоординированной деятельности во время мочеиспускания;
- измененная местная болевая чувствительность;
- высокий уровень психоэмоциональных расстройств;
- минимальные воспалительные изменения в предстательной железе (или их отсутствие) в биопсийном материале, не соответствующие выраженности клинических проявлений;
- высокая эффективность антистрессовой терапии без использования средств, точкой приложения которых была бы предстательная железа, и сделал вывод о высокой вовлеченности психологических и неврологических (нейромышечных) нарушений при СХТБ, что позволило предположить их значимую, если не основную роль в патогенезе заболевания [22].

Одной из причин ухудшения либидо у больных ХП является снижение концентрации тестостерона в сыворотке крови [23]. Так, в работах R. Schiavi (1991) и G. Lunglmaug (1997) была установлена прямая корреляция между уровнем половых гормонов и выраженностью сексуального влечения у мужчин [2]. В работе Т.Н. Вакиной и соавт. (2003) было доказано негативное влияние снижения плазменной концентрации дегидроэпиандростерона на либидо и эректильную функцию у больных ХП. Эти данные свидетельствуют о важной роли нетестикулярных андрогенов в регуляции половой функции мужчин [24]. Предстательная железа и яичко находятся в положительной коррелятивной зависимости, и при нарушении функции одного из органов страдает другой. В данном случае – яичко, которое продуцирует меньшее количество андрогенов. С другой стороны, предстательная железа является органом, отвечающим за метаболизм половых гормонов, который может нарушаться при заболевании железы [13].

Сексуальная дисфункция, выявляемая при ХП, многими исследователями рассматривается как проявление астенического, тревожно-ипохондрического, астеноипохондрического и астенодепрессивного синдромов, а также других психопатологических состояний. Сообщается, что, например, маскированная депрессия с преобладанием сексуальных расстройств часто сопровождается жалобами на ускоренную или замедленную эякуляцию в сочетании с ослаблением

эрекции, реже – на снижение полового влечения и выраженности оргастических ощущений. При обследовании таких больных выявляются признаки конгестии в предстательной железе. Сексуальные расстройства при маскированной депрессии возникают периодически (часто сезонно), имеют суточные колебания интенсивности, тесно связаны с соматовегетативными нарушениями, относительно резистентны к психостимуляторам, терапии мужскими половыми гормонами, психотерапии. Прослеживается отчетливая положительная реакция на терапию антидепрессантами. Также отмечается, что нередко расстройства исчезают спонтанно [25, 26]. По мнению Г.С. Кочаряна (2012), отрицание роли ХП в возникновении сексуальных дисфункций по соматическим механизмам не соответствует реальной действительности. Автор предлагает различные модели формирования сексуальных дисфункций у больных ХП (психосоматическая, психопатологической детерминации, нейрорецепторная, вегетодисфункциональная, алгическая, дисгормональная, смешанная, системная) и подчеркивает роль ХП, в том числе биогенную, в генезе сексуальных дисфункций [27].

Ассоциация заболевания с такими нарушениями, как преждевременная эякуляция [28], болезненная эякуляция [29], вызывает все же меньше сомнений, чем наличие взаимосвязи ХАП/СХТБ и эректильной дисфункции, по поводу которой наблюдается больше противоречий [30].

Высокая распространенность эректильной дисфункции у больных ХАП/СХТБ отмечалась многими авторами [30, 31]. Однако А.А. Камалов и соавт. (2000) указывают, что непосредственная коррелятивная взаимосвязь между ХП и расстройствами эрекции не является. Нарушение эректильной составляющей копулятивного цикла при ХП не более, а в некоторых случаях даже менее выражено, чем при хронических соматических заболеваниях другой локализации [13]. Вместе с тем локализация патологического процесса и его клинические проявления преобладают в ряду нарушений половой сферы преимущественно по психосоматическому принципу [13, 31–33].

Однако нельзя исключить и вклад эндокринных и неврологических факторов в патогенез эректильной дисфункции у больных ХАП/СХТБ [31].

Что касается либидо, то его ослабление может произойти на психогенной основе в связи с депрессией и повышенной тревожностью пациента, нарушением оргазма и вторичным ослаблением эрекции. Пациент, опасаясь фиаско, сознательно и подсознательно избегает половой близости. Угасание половой функции сопровождается постепенным ослаблением условно-рефлекторных механизмов половой деятельности, что способствует еще большему расстройству копулятивного цикла [2].

Расстройства эякуляции можно объяснить повышенной чувствительностью интерорецепторов и высо-

ким тонусом  $\alpha 1$ -адренорецепторов, так как за феномен эякуляции отвечает преимущественно симпатическая нервная система. Преждевременная эякуляция может быть вызвана и невротическим состоянием с клинической картиной гиперстенической неврастении [13]. В.Н. Chung и S.J. Hong (2006) полагают, что патологические изменения в предстательной железе приводят к нарушению чувствительности рецепторного аппарата полового члена, что, в свою очередь, влечет за собой расстройство функционирования спинальных сексуальных центров [7]. По мнению М.И. Когана и соавт. (2011), исследования последних 5–7 лет позволяют предположить, что в основе боли при воспалительной форме СХТБ/ХП все же лежат тканевые воспалительные факторы. Напротив, при невоспалительной форме этого синдрома определяющими клинику факторами, скорее всего, являются нейрогенные [8].

Наиболее вероятно, что за диагнозом ХАП/СХТБ скрывается целая гамма различных состояний, в том числе таких, когда предстательная железа вовлечена в патологический процесс лишь косвенно или не вовлечена вовсе. Такие факторы, как нейропатия пудендального нерва с развитием ХП, СХТБ, везикулообструкции, нейровегетативные расстройства, могут носить одновременно этиологический и патогенетический характер [6, 34].

#### **Методы лечения хронического простатита категории IIIВ/синдрома хронической тазовой боли**

Проблема терапии ХАП остается весьма сложной до настоящего времени, несмотря на многообразие применяемых методов лечения. Это объясняется сложностью органной структуры предстательной железы, многочисленностью этиологических и патогенетических факторов заболевания и трудностью их ликвидации, склонностью простатита к упорному, рецидивирующему течению, а также подчас неоправданными надеждами больного на возможность быстрого и полного излечения. Поскольку точные причины ХАП/СХТБ без детального и сложного обследования на сегодняшний день установить не удастся, быстрое и эффективное излечение большинства пациентов с ХАП/СХТБ является нереальным. Именно поэтому терапевтические подходы, как правило, направлены лишь на улучшение качества жизни больного. Все существующие методы лечения ХАП/СХТБ в качестве желаемого результата подразумевают и снижение уровня сексуальной дисфункции.

К основным принципам лечения больных ХП относят:

- воздействие на все звенья этиологии и патогенеза заболевания;
- учет категории, активности и степени распространенности процесса;
- применение комплекса терапевтических мероприятий [6, 35–37].

Однако стандартная терапия больных ХАП/СХТБ имеет недостаточную эффективность с частым наступлением рецидива [36].

Можно с уверенностью сказать, что единый подход к лечению больных ХАП/СХТБ еще не сформирован. По той же причине для лечения этих состояний предложено многообразие различных лекарственных средств, основные группы которых можно классифицировать следующим образом:

- антибиотики и антибактериальные препараты;
- нестероидные противовоспалительные средства;
- миорелаксанты и спазмолитики;
- $\alpha 1$ -адреноблокаторы;
- растительные экстракты;
- ингибиторы  $5\alpha$ -редуктазы;
- антихолинергические препараты;
- модуляторы и стимуляторы иммунитета;
- биорегуляторные пептиды;
- комплексы витаминов и микроэлементов;
- антидепрессанты и транквилизаторы;
- анальгетики;
- препараты, улучшающие микроциркуляцию, реологические свойства крови, антикоагулянты;
- энзимы;
- противосудорожные средства;
- ингибиторы ксантиноксидазы;
- экстракты красного стручкового перца [38].

В терапии больных ХП, даже небактериальным, довольно часто эмпирически используют антибиотики, нередко с положительным эффектом. До 40 % больных ХП отвечают на лечение антибиотиками как при наличии бактериальной инфекции по данным анализов, так и без таковой [38]. Считается оправданным проводить пробные курсы антибиотикотерапии и в случае положительного эффекта — продлить лечение на 4–6 нед. При возникновении рецидива после прекращения антимикробной терапии необходимо возобновить ее проведение с использованием низких дозировок препаратов. Несмотря на то, что последнее положение вызывает определенные сомнения, оно вошло в рекомендации Европейской ассоциации урологов (European Association of Urology) [36].

Е.Б. Мазо и М.Е. Школьников (2008) на основании собственных наблюдений сделали вывод, что группы препаратов, действие которых в основном направлено на предстательную железу, эффективны лишь у небольшой группы больных, что является еще одним основанием предполагать внепростатический патогенез ХАП/СХТБ [39].

Для коррекции гемодинамических расстройств И.В. Шаляпин (2002) рекомендует применять капельно антиагреганты [40]. Имеются сообщения об успешном применении простагландина  $E_1$  у больных ХП.

Большой интерес вызывает использование в терапии ХП  $\alpha 1$ -адреноблокаторов. Результаты урофлоумет-

рии, однако, не являются критерием для назначения такого лечения, но 12–14-недельная терапия с использованием этих препаратов во многих случаях представляется оправданной [41]. Пока еще нет общего мнения относительно выбора пациентов для терапии  $\alpha 1$ -адреноблокаторами, как и нет ясности в отношении их эффективности, что позволяет рекомендовать их только в качестве эмпирической терапии. Согласно систематическому обзору 6 рандомизированных плацебо-контролируемых исследований  $\alpha 1$ -блокаторов, объединившему данные 386 больных ХАП, 4 исследования свидетельствуют о статистически значимом улучшении по Международной шкале оценки простатических симптомов (International Prostate Symptom Score, IPSS) и 2 указывают на отсутствие значимого изменения показателей качества жизни больных. Авторы обзора отмечают, что в исследованиях использовались различные  $\alpha$ -блокаторы и не было четких данных о методике оценки достоверности различий. Учитывая механизм действия современных  $\alpha$ -блокаторов, их положительный эффект может быть реализован не только за счет действия на предстательную железу и шейку мочевого пузыря, но и за счет влияния на детрузор или спинной мозг [42].

По наблюдению Л. В. Шаплыгина (2007), у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы на фоне лечения  $\alpha 1$ -адреноблокаторами выраженность симптомов нижних мочевых путей уменьшается на 35–50 %, максимальная объемная скорость мочеиспускания возрастает на 30–47 %, а количество остаточной мочи снижается на 50 % [43]. Однако, по мнению Н. А. Лопаткина и соавт. (2002), использование  $\alpha$ -блокаторов не позволяет полностью избежать рецидива заболевания после отмены препарата, но существенно снижает выраженность симптомов и увеличивает время до возникновения рецидива [35].

По данным R. Yu. Anderson и соавт. (2005), применение рилизинга триггерных точек и методики парадоксальной релаксации привело к улучшению состояния у 72 % больных СХТБ [44]. В том случае, когда боль выступает как следствие нарушения прикрепления тазовых мышц в так называемых триггерных точках к крестцу, копчику, лобковым, седалищным костям, эндопельвикальной фасции, патогенетически оправданным можно также считать включение в комплексную терапию миорелаксантов и спазмолитиков. Сообщается, что мышечные релаксанты эффективны при дисфункции сфинктера, спазме мышц тазового дна и промежности [10].

D. E. Osborn и соавт. (1981) принадлежит приоритет в отношении изучения действия мышечных релаксантов при простатодинии. Авторы провели сравнительное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование эффективности адреноблокатора, агониста ГАМК-В-рецепторов — релаксанта поперечнополо-

сатой мускулатуры и плацебо у 27 пациентов с простатодинией. Симптоматическое улучшение было зарегистрировано у 48 % больных после применения адреноблокатора, у 37 % — после агониста ГАМК-В-рецепторов и у 8 % — при использовании плацебо. Однако масштабные проспективные клинические испытания, которые могли бы подтвердить эффективность препаратов данной группы у больных ХАП/СХТБ, до сих пор не были предприняты [10]. В то же время А. С. Переверзев (2008) отмечает, что наблюдения не показали достаточной эффективности миорелаксантов центрального действия в качестве монотерапии ХАП/СХТБ, однако их включение в комплексную лечебную программу заметно усиливает эффект терапии [45].

Известно, что хроническая боль и депрессия имеют общие звенья патогенеза в виде недостаточности нисходящих антиноцицептивных, норадренергических и особенно серотонинергических систем мозга, нарушения метаболизма субстанции Р и нейрокининов. Длительно существующий болевой синдром может стать причиной возникновения вторичных депрессивных расстройств, ухудшающих переносимость боли и усиливающих ее. Антидепрессанты являются базовыми препаратами в терапии хронических болевых синдромов [46]. В литературе имеются данные об эффективном применении антидепрессантов для лечения ХП. Так, в наблюдении 74 больных с ХАП/СХТБ проводилась монотерапия антидепрессантами из группы ингибиторов обратного захвата серотонина. Терапевтическим результатом явилось умеренное снижение болевого синдрома на фоне значительной редукции тревожно-депрессивных расстройств, а также существенный регресс сопутствующих сексуальных расстройств [47].

В исследовании, описанном Ю. Я. Кузнецким (2006), пациенты были разделены на 2 группы с применением рандомизации. В 1-й группе проводилось традиционное лечение, во 2-й — сочетание противовоспалительной и психотропной терапии, включающей применение антидепрессантов, транквилизаторов, антиастенических препаратов. Анкетирование после лечения показало достоверно выраженное улучшение профиля болевого синдрома, психоэмоционального статуса и качества жизни пациентов 2-й группы. Повторное тестирование по шкале оценки симптомов ХАП/СХТБ (NIH Chronic Prostatitis Symptom Index, NIH-CPSI) показало более выраженную позитивную динамику показателей, характеризующих болевой синдром и качество жизни, в группе, комплексная терапия в которой включала психотропные препараты [22].

Подход к лечению сексуальных нарушений при ХП должен носить комплексный характер. Несомненно, патогенетически оправданными являются медикаментозная терапия (антибактериальная, противовоспалительная, улучшающая микроциркуля-

цию), симптоматическая, методы физического воздействия (магнито-лазерная терапия, гипертермия, фонофорез, массаж предстательной железы и др.) и рефлексотерапия для лечения основного заболевания. Мы считаем, что вышеперечисленные методы лечения допускается сочетать с терапией, направленной на улучшение сексуальной функции, которую можно разделить на 3 группы:

- коррекция нарушений эрекции (современные ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа, препараты сверхмалых доз, биогенные стимуляторы);
- психотропные средства (анксиолитики, транквилизаторы и антидепрессанты) и методы психотерапевтического воздействия;
- коррекция гормональных нарушений (синтетические аналоги тестостерона, антиэстрогены, препараты, снижающие уровень пролактина в плазме крови).

Необходимо учитывать, что сексуальные нарушения и причины их возникновения могут существовать сами по себе, а ХП только усугубляет состояние. В этом случае диагностику и лечение сексуального расстройства необходимо проводить параллельно с лечением ХАП/СХТБ. Ускоренная эякуляция и болезненные оргастические ощущения часто исчезают по мере излечения ХП. При необходимости стандартное лечение можно подкрепить специальными методами (анестезирующий гель, секс-терапия и др.) [13].

Для лечения эректильной дисфункции при ХАП/СХТБ используют препараты периферического действия. Исследование, проведенное в 2005 г., показало, что при применении ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа помимо улучшения качества эрекции у пациентов с ХАП отмечено улучшение мочеиспускания, выразившееся в увеличении интервалов между мочеиспусканиями, усилении скорости потока мочи, исчезновении

неприятных ощущений во время мочеиспускания. Значительно уменьшились интенсивность и частота болей в промежности [48].

Нельзя забывать и о тренировке мышц тазового дна по методу биологической обратной связи, которая показывает эффективность у пациентов с ХАП/СХТБ категории IIIВ и дисфункциональным мочеиспусканием [13].

### Заключение

В целом, анализируя литературные источники, можно отметить, что вопросы этиологии и патогенеза ХАП/СХТБ, характерных для него сексуальных расстройств и терапевтические подходы к лечению этого заболевания далеки от разрешения. Об этом свидетельствуют десятки теорий и гипотез его возникновения. В наибольшей степени это относится к абактериальному простатиту и в частности к генезу сексуальной дисфункции при данном заболевании. Мало сомнений вызывает широкое распространение сексуальных нарушений у больных ХП, однако роль ХП в генезе сексуальных дисфункций остается не проясненной. Ряд авторов полагают, что сексуальные нарушения коморбидны ХАП/СХТБ, и отрицают роль ХАП/СХТБ в их возникновении. Нельзя исключить, что столь значительно разнящиеся мнения по этому поводу связаны с гетерогенностью самого состояния и разнообразием путей развития ассоциированной с ним эректильной дисфункции. Надежды на улучшение результатов лечения связаны с прогрессом в области диагностики и дифференциальной диагностики этих состояний, совершенствованием и детализацией клинической классификации заболевания, накоплением достоверных клинических результатов, характеризующих эффективность и безопасность лекарственных средств в четко определенных группах пациентов [38].

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Gujadhur R., Aning J. Careful assessment key in managing prostatitis. *Practitioner* 2015;259(1781):15–9.
2. Krieger J.N., Nyberg L. Jr, Nickel J.C. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA* 1999;282(3):236–7.
3. Abrams P., Cardozo L., Fall M. et al. The standartisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standartisation Sub-committee of the International Continence Society. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187(1):116–26.
4. Гундорова Л.В. Новое в лечении хронического простатита. *Русский медицин-*

ский журнал 2003;11(6):37.  
[Gundorova L.V. New aspects of the treatment of chronic prostatitis. *Russkiy meditsinskiy zhurnal = Russian Medical Journal* 2003;11(6):37. (In Russ.)].

5. Сивков А.В., Толстова С.С., Егоров А.А., Ромих В.В. Роль комбинированного уродинамического исследования в диагностике нарушений мочеиспускания у пациентов с хроническим простатитом моложе 50 лет. В сб.: *Современные принципы диагностики и лечения хронического простатита*. Курск, 2000. С. 145–6.

[Sivkov A.V., Tolstova S.S., Egorov A.A., Romikh V.V. Role of the combined urodynamic examination for the diagnostics of urination at patients with chronic prostatitis younger than 50 y. o. In: *Modern principles of the diagnostics and treatment of chronic prostatitis*. Kursk, 2000. Pp. 145–6. (In Russ.)].

6. Мазо Е.Б., Касаткина Л.Ф., Школьников М.Е., Горчханов М.А. Синдром хронической боли или хронический простатит: взгляд с точки зрения игольчатой электромиографии мышц тазового дна. *Урология* 2006;(1):43–7. 6. [Mazo E.B.,

- Kasatkina L. F., Shkol'nikov M. E., Gorchkhanov M. A. Chronic pain syndrome or chronic prostatitis: from the point of view of the intramuscular electromyography of pelvic muscles. *Urologiya = Urology* 2006;(1):43–7. (In Russ.).
7. Chung B.H., Hong S.J. Long-term follow-up study to evaluate the efficacy and safety of the doxazosin gastrointestinal therapeutic system in patients with benign prostatic hyperplasia with or without concomitant hypertension. *BJU Int* 2006;97(1):90–5.
8. Коган М.И., Белоусов И.И., Болоцков А.С. Артериальный кровоток в простате при синдроме хронической тазовой боли/хроническом простатите. *Урология* 2011;(3):22–4. 8. [Kogan M.I., Belousov I.I., Bolotskov A.S. Arterial blood flow in the prostate at the chronic pelvic pain syndrome/chronic prostatitis. *Urologiya = Urology* 2011;(3):22–4. (In Russ.).]
9. Сивков А.В., Егоров А.А., Ромих В.В. Псевдодиссинергия и синдром хронической тазовой боли у больных хроническим абактериальным простатитом. В сб.: Тезисы пленума правления Российского общества урологов. Саратов, 2004. С. 260–1. [Sivkov A.V., Egorov A.A., Romikh V.V. Pseudodissinergy and chronic pelvic pain syndrome at patients with chronic abacterial prostatitis. In: Proceedings of the board plenum of the Russian Urologists' Society. Saratov, 2004. Pp. 260–1. (In Russ.).]
10. Osborn D.E., George N.J., Rao P.N. et al. Prostatodynia – physiological characteristics and rational management with muscle relaxants. *Br J Urol* 1981;53(6):621–3.
11. Коган М.И., Белоусов И.И., Шорников П.В. Нейрофизиологическая оценка пациентов с хроническим простатитом (синдром хронической тазовой боли IIIБ). *Урология* 2012;(4):37–43. [Kogan M.I., Belousov I.I., Shornikov P.V. Neurophysiological evaluation of patients with chronic prostatitis (chronic pelvic pain syndrome IIIБ). *Urologiya = Urology* 2012;(4):37–43. (In Russ.).]
12. Zhang Z., Liang C.Z., Zhang X.S. et al. Impact of ВКСa channel in prostate smooth muscle cells on the membrane potential in rats with chronic abacterial prostatitis. *Zhonghua Nan Ke Xue* 2013;19(1):10–4.
13. Егоров А.А. Нарушение уродинамики нижних мочевых путей и функции тазового дна у больных хроническим абактериальным простатитом. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007. [Egorov A.A. Urodynamical dysfunction of lower urinary tracts and pelvic functions at patients with chronic abacterial prostatitis: Author's abstract of thesis ... of candidate of medical sciences. Moscow, 2007. (In Russ.).]
14. Davis S.N., Morin M., Binik Y.M. et al. Use of pelvic floor ultrasound to assess pelvic floor muscle function in urological chronic pelvic pain syndrome in men. *J Sex Med* 2011;8(11):3173–80.
15. Извозчикова С.Б. Невоспалительный синдром хронической тазовой боли у мужчин: неврологические аспекты урологической проблемы. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2007. [Izvozchikova S.B. Neuroinflammatory syndrome of the chronic pelvic pain at men: neurologic aspects of the urologic problem. Thesis ... of candidate of medical sciences. Moscow, 2007. (In Russ.).]
16. Извозчикова С.Б. «Тазовая боль напряжения»: взгляд невролога на проблему простатодинии. *Урология* 2010;(3):68–70. [Izvozchikova S.B. “Pelvic pain strain”: neurologist's vision of the prostatic pain problem. *Urologiya = Urology* 2010;(3):68–70. (In Russ.).]
17. Berger R.E., Ciol M.A., Rothman I., Turner J.A. Pelvic tenderness is not limited to the prostate in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CPPS) type IIIA and IIIB: comparison of men with and without CP/CPPS. *ВМС Urol* 2007;7:17.
18. Извозчикова С.Б., Селицкий Г.В., Камчатнов П.Р. Синдром хронической тазовой боли. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2011;111(5):71–4. [Izvozchikova S.B., Selitskiy G.V., Kamchatnov P.R. Chronic pelvic pain syndrome. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry* 2011;111(5):71–4. (In Russ.).]
19. Schover L.R. Psychological factors in men with genital pain. *Cleve Clin J Med* 1990;57(8):697–700.
20. Pierce A.N., Christianson J.A. Stress and chronic pelvic pain. *Prog Mol Biol Transl Sci* 2015;131:509–35.
21. Berberich H.J., Ludwig M. Psychosomatische Aspekte des chronischen Beckenschmerzes. *Urologe A* 2004;43(3):254–60.
22. Кузнецкий Ю.Я. Хронический простатит/синдром хронической тазовой боли как психосоматическое заболевание и его рациональная терапия. *Омский научный вестник* 2006;(6):215–21. [Kuznetskiy Yu.Ya. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome as psychosomatic diseases and its rational therapy. *Omskiy nauchnyy vestnik = Omsk Scientific Herald* 2006;(6):215–21. (In Russ.).]
23. Михайличенко В.В., Александров В.П. Сексуальное здоровье мужчины, решение деликатной проблемы. СПб.: Невский проспект, 2003. 160 с. [Mikhaylichenko V.V., Alexandrov V.P. Men's sexual health, delicate problem solving. Saint Petersburg: Nevskiy Prospekt, 2003. 160 p. (In Russ.).]
24. Вакина Т.Н., Шутов А.М., Шалина С.В. и др. Дегидроэпиандростерон и половая функция у мужчин с хроническим простатитом. *Урология* 2003;(1):49–51. [Vakina T.N., Shutov A.M., Shalina S.V. et al. Dehydroepiandrosterone and sexual function at men with chronic prostatitis. *Urologiya = Urology* 2003;(1):49–51. (In Russ.).]
25. Gonen M., Kalkan M., Cenkler A., Ozkardes H. Prevalence of premature ejaculation in Turkish men with chronic pelvic pain syndrome. *J Androl* 2005;26(5):601–3.
26. Aubin S., Berger R.E., Heiman J.R., Ciol M.A. The association between sexual function, pain, and psychological adaptation of men diagnosed with chronic pelvic pain syndrome type III. *J Sex Med* 2008;5(3):657–67.
27. Кочарян Г.С. Сексуальные дисфункции у больных хроническим простатитом: модели формирования. *Здоровье мужчины* 2012;(2):114–22. [Kocharyan G.S. Sexual dysfunctions at patients with chronic prostatitis: formation models. *Zdorov'e muzhchiny = Men's Health* 2012;(2):114–22. (In Russ.).]
28. Althof S.E., McMahon C.G., Waldinger M.D. et al. An update of the International Society of Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation (PE). *J Sex Med* 2014;11(6):1392–422.
29. Seyam R. A systematic review of the correlates and management of nonpremature ejaculatory dysfunction in heterosexual men. *Ther Adv Urol* 2013;5(5):254–97.
30. Chen X., Zhou Z.R., Qiu X.C. et al. The effect of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS) on Erectile function: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015;10(10):1–13.
31. Tran C.N., Shoskes D.A. Sexual dysfunction in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *World J Urol* 2013;31(4):741–6.
32. Riegel B., Bruenahl C.A., Ahyai S. et al. Assessing psychological factors, social aspects and psychiatric co-morbidity associated with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS) in men – a systematic review. *J Psychosom Res* 2014;77(5):333–50.
33. Mo M.Q., Long L.L., Xie W.L. et al. Sexual dysfunctions and psychological disorders associated with type IIIa chronic prostatitis: a clinical survey in China. *Int Urol Nephrol* 2014;46(12):2255–61.
34. Гаврилов В.Е. Синдром невоспалительной хронической тазовой боли у мужчин – особенности клиники, диагностика и лечение. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. [Gavrilov V.E. Syndrome of the non-inflammatory chronic pelvic pain at men – clinical peculiarities, diagnosis and treatment. Thesis ... of candidate of medical sciences. Moscow, 2005. (In Russ.).]





35. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г., Аполихин О.И. Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина. 5-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. [Lopatkin N.A., Pugachev A.G., Apolikhin O.I. Urology. Ed. N.A. Lopatkin. 5<sup>th</sup> ed., revised and enlarged. Moscow: GEOTAR-MED, 2002. (In Russ.)].
36. Сивков А.В., Ощепков В.Н., Егоров А.А. Терапия хронического абактериального неинфекционного простатита. В кн.: Современные принципы диагностики и лечения хронического простатита: материалы пленума правления Российского общества урологов. М., 2004. С. 216–30. [Sivkov A.V., Oshchepkov V.N., Egorov A.A. Therapy of the chronic abacterial non-infectious prostatitis. In: Modern principles of diagnosis and treatment of the chronic prostatitis: materials of the board plenum of the Russian Urologists' Society. Moscow, 2004. Pp. 216–30. (In Russ.)].
37. Magistro G., Wagenlehner F.M., Grabe M. et al. Contemporary management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Eur Urol* 2016;69(2): 286–97.
38. Смирнов В.А. Лекарственная терапия хронического простатита. *ФАРМиндекс-Практик* 2006;(6):46–55. [Smimov V.A. Pharmaceutical therapy of the chronic prostatitis. *FARMindex-Praktik* = *PHARMindex-Practic* 2006;(6):46–55. (In Russ.)].
39. Мазо Е.Б., Школьников М.Е. Синдром хронической тазовой боли у мужчин (обзор литературы). *Consilium Medicum* 2008;10(4):15–7. [Mazo E.B., Shkol'nikov M.E. Chronic pelvic pain syndrome at men (literature review). *Consilium Medicum* 2008;10(4):15–7. (In Russ.)].
40. Шаляпин И.В. Значение гемореологических и гемостатических нарушений в патогенезе хронического простатита. Дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2001. [Shalyapin I.V. Meaning of hemoreologic dysfunctions and hemostatic diseases in the chronic prostatitis pathogenesis. Thesis ... of candidate of medical sciences. Novosibirsk, 2001. (In Russ.)].
41. Schaeffer A.J., Weidner W., Barbalias G.A. Summary consensus statement: diagnosis and management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Eur Urol* 2003;Suppl 2:1–4.
42. Mishra V.C., Browne J., Emberton M. Role of alpha-blockers in type III prostatitis: a systematic review of the literature. *J Urol* 2007;177(1):25–30.
43. Шаплыгин Л.В. Применение блокаторов альфа1-адренорецепторов в урологической практике. *Военно-медицинский журнал* 2007;(7):16–9. [Shaplygin L.V. Application of blockers of alpha1-adrenoreceptors in the urologic practice. *Voенно-meditsinskiy zhurnal* = *Military Medical Journal* 2007;(7):16–9. (In Russ.)].
44. Anderson R.U., Wise D., Sawyer T., Chan C. Integration of myofascial trigger point release and paradoxical relaxation training treatment of chronic pelvic pain in men. *J Urol* 2005;174(1): 155–60.
45. Переверзев А.С. Хронический тазовый болевой синдром в урологии. *Новости медицины и фармации. Урология и нефрология* 2008;(258). [Pereverzev A.S. Chronic pelvic pain syndrome in urology. *Novosti meditsiny i farmatsii. Urologiya i nefrologiya* = *News of Medicine and Pharmacy. Urology and Nephrology* 2008;(258). (In Russ.)].
46. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. Депрессия в неврологической практике. М.: МИА, 2007. 208 с. [Vein A.M., Voznesenskaya T.G., Golubev V.L., Dukova G.M. Depression in the neurologic practice. Moscow: MIA, 2007. 208 p. (In Russ.)].
47. Селицкий Г.В., Каприн А.Д., Извозчиков С.Б. и др. Милнаципран (иксел) в лечении тревожно-депрессивных и сексуальных расстройств у больных с невоспалительным синдромом хронической тазовой боли. *Терапевтический архив* 2007;(5):81–4. [Selitskiy G.V., Kaprin A.D., Izvozchikov S.B. et al. Milnacipran (ixel) in the treatment of anxiety and depressive disorders at patients with non-inflammatory syndrome of the chronic pelvic pain. *Terapevticheskiy arkhiv* = *Therapeutic Archive* 2007;(5):81–4. (In Russ.)].
48. Пушкарь Д.Ю., Юдовский С.О., Тевлин К.П. Эректильная дисфункция: современные возможности медикаментозной терапии. *Український терапевтичний журнал* 2005;(3):84–8. [Pushkar' D.Yu., Yudovskiy S.O., Tevlin K.P. Erectile dysfunction: modern possibilities of the pharmaceutical therapy. *Ukrainskiy terapevtichniy zhurnal* = *Ukrainian Therapeutic Journal* 2005;(3):84–8. (In Ukr.)].