

ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ ТАЗОВЫЙ СИНДРОМ У МУЖЧИН

Профессор А.С. ПЕРЕВЕРЗЕВ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Обсуждаются особенности возникновения и частота тазовой боли у мужчин. Показаны ее причины и методы диагностики, предложены варианты дифференцированного лечения.

Большинство патологических процессов, разрывающихся в органах мочеполовой системы, сопровождаются болью, что вынуждает пациентов обращаться за врачебной помощью. Если характеризовать хронический болевой синдром как патологическое состояние, необходимо отметить его продолжительность и упорство течения. Понятие хронической боли оправдано при существовании ее более 3 мес и неудачах устранения медикаментозными средствами [1].

При хроническом тазовом болевом синдроме у мужчин речь идет о длительно протекающем и этиологически не ясном комплексе физических недомоганий, для которых до настоящего времени не выработаны оптимальные виды лечения. Многочисленные клинические наблюдения свидетельствуют о тяжести физических и психических страданий, сопряженных с тазовой болью.

В клинической практике сложилась порочная ситуация, когда все виды тазовых болей соотносятся с заболеваниями предстательной железы. Между тем простатический синдром, обусловленный острым или хроническим бактериальным простатитом, диагностируется не более чем у 12% пациентов. У остальных 88% речь идет об истинном хроническом тазовом болевом синдроме, протекающем без обнаружения микробных возбудителей в моче или секрете предстательной железы.

Четыре основных региона мужского таза являются ответственными за возникновение хронического болевого тазового синдрома, зависящего от функциональных и анатомических изменений.

Простатическая уретра:

повышенное внутриуретральное давление
гиперчувствительность
функциональное сужение

Шейка мочевого пузыря:

сужение
гипертрофия
функциональный стеноз

Тазовое дно:

миофасциальный дискомфорт
миалгия мышц тазового дна
псевдодиссинергия
мышечное напряжение

Предстательная железа:

повышенное внутрипростатическое давление
инфлюкс мочи и ее продуктов в простатические протоки

Практически все перечисленные нарушения происходят на фоне адренергической стимуляции. Такие соотношения послужили основанием для выделения

в классификации НИН воспалительной (IIIa) и невоспалительной (IIIб) форм хронического простатита.

В исследованиях последних лет подчеркивается увеличение частоты подобного синдрома среди мужчин старше 50 лет, достигающей 5–9% среди всех проблем расстройств здоровья у лиц пожилого возраста [2].

Симптомокомплекс хронической тазовой боли у мужчин характеризуется такими проявлениями:

воспалительно-подобными симптомами (например, жжением в уретре);

чувством давления и боли в генитальной области (регион ниже гениталий, боль в яичках);

ощущением давления и болью в области промежности и прямой кишки (усиление боли после акта дефекации, болезненные ощущения в семенных канатиках);

нарушением мочеиспускания (позывы при виде водяной струи из крана, ощущение раненой уретры).

Испытывающие болевые ощущения мужчины жалуются на физические недомогания и сексуальные нарушения (боль в спине, суставах, быстрая утомляемость) или возникшую депрессию [3].

Многочисленные наблюдения пестрят примерами, когда пациент с хроническим простатитом жалуется на нестерпимые и изнуряющие боли, обвиняя лечащих врачей в неумении устранить простатоспецифические проявления отчетливых недомоганий. Примеры тяжелых функциональных, сексуальных и физических страданий намного чаще характеризуют течение невоспалительного хронического простатита в сравнении с воспалительным. Подобные факты позволяют сделать вывод, что при хроническом абактериальном простатите речь идет о хроническом урологическом болевом синдроме. Такая постановка вопроса дополняет акцентирующие критерии хронических болевых расстройств — основным расстройством является сохраняющаяся длительное время боль, не исчезающая от проводимого лечения. Проводимое тщательное медицинское обследование не обнаруживает четких органических изменений в тазу. Следует отметить и расплывчатость рекомендуемых лечебных подходов. Другим немаловажным фактором является то, что имеющийся упорный характер боли недостаточно отчетливо связывается с патологией предстательной железы, оставаясь обособленным понятием хронического болевого тазового синдрома. Точное описание симптоматики и сопутствующих психических и психосоматических симптомов является важнейшим шагом на пути к развитию и систематизации исследований в разработке междисциплинарной лечебной концепции.

Таблица 1

Характеристика особенностей острой и хронической боли

Показатели	Боль	
	острая	хроническая
Продолжительность	Часы–дни	Месяцы–годы
Локализация	В большинстве локальная	Часто диффузная
Причина	В большинстве периферическая	Чаще центральная, нередко — психосоциальное воздействие хронифицированных факторов
Значение	Позитивное, предупреждающее нарушение функции	Отрицательное для функций организма
Переносимость	Тяжелая	Умеренная
Течение	Быстрое улучшение	Чаще прогрессирующее ухудшение

Таблица 2

Модель соматических проявлений синдрома хронической тазовой боли

Патогенетическая основа	Доказательства
Постинфекционная	Наличие бактериального компонента в ткани простаты
Физическая	Рефлюкс мочи и продуктов азотистого разложения в простатические ходы
Аутоиммунологическая	Аутоантитела, цитокиновые продукты, измененная фагоцитарная активность, тучноклеточная дегрануляция, Т-клеточно обусловленный аутоиммунитет
Генная	Х-хромосомальная делеция
Функционально-морфологическая субвезикальная обструкция	Повышенное максимальное уретральное давление, расстройства иннервации гладкой и поперечно-полосатой мускулатуры, гипертрофия шейки мочевого пузыря
Изменения в анальной области	«Аногенитальный синдром», геморрой, трещины заднего прохода
Высокая обструкция семенных путей	Маточниковые кисты

Обосновываются критерии, позволяющие объективно выделить формы боли — острую и хроническую (табл.1).

У большинства пациентов хроническая боль не является продолжением острой; возникая постепенно, она периодически усиливается, вновь возвращаясь с выраженной интенсивностью, и не зависит от времени суток. Согласно определению EAU (2003) хроническая боль сопровождается снижением познавательных способностей, изменением поведенческих характеристик и уступчивости в социальной сфере.

Оценку особенностей хронической боли необходимо проводить с учетом обострений, продолжительности, интенсивности, четкой локализации и выяснения средств лечения, приносящих наиболее продолжительное улучшение.

Хроническая боль отличается рядом особенностей, которые определяются субъективной переносимостью и отчетливой депрессивностью и зависят от выраженности хронифицирования: она угнетает сознание пациента, который становится порой безучастным к работе, высказывает недовольство неодобрительным отношением и недостаточным вниманием к своей персоне в кругу семьи. Нередко у пациента появляются чувство страха, неуверенность в будущем, потеря интереса к любимому занятию. Психические причины могут усугубить проявления хронической боли, для снятия которой нередко оказываются неэффективными медикаментозные средства и наилучшим видом лечения считается физиотерапия и психотерапевтическое воздействие.

Хронический болевой тазовый синдром является наиболее частым патологическим состоянием в урологической практике. Беспокойство вызывается болью, жжением, тяжестью или чувством давления, которые у мужчин проецируются в надлонную область, промежность или мошонку. Сопутствуют отмеченным расстройствам нарушения мочеиспускания типа поллакиурии, никтурии, алгурии или дизурии.

Патогенетически модель соматических проявлений синдрома хронической тазовой боли может быть представлена следующими особенностями (табл. 2).

Среди проблем рассматриваемой патологии можно обозначить и такие:

как часто встречается хронический тазовый болевой синдром среди мужского населения?

какие особенности сексуальных нарушений и физических недомоганий ассоциируются у мужчин с хроническим болевым синдромом?

какова связь между хронической тазовой болью, сексуальными и физическими расстройствами в возрастном аспекте?

Большинством исследований отчетливо доказывается повышение возрастзависимой предрасположенности к возникновению хронического болевого тазового синдрома — от 4% в возрасте 40 лет до 16% у мужчин старше 60 лет [4].

При оценке приведенных сведений сделан вывод, что простатит, или хронический тазовый болевой синдром, является наиболее частым диагнозом у мужчин в возрасте до 50 лет [5].

Обычно хроническая тазовая боль сочетается с несколькими расстройствами организма и в первую очередь — с нарушениями сексуальной функции. Отмечено, что у 50% мужчин старше 60 лет констатируются ослабление полового влечения и слабая эрекция — ригидность полового члена оказывается недостаточной для осуществления нормального полового акта. Большинство пациентов отмечают быстро возникшее падение эректильной способности — «как отрезало».

Помимо нарушений сексуальной функции более чем у половины мужчин, испытывающих болезненные ощущения в тазу, отмечаются боли в суставах, спине, затылке, голове. Одновременно мужчины жалуются на быструю утомляемость, истощение, проблемы с кишечником и сердечные боли. По существу говоря, сочетается двойное влияние — возрастзависимое и обусловленное тазовой болью — на сексуальные возможности и общее физическое состояние мужчин, причем действие и одного, и другого однонаправленное — только в сторону ухудшения.

Ассоциацию болевого тазового синдрома с множественными нарушениями сексуальной функции и другими расстройствами необходимо учитывать для последовательного понимания происходящих в организме больного процессов и правильного клинического подхода. Знание ведущего симптома имеет неограниченное значение для последующей терапии.

Рассмотрим дифференцированные проявления хронической тазовой боли.

ХРОНИЧЕСКАЯ ВНУТРИМОШОНОЧНАЯ БОЛЬ

В понятие рассматриваемого синдрома входит наличие постоянной или эпизодической боли, которая локализуется в яичках или придатках, при отсутствии воспалительных изменений.

Большинство пациентов отмечают болевые ощущения, исходящие из яичек, придатков или распространяющихся в проекции семенных канатиков. В качестве ведущей причины отмечают предшествующие вмешательства типа грыжесечения, перенесенный эпидидимит или травму. Следует отметить упорство и настойчивость, с которыми пациент акцентирует внимание врача на своих тягостных ощущениях.

Причиной хронической мошоночной боли может быть ранее проведенное вмешательство типа вазорезекции, эпидидимэктомии, иссечения сперматоцеле или варикоцеле. Нельзя не учитывать возможность иррадиации боли за счет локализации камня мочеочника в интрамуральном или предпузырном отделе.

Уточнять причину мошоночной боли следует проведением тщательного пальпаторного исследования яичек с придатками и семенных канатиков. Иногда в хвосте придатка или по ходу семенного канатика пальпируются мелкие, округлые, четко отграниченные уплотненные узелки, при надавливании на которые пациент вздрагивает от боли. Помимо этих образований выявляются варикоцеле, сперматоцеле, расширение пахового канала. Нередко по ходу пахового канала обнаруживается послеоперационный рубец, а причиной боли могут явиться последствия ущемления *n.ilioinginalis* или *genitofemoralis*.

Наличие инфекции, выявляемой клиническим анализом мочи, может объясняться воспалительным процессом в придатке яичка, если нет признаков мочевого инфекции в мочевом пузыре или почках.

О возможности психогенных расстройств нужно думать в тех случаях, когда отсутствуют признаки органических изменений в органах мочевой системы. Такие состояния обнаруживаются приблизительно у 25% пациентов, обращающихся с аналогичными жалобами, большинство из которых обеспокоены угрозой возникновения рака яичка или вероятностью грядущих расстройств половой функции.

Многочисленность патологических находок обуславливает сложность выбора адекватного лечения. Так, обнаружение варикоцеле, кист придатка яичка, сперматоцеле или грыжевого выпячивания из наружного отверстия пахового канала служит показателем к оперативному лечению. Благоприятный исход обеспечивается радикальностью удаления имеющихся образований.

Сложных тактических вариантов лечения требуют ущемление нервных стволов и иррадиирующие в мошонку боли после грыжесечения. Патогенетическим видом лечения может быть лизис по ходу семенного канатика с освобождением от сращений вовлеченных в рубцовый процесс нервных стволов. Такое вмешательство оправдано при выраженном болевом синдроме, обусловленном поражением проходящего здесь крупного нервного ствола, но при травматической перевязке мелких ветвей делиберацию успешно можно выполнить только с использованием микрохирургического обеспечения.

Трудно решить лечебную тактику для тех пациентов, которые жалуются на постоянные и сильные боли, обусловленные небольшими грануломами в области хвоста придатка или локализующимися по ходу семявыносящего протока. С одной стороны, выявить зависимость проявлений мошоночной боли от столь небольшого образования довольно затруднительно, с другой — нет уверенности, что данная операция может принести желаемое облегчение пациенту. Необходимо, на наш взгляд, курс психотерапевтической подготовки, проводимый специалистом соответствующего профиля при одновременном динамическом наблюдении уролога. Имеющиеся последствия в придатке яичка воспалительного или фибросклеротического генеза следует лечить целенаправленно курсами антибактериальной терапии.

ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ ПРОСТАТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Несмотря на противоречивость мнений специалистов относительно термина простатадинии, клиническая практика свидетельствует о том, что под маской хронического абактериального простатита протекает загадочное и труднообъяснимое патологическое состояние предстательной железы, характерным проявлением которого является упорная боль. Обсуждение проблемы тазовой боли у мужчин должно основываться на идентичности хронического абактериального простатита и хронического тазового болевого синдрома. Однако следует четко представлять, является ли

предстательная железа фактически ответственной за те болевые ощущения, которые вынуждают пациента обращаться за помощью.

К наиболее частым симптомам относится наличие чувства давления и жжения в промежности, часто иррадиирующего в регион прямой кишки и поэтому нередко обозначаемого как аногенитальный синдром. Характерно, что эти симптомы могут сопровождаться расстройствами мочеиспускания, аналогичными проявлениям аденомы предстательной железы, либо чувством давящей боли в низу живота, которая интерпретируется пациентом как боль в мочевом пузыре.

Хронический простатический болевой тазовый синдром можно отчасти характеризовать как напряженно-болезненное, навязчивое состояние, идентичное синдрому упорной головной боли. Исследование патогенетической основы тазовой боли доказывает, что ее вызывает продолжительное напряжение мышц тазового дна или внутренней поверхности бедер, обуславливающее возникшую симптоматику. Боль в позадилоном пространстве, о чем известно многим спортсменам, объясняется напряжением прямых мышц живота, о чем мало или вовсе не известно урологам. Напряжение лонно-копчиковой мышцы сопровождается возникающей болью, проецирующейся на предстательную железу. Все виды повышенного тонуса тазовых или близлежащих мышечных образований могут служить пусковым механизмом тазовой боли и объясняют иррадиацию в прямую кишку, мочевой пузырь, головку полового члена (во влагалище у женщин). Отличие тазовой боли от острого простатита состоит в типичных клинических проявлениях последнего, а для подтверждения хронического бактериального простатита основной диагноз подтверждается трехстаканной пробой. Обнаружение повышенного числа лейкоцитов после массажа простаты или наличие гнойного содержимого в секрете служит явным доказательством воспалительной природы тазовой боли.

В практическом плане методика обнаружения или исключения микробной флоры может быть упрощена проведением двухстаканной пробы. Вариант получения анализа мочи до и после массажа предстательной железы достаточно информативен и достоверен. Наши исследования показали 10-кратное увеличение концентрации лейкоцитов в выделяемой моче после массажа в сравнении с анализом средней порции мочи.

Важнейшим подтверждением диагноза простатитидии является отсутствие мочевой инфекции. Известно, что результативность лечения последней препаратами группы нитрофуранов возможна только при нахождении ее в полостной системе, в то время как указанная группа противовоспалительных средств не проникает в тканевое пространство. Наряду с диагностическим значением показателей мочи важное место занимает исследование эякулята, поскольку предстательная железа и семенные пузырьки продуцируют до 90% эякулярного объема. Обнаружение повышенного количества лейкоцитов в эякуляте (более 1 млн/мл), эластазы и комплемента С3 свидетельствует о выраженном воспалении.

Оживленные дискуссии ведутся относительно диагностических значений уровня простатоспецифического антигена (ПСА) при остром и хроническом простатите. Многочисленные наблюдения показали, что значения ПСА при воспалительных процессах в предстательной железе не превышают 10 нг/мл, а проводимое адекватное лечение ведет к его нормализации. Терапией выбора при остром простатите является проведение антибиотикотерапии, преимущественно фторхинолонами. Длительность лечения не должна превышать одного месяца, поскольку пролонгирование может вызвать тяжелый дисбактериоз.

При наличии абсцесса простаты показано его дренирование, предпочтительно через промежность. Массаж исключается. Хронический бактериальный простатит необходимо лечить введением антибактериальных препаратов также типа фторхинолонов. Курс лечения должен быть не менее 2 мес, а для профилактики осложнений следует проводить антиоксидантную терапию. В качестве вспомогательной терапии целесообразен прием α_1 -блокаторов (тамсулозин, доксазалин). Трансуретральная резекция может быть рациональной при доказанной обструкции.

Виды и объемы помощи при хроническом тазовом болевом синдроме окончательно не определены. Выбор адекватного лечения зависит от того, имеется ли аденоматозное увеличение предстательной железы, насколько оно выражено и сопровождается ли течение заболевания обструктивной симптоматикой. Согласно нашим наблюдениям у 20% пациентов, страдающих аденомой предстательной железы, имеются сопутствующие изменения детрузора, которые обуславливают ирритативную симптоматику [6]. Поэтому необходимо провести четкую дифференциальную диагностику функциональных и органических расстройств. Важное значение имеет назначение α_1 -блокаторов.

Следует учитывать влияние моторных и сенсорных нарушений мускулатуры тазового дна, рассматривая их как причину болей, проецирующихся на предстательную железу, чем можно объяснить повышенное влияние на афферентные и эфферентные нервные волокна. Косвенным подтверждением его служит высокая терапевтическая эффективность перисфинктерных инъекций ботулинового токсина (200 ЇЕ), с помощью которого достигаются релаксация тазового дна и устранение имеющейся симптоматики [7].

Уреаплазмы и хламидии являются типичными возбудителями уретритов; их обнаружение проводится целенаправленно. Лечение успешно при применении тетрациклина или эритромицина. В обычных случаях лечение дополняется противовоспалительными, противоотечными средствами, назначением α_1 -блокаторов и мышечных релаксантов.

Возможный миофасциальный генез мышечной релаксации обуславливает концептуальную возможность эффективности применения акупунктуры. С таким же успехом может быть использована и термотерапия. При выраженной боли в проекции анального отверстия целесообразно проведение новокаиновых блокад промежностного нерва.

Нередко у молодых пациентов при большом количестве использованных методов диагностики и безуспешности проведенного лечения можно предположить наличие психосоматического расстройства. Подтверждением навязчивости болезненной идеи служит тот факт, что любые виды избранной терапии оказываются разочаровывающими, а пациент по-прежнему одержим идеей своей обреченности. В таких случаях для снятия отрицательных эмоциональных реакций к лечению следует привлекать психотерапевта. Делать подобные шаги, однако, нужно с большим тактом, поскольку даже намек на предполагаемое расстройство психики вызывает крайне негативную реакцию пациента и категорический отказ от визита к психиатру.

ХРОНИЧЕСКИЙ УРЕТРАЛЬНЫЙ И МОЧЕПУЗЫРНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

Тягостные ощущения, испытываемые многими пациентами, могут зависеть от имеющихся болевых проявлений в проекции мочевого пузыря и уретры. Характерными являются чувство жжения и навязчивое давление, а также имеющееся расстройство мочеиспускания по типу поллакиурии, никтурии или алгурии. Для доказательства истинного болевого синдрома следует исключить такие патологические процессы, как острая инфекция мочевого пузыря (цистит), раковые заболевания, а у женщин — вагинит, опущение или пролапс, а также злокачественные процессы внутренних гениталий.

Поскольку многие аспекты уретрального синдрома отражены в нашей монографии [8], остановимся более подробно на интерстициальном цистите (ИЦ), который у многих больных является источником выраженных тазовых болей.

ИЦ — это клинический синдром, проявляющийся хроническими симптомами частых и императивных позывов к мочеиспусканию и/или болю, проецируемой на область мочевого пузыря. До сих пор ИЦ является диагнозом исключения, а подтверждение его правомочности и обоснованности служит обнаружение петехиальных высыпаний в подслизистом слое мочевого пузыря или язвы Гуннера (< 10%).

Клинические проявления заболевания в большинстве случаев однообразны и мучительны: частота мочеиспускания в конечной фазе болезни может достигать 100 раз в день, однако отсутствует недержание. Симптомы преобладают на протяжении ночи, лишая пациента нормального сна. Болезненное состояние поглощает все аспекты нормальной жизни: 60% больных воздерживаются от сексуальных отношений из-за симптомов болезни [9].

Характерно, что периоды бурного нарастания мучительной симптоматики нередко сменяются ее стиханием, заметным улучшением и даже полным восстановлением привычного жизненного режима. Несмотря на периодичность обострений, болезнь в целом прогрессирует и может окончиться уменьшением емкости мочевого пузыря.

Критериями, позволяющими исключить ИЦ, являются:

расстройства мочеиспускания на протяжении менее чем 9 мес;

наличие бактериального цистита менее 3 мес;
отсутствие никтурии;
частота мочеиспускания менее 8 раз в день;
емкость мочевого пузыря в исходном состоянии более 350 мл;

уменьшение тяжести симптомов при назначении антибиотиков, спазмолитиков или антихолинергиков (детрузитол, оксибутинин).

Дифференциальная диагностика проводится с уретральным синдромом, который сопровождается аналогичными проявлениями у женщин преклонного возраста и характеризуется ургентной симптоматикой, дизурией и болью в регионе уретры без указаний на связь с предшествовавшими органическими процессами или воспалительными компонентами.

Цистоманометрия необходима для исключения или подтверждения моторной ургентной симптоматики. Уретроцистоскопия позволяет получить доказательство хронических воспалительных изменений или их последствий. В случае их подтверждения проводимая антимикробная терапия таким широко известным препаратом, как фурадонтин, позволяет ликвидировать воспалительный процесс, а вместе с тем и прервать цепь болевых ощущений. При их преобладании эффективным средством лечения оказываются -блокаторы.

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Поскольку генез хронической тазовой боли остается до конца не выясненным, облегчить страдания пациента можно только проведением симптоматической терапии. Определяющей тактикой фармакологического лечения является применение опиоидов, которое имеет первостепенное значение для снятия выраженных болей. Их прописи должны отличаться от дозировки и промежутков введения, которые рекомендуются для больных с тяжелыми онкологическими процессами. Предпочтение следует отдать таким антифлогистикам, как ибупрофен (800 мг каждые 8–12 ч) или диклофенак (50–100 мг каждые 8–12 ч). Назначение этих препаратов, хотя и кратковременное, должно проводиться с учетом желудочно-кишечных побочных влияний и нефротоксичности. Следует учитывать также факторы риска — наличие мультиморбидности, старческий возраст, уменьшение просвета сосудов вследствие атеросклероза, снижение агрегации тромбоцитов при лечении гипертонической болезни и предрасположенность к бронхиальной астме. Для снятия умеренно выраженного болевого синдрома эффективен парацетамол (0,5–1 г каждые 4 ч), который, впрочем, противопоказан при поражениях печени.

Проводимая терапия обязывает лечащего врача располагать доказательствами отсутствия психосоматического характера имеющихся болей. В этом плане необходим четкий психосоматический анамнез, который позволил бы установить источники психосоциального контекста имеющихся жалоб и выяснить наличие предрасполагающих факторов. Для диагноза соматотропных болей необходимо наличие трех составляющих:

позитивный психосоматический анамнез;

психосоциальный контекст возникающих болевых проявлений;

предрасполагающие факторы, имевшие место в предшествующей жизни.

Прогрессирующей миорелаксации можно достичь аутогенной тренировкой, усиливая медикаментозное лечение приемом таких популярных трициклических антидепрессантов, как amitриптилин (10–25 мг

в день). Последний хорошо снимает продолжительную тазовую жгучую боль. На фоне проводимого лечения выраженный эффект оказывают сидячие ванны (йодобромные, жемчужные, кислородные).

Таким образом, для эффективного облегчения страданий пациента необходимо иметь четкое представление о тех патологических процессах, которые разыгрываются в тазовом регионе.

Литература

1. *Гурженко Ю.Н.* Современный взгляд на проблему синдрома хронической тазовой боли // *Здоровье мужчины.*— 2005.— № 13.— С. 118–125.
2. *Beutel M.E., Weidner W., Braher E.* Der chronische Beckenschmerz und seine Komorbiditat // *Urologe (A).*— 2004.— Bd. 43.— S. 261–267.
3. *Alexander R.B., Trissel D.* Chronic prostatitis: results of an intenten +survei // *Ibid.*— 1996.— Bd. 48.— S. 568–574.
4. Untersuchungen zur Symptomatik der Prostatitis in Deutschland / *E. Brahler, J. Kupfer, M. Ludwig et al.* // *Ibid.*— 2001.— Bd. 40.— S. 12–15.
5. How common is prostatitis? A national survey of physician visits / *M. McNaughton Colins, R.S. Stafford et al.* // *J. Urol.*— 1998.— Vol. 159.— P. 1224–1228.
6. *Переверзев А.С.* Современные направления в диагностике и лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы // *Здоровье мужчины.*— 2004.— № 8.— С. 87–97.
7. Chronische Schmerzsyndrome in der Urologe / *S. Kregge, M. Ludwig, M. Kloke et al.* // *Urologe (A).*— 2003.— Bd. 42.— S. 669–673.

Поступила 06.05.2005

CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME IN MEN

A.S. Pereverzev

S u m m a r y

The peculiarities of development and incidence of pelvic pain in men are discussed. Its causes and methods of diagnosis are shown, the variants of differentiated treatment are suggested.