## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА

“іНСТИТУТ УРОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ”

Абдулла Мохамед Саламех Абу Селех

УДК 616.69-008.3:616.748.1-092-085.83

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ КОМПЛЕКСНОГО ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ ЕЯКУЛЯЦІЇ ПРИ СИНДРОМІ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ

14.01.06. - урологія

Автореферат

дисертації на здобуття наукового

ступеня кандидата медичних наук

Київ - 2008

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми** За різними даними поширеність хронічного простатиту (ХП) у чоловічій популяції може становити від 2 до 10% (Возіанов О.Ф., Горпинченко І.І. 2006; Bartoletti R., Mondaini N., Pavone C., Dinelli N., Prezioso D. 2007). Серед чоловіків соціально та сексуального віку (до 50 років) ХП є найбільш поширеним урологічним захворюванням, а притаманні для нього симптоми є частою (до 8% випадків) причиною звернення за урологічною допомогою (Bartoletti R., Mondaini N., Pavone C., Dinelli N., Prezioso D. 2007). У 80% випадків при культуральному аналізі секрету передміхурової залози інфекційний чинник ХП не виявляється. Ця форма ХП відповідно до класифікації Національного інституту здоров’я (НІЗ) США визначається як синдром хронічного тазового болю (СХТБ). За відсутності чітких уявлень щодо етіології та патогенезу СХТБ лікування пацієнтів з даною патологією має емпіричний характер. Крім того, терапевтичні заходи традиційно спрямовані на усунення або зменшення інтенсивності больових відчуттів, корекцію сечовипускання та психоемоційного стану, і не враховують супутні сексуальні дисфункції. Слід зазначити, що у 72-89% пацієнтів з ХП/СХТБ поряд з болем, дизурією та дистресом виявляються сексуальні розлади (Trinchieri A., Margi V., Cariani L., Bonamore R., Restelli A., Garlaschi M.C.Perletti G. 2007; Anderson R., Wise D., Sawyer T., Chan C.A. 2006). Серед останніх переважають еякуляторні дисфункції (ЕяД) - 55 -75% (Trinchieri A., Margi V., Cariani L., Bonamore R., Restelli A., Garlaschi M.C.Perletti G. 2007; Lee S.W., Liong M.L., Yuen K.H., Leong W.S., Cheah P.Y., Khan N.A., Krieger J.N. 2008). Значна розповсюдженість ЕяД серед пацієнтів з СХТБ та негативний вплив, що вони справляють на психоемоційний стан пацієнта, обумовлюють актуальність наукової розробки методів їх корекції. Наукова розробка лікувальної методики передбачає дослідження особливостей патогенезу ЕяД на фоні СХТБ та оцінку її клінічного ефекту враховуючи вплив на показник якості життя. На сьогодні накопичено достатньо доказів того, що у розвитку симптомів СХТБ важливу роль відіграє дисфункція, а саме підвищення тонусу м’язів промежини, передміхурової залози та сім’яних міхурців (Pontari M.A., Ruggieri M.R. 2008) Оскільки процес еякуляції забезпечується скороченням відповідних м’язів, передчасна еякуляція, зниження сили викиду еякуляту та еякуляторний біль при СХТБ можуть бути викликані їх дисфункцією. Здатність інтерференційного струму за рахунок гіперполяризаціїї мембрани знижувати тонус м’язу вказує на перспективність розробки інтерференційної електротерапії як методу корекції ЕяД при СХТБ.

**Зв’язок роботи з науковими темами** Дисертація виконувалась у відповідності з планом НДР кафедри госпітальної хірургії та урології Буковинського державного медичного університету „Порушення функціонального стану нирок та нижніх сечовивідних шляхів при урологічній патології” (номер держреєстрації 0105U002942). Тема дисертації затверджена вченою радою БДМУ (протокол № 16 від 24.04.2007 р.). Проведена біотична експертиза дисертаційного дослідження (протокол № 17 від 12.04.2007 р.).

**Мета дослідження** Підвищити ефективність лікування пацієнтів з синдромом хронічного тазового болюшляхом дослідження механізму розвитку еякуляторних дисфункцій та обґрунтуваннякомплексу фізіотерапевтичних заходів.

**Завдання дослідження**

1. Дослідити вплив еякуляторних дисфункцій на якість життя пацієнтів із синдромом хронічного тазового болю.
2. Вивчити роль запалення передміхурової залози у патогенезі еякуляторних дисфункцій при синдромі хронічного тазового болю.
3. Дослідити патогенетичну роль порушень функції м’язів тазового дна у розвитку еякуляторних дисфункцій при синдромі хронічного тазового болю.
4. Оцінити клінічну ефективність інтерференцтерапії у пацієнтів з синдромом хронічного тазового болю та порушенням еякуляції.

*Об’єкт дослідження***:** пацієнти з синдромом хронічного тазового болю та порушеннями еякуляції.

*Предмет дослідження*:патогенез еякуляторних дисфункцій при СХТБ,етіологіяпсихоемоційногодистресу при СХТБ,вплив інтерференцтерапії на параметри еякуляторної функції (інтравагінальний латентний період, сила еякуляції) та інтенсивність еякуляторного болю у пацієнтів з СХТБ.

**Методи дослідження**: бібліосемантичний; анкетування за шкалою «Індекс симптомів хронічного простатиту НІЗ США», візуальна аналогова шкала для оцінки сили викиду еякуляту); мікроскопічні (мікроскопія препаратів секрету передміхурової залози, забарвлених за Грамом) мікробіологічні (культуральний аналіз сечі та секрету передміхурової залози), імунофлюоресцентне дослідження уретральних мазків для виявлення Chlamidia trachomatis, Ureaplasma urealiticum; поверхнева електроміографія бульбокавернозних м’язів, сім’яних міхурців та передміхурової залози під час еякуляції; ультразвукове дослідження передміхурової залози, сім’яних міхурців, яєчок та їх придатків; хронометрія інтравагінального латентного періоду; статистичні: параметричні (Стьюдента), непараметричні (Вілкоксона, Краскела-Уоліса, χ2).

### Наукова новизна одержаних результатів Вперше доведено, що у механізмі розвитку еякуляторного болю провідна роль належить неповній релаксації сім’яних міхурців та передміхурової залози у післяеякуляторному періоді. Вперше встановлено, що причиною зниження сили викиду еякуляту при синдромі хронічного тазового болю є як дискоординація скорочень бульбокавернозних м’язів, сім’яних міхурців, передміхурової залози, так і запальний процес. Подальшого розвитку набуло положення, що передчасна еякуляція та еякуляторний біль є провідними етіологічними чинниками психоемоційного дистресу у пацієнтів з СХТБ.

**Практичне значення отриманих результатів.** Створено, апробовано та впроваджено в клінічну практику методику корекції порушень еякуляції при синдромі хронічного тазового болю за допомогою інтерференційного струму. Отримано патент України («Спосіб лікування розповсюджених запальних захворювань статевої системи чоловіків» ДП № 23530, UA).

**Особистий внесок здобувача.** Дисертація є науковою роботою здобувача. Здобувач самостійно провів пошук і аналіз літературних джерел, набір матеріалу дослідження, статистичну обробку даних. Особисто виконував електроміографічне дослідження. Розробив методику корекції еякуляторних дисфункцій при СХТБ за допомогою інтерференційного струму та провів її апробацію.

**Апробація результатів дисертації.** Результати дисертаційного дослідження були представлені на наступних симпозіумах та конференціях: звітних конференціях викладацького складу Буковинського державного медичного університету (2004, 2005 рр.); конференціях Асоціації урологів Буковини (2004, 2006 рр.); 20-му Конгресі Європейської урологічної асоціації (Стамбул, 2005); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні методи діагностики та лікування дерматозів і захворювань, що передаються переважно статевим шляхом» (Чернівці, 2005); українсько-польському урологічному симпозіумі (Лодзь, 2005); науково-практичній конференції «Актуальні питання урології» (Чернівці, 2006).

**Впровадження результатів дослідження.** Методика корекції еякуляторних дисфункцій при СХТБ за допомогою інтерференційного струму впроваджена в обласній клінічній лікарні та медичному центрі «Мавекс-Медицина», м. Чернівці; обласній клінічній лікарні, м. Вінниця; відділі сексопатології та андрології ДУ “Інститут урології”.

**Публікації** Основні положення дисертаційної роботи повністю викладені у 8-ми наукових працях (із них – 3 самостійних), у тому числі 6 статей у фахових наукових виданнях, рекомендованих ВАК України, 2 тези у збірках наукових праць, та 1 деклараційний патент.

**Структура та об’єм дисертації** Дисертаційна робота викладена українською мовою і складається зі вступу, огляду літератури, матеріалів і методів, результатів власних досліджень (4 підрозділи), обговорення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних літературних джерел (загальна кількість 110, з яких 20 вітчизняних та 90 закордонних) та додатків. Матеріал надруковано на 120 сторінках машинописного тексту, робота ілюстрована 20 таблицями, 18 графіками, 15 фотографіями.

#### ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

**Матеріали та методи дослідження.** Робота виконувалась на базі обласної клінічної лікарні та медичного центру «Мавекс-Медицина» міста Чернівці з 2004 по 2007 рік. Проведено обстеження 326 пацієнтів зі скаргами на урогенітальний біль та порушення еякуляції. Обсяг обстеження включав анкетування хворих за шкалою Індекс симптомів хронічного простатиту (ІСХП); 2-стаканний тест сечі; пальцьове ректальне дослідження передміхурової залози (ПЗ), мікроскопічне дослідження препаратів секрету ПЗ, забарвлених за Грамом; культуральний аналіз сечі та секрету ПЗ, ІФА уретральних мазків. Критерії включення пацієнтів у дослідження: сексуально активні чоловіки віком від 25 до 50 років із СХТБ та порушенням еякуляторної функції. Критерії виключення: первинна передчасна еякуляція, наявність уропатогенних мікроорганізмів у сечі або секреті ПЗ; наявність пухлин будь-якої локалізації; камені сечового міхура; стриктури уретри, оперативні втручання на органах малого тазу в анамнезі; променева терапія органів малого тазу в анамнезі; запалення шкіри промежини; загострення геморою; прийом α-адреноблокаторів, антибіотиків, нестероїдних протизапальних препаратів менше ніж за 3 місяці від початку дослідження. Усі пацієнти перед включенням у дослідження надавали інформовану згоду.

Із 326 пацієнтів для подальшого обстеження були відібрані 178 пацієнтів, які відповідали критеріям включення та для яких не виконувався жоден з критеріїв виключення. У відповідності з рекомендаціями НІЗ США, відібрані пацієнти в залежності від кількості виявлених при мікроскопії секрету ПЗ лейкоцитів у полі зору були розподілені на дві групи. До І групи увійшли 93 пацієнта, у яких при мікроскопії секрету передміхурової залози було виявлено >10 лейкоцитів у полі зору (запальна форма СХТБ). У другу були включені 85 пацієнтів за наявності <10 лейкоцитів у полі зору (незапальна форма СХТБ). Характеристики груп представлені у таблиці 1.

Таблиця 1

Характеристика пацієнтів

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Параметр | Група І  (СХТБ ІІІа) | Група ІІ  (СХТБ ІІІб) |
| Кількість пацієнтів | 93 | 85 |
| Вік (роки) М ± σ | 36 ± 8 | 37 ± 7 |
| Тривалість захворювання  (місяці) М ± σ | 22 ± 5 | 23 ± 5 |

В обох групах оцінювались такі параметри еякуляторної функції, як інтравагінальний передеякуляторний період (ІПП), сила викиду еякуляту, та інтенсивність еякуляторного болю. ІПП визначався як час з моменту вагінальної пенетрацї до моменту виникнення еякуляції і реєструвався партнершею за допомогою секундоміру. У якості референтного значення ІПП приймалися 2 хв (Рекомендації ЄССМ). Сила викиду еякуляту оцінювалася пацієнтом за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), у якій 0 балів – відсутність еякуляції, а 10 балів – максимальна сила викиду. Інтенсивність еякуляторного болю оцінювалась за допомогою Питання 4 шкали ІСХП НІЗ США. Вплив різних форм ЕяД на якість життя пацієнта оцінювався за допомогою домену «Якість життя» Питання 9 шкали ІСХП.

Для вивчення ролі дисфункцій м’язів промежини, ПЗ та сім’яних міхурців у патогенез ЕяД при ХП/СХТБ із загальної кількості пацієнтів були сформовані 3 підгрупи з ізольованою формою ЕяД (передчасна еякуляція, екуляторний біль, зниження сили еякуляту) чисельністю 10 чоловік кожна. У цих пацієнтів проводилося електроміографічне (ЕМГ) дослідження бульбокавернозного м’язу, ПЗ та сім’яних міхурців в процесі еякуляції за допомогою 2-ох канального електроміографа «Міотест» та трансабдомінальне УЗД сім’яних міхурців до та після еякуляції. Еякуляція викликалася шляхом мастурбації. Для реєстрації ЕМГ сигналу бульбокавернозних м’язів використовувались два поверхневих електрода, що розташовувались поперечно на промежині (в проекції бульбокавернозного м’язу). Дистанція між електродами 2 см. Для реєстрації ЕМГ сигналу з ПЗ використовувався ректальний датчик. Референтний електрод у в обох випадках розташовувався в ділянці spina iliaca anterior superior. Отримані електроміограми порівнювалися з такими, що реєструвалися у 10 здорових волонтерів середнім віком 35±5 років, що мали регулярні статеві стосунки.

Оцінка клінічної ефективності терапії інтерференційним струмом проведена у пацієнтів І та ІІ груп (n=178). Терапевтичний режим: інтерференційний струм силою 20 мА; несуча частота 5000 Гц, частотна модуляція 100 Гц. Для стимуляції бульбокавернозних м’язів, сім’яних міхурців та ПЗ використовувалися два поверхневі електроди та ректальний 2-ох канальний електрод відповідно. Курс терапії: 10 сенсів тривалістю 30 хв. щоденно. По закінченню лікування проводилася контрольна оцінка параметрів еякуляції та больового симптому.

**Результати власних досліджень та їх обговорення** За результатами обстеження пацієнтів передчасна еякуляція (ПЕ) була найбільш поширеною формою ЕяД (рис.1). Групи достовірно не відрізнялися за поширеністю ПЕ 72 ±9% у групі І порівняно з 77±9% у групі ІІ та еякуляторного болю 5±4% у групі І порівняно з 7±5% у групі ІІ (р>0,05). Разом з цим, за наявності запалення у передміхуровій залозі (група І) зниження сили викиду еякуляту спостерігалося достовірно частіше ніж за його відсутності (група ІІ), а саме у 28±9% проти 11±6% випадків (р<0,0001). Це доводить, що запальна реакція у тканині ПЗ призводить до зниження сили викиду еякуляту. У свою чергу, цей факт можна пояснити як зменшенням секреторної активності ПЗ та сім’яних міхурців, так і збільшенням в’язкості секрету.

При порівнянні середніх показників якості життя у підгрупах, що були розподілені в залежності від виду еякуляторної дисфункції було встановлено, що у підгрупах з ПЕ та еякуляторним болем показник якості життя був достовірно гіршим (в середньому відповідно на 3 та 2 бали більшим) ніж у підгруппі зі зниженою силою викиду еякуляту (р<0,001). Це є свідченням, що ПЕ та еякуляторний біль справляють значний негативний вплив на якість життя у пацієнтів з СХТБ і є провідними етіологічними чинниками психоемоційного дистресу.

Рис. 1. Питома вага різних форм порушень еякуляції при СХТБ

При аналізі електроміограм (рис. 2) було встановлено, що при зниженні сили викиду еякуляту спостерігається неповне розслаблення бульбокавернозних м’язів, що у свою чергу призводить до дискоординації їх скорочень та скорочень сім’яних міхурців. Як наслідок збільшується інтрауретральний опір для викиду сім’яної рідини. Зазначені м’язові дисфункції відіграють провідну роль у патогенезі еякуляторних дисфункцій при СХТБ. Іншим доказом цієї гіпотези є також ознаки неповного спорожнення сім’яних міхурців під час еякуляції, що виявлялися під час сонографічного дослідження (рис.3).

Норма

Порушення розслаблення

А

А

Б

mV

25

50

5

15

25

35

час (сек)

mV

5

15

25

35

час (сек)

Рис. 2. Електроміограма бульбокавернозного м’язу під час еякуляції

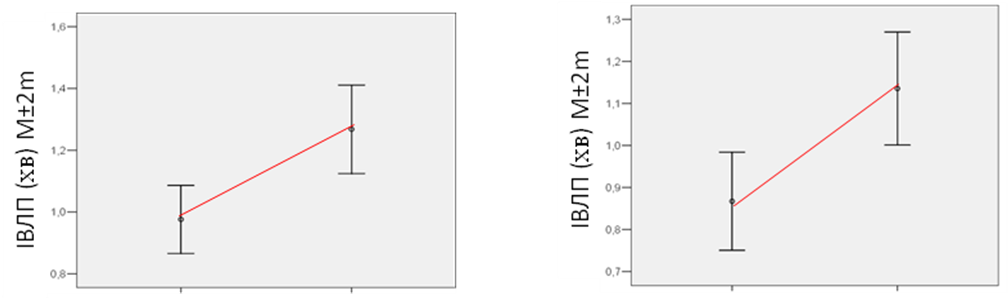
А – нормальна ЕМГ, Б – недостатня релаксація (чорна смужка)



Рис. 3. Сонограма сім’яних міхурців: неповне спорожнення після еякуляції

По завершенні інтерференцтерапії в обох групах зареєстроване достовірне та клінічно значуще збільшення середнього показника ІПП (рис.4). У підгрупі пацієнтів з передчасною еякуляцією (n=68) із І-шої групи вихідний середній ІПП 0,98±0,4 хв збільшився до 1,27±0,4 хв (p<0,0001; парний t-тест), а у групі ІІ (n=65) з 0,87±0,5 хв до 1,14±0,6 хв (p<0,0001; парний t-тест). При цьому, різниця між групами за клінічним ефектом не була статистично достовірною (p>0,05; непарний t-тест). Це є свідченням, що інтерференцтерапія достовірно подовжує ІВЛП незалежно від наявності запальної реакції.

Також, при застосуванні інтерференцтерапії, в обох групах відмічалося достовірне збільшення сили викиду еякуляту (рис.5) У той же час, величина даного ефекту була незначною.



Після лікування

До лікування

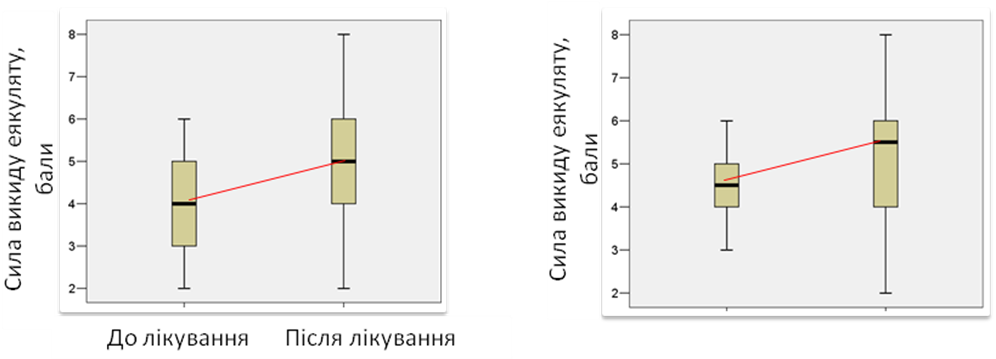
До лікування

Після лікування

ІІ група

І група

Рис. 4. Збільшення інтравагінального латентного періоду (ІПП) під впливом інтерференцтерапії



Після лікування

До лікування

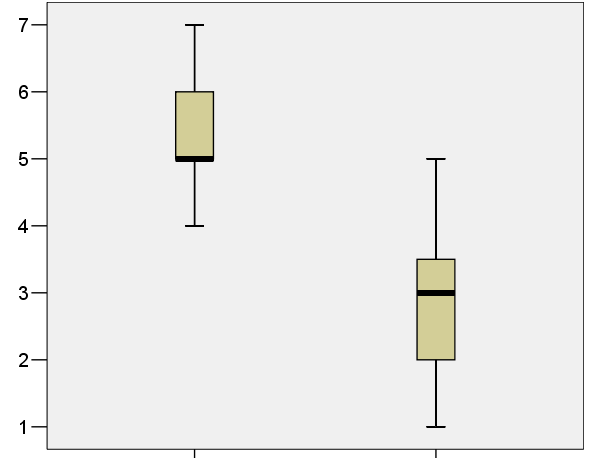
ІІ група

І група

Рис. 5. Збільшення сили викиду еякуляту під впливом інтерференцтерапії

Зокрема, як у групі І (n=27; p=0,009;парний тест Вілкоксона), так і у групі ІІ (n=10; p<0,04; парний тест Вілкоксона) медіана сили викиду збільшилася з 4 до 5 балів. Очевидно, це пояснюється тим, що у патогенезі зменшення сили викиду еякуляту окрім м’язової дисфункції відіграють і інші чинники, зокрема, зменшення секреторної активності сім’яних міхурців та ПЗ, та збільшення в’язкості секрету.

Інтерференцтерапія ефективно зменшувала інтенсивність больових відчуттів при еякуляції (рис.6).



Біль, бали

Біль, бали

До лікування Після лікування

До лікування Після лікування

І група

ІІ група

Рис. 6. Зменшення інтенсивності больових відчуттів під впливом інтерференцтерапії

Зокрема, у групі І медіана інтенсивності еякуляторного болю зменшилася з 6 до 3 балів (n=5; p=0,04; парний тест Вілкоксона), а групі ІІ з 5 до 3 балів (n=7; p<0,05; парний тест Вілкоксона). У той же час, цей ефект інтерференцтерапії потребує подальшого вивчення з огляду на незначну чисельність обох груп.

Таким чином, запропонована методика електротерапії інтерференційним струмом дозволяє підвищити ефективність лікування пацієнтів з передчасною еякуляцією на 30 ±8%, зі зниженням сили викиду еякуляту на 40±11% та еякуляторним болем на 29±7%

У свою чергу, це дає підстави застосовувати у клініці електротерапію інтерференційним струмом для корекції ЕяД у пацієнтів з СХТБ.

**ВИСНОВКИ**

У дисертаційній роботі наведене теоретичне узагальнення та нове вирішення наукової задачі – підвищення ефективності лікування еякуляторних дисфункцій у пацієнтів із синдромом хронічного тазового болю шляхом наукового обґрунтування застосування електротерапії інтерференційним струмом як методу, що за рахунок гіперполяризуючої дії відновлює здатність м’язів, які приймають участь у процесі еякуляції, до релаксації, що має суттєве значення для урології.

1. Порушення еякуляції справляють значний негативний вплив на якість життя пацієнтів з синдромом хронічного тазового болю. При цьому найбільш виразний вплив на якість життя справляють еякуляторний біль (медіана QoL = 5 (5; 6) та передчасна еякуляція (медіана QoL = 5 (4; 5) бали).
2. Запальна реакція у передміхуровій залозі відіграє важливу роль серед причин зниження сили викиду еякуляту, за що свідчить той факт, що зменшення сили викиду еякуляту при запаленні має місце у 28±9% випадків проти 11±6% за відсутності запалення.
3. Патогенез передчасної еякуляції та еякуляторного болю при СХТБ полягає у неповній релаксації дисфункцією м’язів сім’яних міхурців та ПЗ, що проявляється тонічною електричною активністю у стані спокою при електроміографічному дослідженні. Зниження сили викиду еякуляту обумовлено як дискоординацією скорочень бульбокавернозних м’язів та сім’яних міхурців, так і запаленням, за що свідчить більш частий розвиток зниження сили викиду еякуляту на фоні запалення чим за його відсутності (28±9% проти 11±9%; p<0,0001)
4. Електротерапія інтерференційним струмом пацієнтів з СХТБ та еякуляторними дисфункціями, призводить до достовірного збільшення інтравагінального латентного періоду з 0,98±0,4 хв до 1,27±0,4 хв (p<0,0001; парний t-тест), та зниження медіани інтенсивності еякуляторного болю з 5 до 3 балів за шкалою ІСХП НІЗ США (р=0,04), незалежно від активності запального процесу. Достовірне збільшення медіани сили викиду еякуляту з 3 до 4 балів за ВАШ не має клінічного значення.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. При проведенні поверхневої електроміографії бульбокавернозих м’язів під час індукованої еякуляції необхідно визначати електричну активність під час їх довільного скорочення.
2. Для корекції передчасної еякуляції та еякуляторного болю рекомендовано проводити ректальну двохполюсну електротерапію інтерференційним струмом.
3. У випадку зниження сили викиду еякуляту рекомендовано застосовувати терапію інтерференційним струмом, розташовуючи електроди в ділянці промежини у проекції бульбокавернозних м’язів.

**СПИСОК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:**

1. Зайцев В.І. Особливості перебігу запальних процесів в органах статевої системи у пацієнтів з еректильною дисфункцією / Зайцев В.І., Абу Селех А. М. // Буковинський медичний вісник. - 2005. - № 1. - С. 11-15.

Здобувач самостійно зібрав клінічний матеріал, провів статистичну обробку та аналіз результатів, підготував статтю до друку.

1. Зайцев В.І. Ультразвукова діагностика запальних процесів органів статевої системи / Зайцев В.І., Литвинович М.М., Абу СeлехА. М. // Буковинський медичний вісник. - 2005.- № 3. - С. 96-98*.*

Здобувач самостійно зібрав клінічний матеріал, провів статистичну обробку та аналіз результатів, підготував статтю до друку.

1. Абу Селех А. М. Анатомічні зміни та колонізація органів сечостатевої системи чоловіків при хронічному простатиті / Абу Селех А. М. // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. - 2007.- №1.- С. 48-51.
2. Зайцев В.І. Особливості лікувальної тактики у разі хронічних рецидивних запальних процесів органів статевої системи чоловіків / Зайцев В.І., Абу Сeлех А. М. // Здоровье мужчины. - 2007. - № 1(20). - С. 75-76.

Здобувач самостійно зібрав клінічний матеріал, провів статистичну обробку та аналіз результатів, підготував статтю до друку.

1. Абу Сeлех А. М. Патогенетическое обоснование интерференцтерапии как метода коррекции эякуляторных дисфункций при синдроме хронической тазовой боли / Абу Сeлех А. М. // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. - 2008.- №1.- С. 60-64.
2. Абу Сeлех А. М. Роль дисфункции бульбокавернозних мышц в патогенезе эякуляторных расстройств при синдроме хронической тазовой боли / Абу Сeлех А. М. // Здоровье мужчины. - 2008. - № 2(21). - С. 48-52.
3. ДП № 23530, UA, МПК6 A61P 13/08, A61N 5/067, Спосіб лікування розповсюджених запальних захворювань статевої системи чоловіків / Зайцев В.І., Абу Селех А. (UA) - № u 2007 00884; 29.01.2007; Опуб. 25.05.2007. Бюл. № 7*.*

Здобувач самостійно зібрав клінічний матеріал, провів статистичну обробку та аналіз результатів, сформулював основні положення способу лікування.

1. Zaytsev V.I. Ultrasonic examination of the scrotum organs in patients with chronic prostatitis - is it worth doing? / Zaytsev V.I., Abu Sela A.M., Rudeichuk І.P. // Advances in clinical and experimental medicine, Urology Poland. - 2005. - № 4, V14. - Р.114-115.

Здобувач самостійно зібрав клінічний матеріал, провів статистичну обробку та аналіз результатів, підготував статтю до друку.

1. Зайцев В.І. Особливості використання ультразвукової діагностики при хронічних простатитах / Зайцев В.І. Абу Селех А. М. // Актуальні питання урології. Матеріали всеукраїнської наук.-практ. конф., 20 жовтня 2006 р. Чернівці / - Чернівці: Перемога, - 2006. - с. 82-84.

Здобувач самостійно зібрав клінічний матеріал, провів статистичну обробку та аналіз результатів, підготував тезиси до друку.

**АНОТАЦІЯ**

**Абдулла Мохамед Саламех Абу Селех Патогенетичне обґрунтування комплексного фізіотерапевтичного лікування порушень еякуляції при синдромі хронічного тазового болю. –** Рукопис.

Дисертація на здобуття вченого ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.06. – урологія. – Державна установа “Інститут урології АМН України”, 2008.

Метою наукової роботи було підвищити ефективність лікування пацієнтів з синдромом хронічного тазового болю та супутніми розладами еякуляторної функції шляхом наукового обґрунтування застосування інтерференцтерапії. У дослідження включено 178 пацієнтів з СХТБ та супутніми еякуляторними дисфункціями (ЕяД) (передчасною еякуляцією, еякуляторним болем, зниженням сили викиду еякуляту). Проведено дослідження електричної активності м’язів, що приймають участь в еякуляції у пацієнтів з ЕяД. Встановлено, що передчасна еякуляція та еякуляторний біль справляють значний негативний вплив на якість життя пацієнтів з СХТБ. Продемонстровано, що запалення та м’язова дисфункція відіграють провідну роль у зниженні сили викиду еякуляту. Навпаки, передчасна еякуляція та еякуляторний біль зумовлені головним чином м’язовою дисфункцією. Показано, що інтерференцтерапія ефективно збільшує тривалість ІПП в середньому на 29±4 секунд (р<0,001; парний *t-*тест). Цей ефект не залежить від активності запального процесу (р>0,05; непарний *t-*тест). Інтерференцтерапія клінічно значуще знижує інтенсивність еякуляторного болю з 5 до 3 балів за шкалою ICPS NIH USA (р<0,04; парний тест Вілкоксона), незалежно від активності запального процесу. Однак цей ефект зареєстрований на малочисельній популяції пацієнтів (n <30). Збільшення сили викиду еякуляту з 4 до 5 балів за ВАШ (р<0,05), при застосуванні інтерференцтерапії, не має клінічного значення.

**Ключові слова:** синдром хронічного тазового болю, порушення еякуляції, інтерференцтерапії, електроміографія, якість життя.

**АННОТАЦИЯ**

**Абдулла Мохамед Саламех Абу Селех Патогенетическое обоснование комплексного физиотерапевтического лечения нарушений эякуляции при синдроме хронической тазовой боли.** – Рукопись.

Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.06. – урология. – Государственное учреждение «Институт урологии АМН Украины, Киев, 2008.

Диссертация посвящена повышению эффективности лечения эякуляторных расстройств у пациентов с синдромом хронической тазовой боли путём научного обоснования режима электротерапии с применением интерференционного тока.

В исследование включено 178 пациентов с синдромом хронической тазовой боли (СХТБ) и сопутствующими эякуляторными дисфункциями (преждевременной эякуляцией, эякуляторной болью, снижением силы выброса эякулята). Изучены влияние различных форм ЭяД на качество жизни пациентов с СХТБ, особенности электромиографической (ЭМГ) активности мышц, участвующих в процессе эякуляции, в зависимости от формы ЭяД, роль воспалительного процесса в предстательной железе и семенных пузырьках в патогенезе различных ЭяД. Проведена оценка клинической эффективности интерференцтерапии, как метода коррекции ЭяД при СХТБ. Установлено, что преждевременная эякуляция и эякуляторная боль оказывают значительное негативное влияние на качество жизни пациентов и, таким образом, являются этиологическими факторами психоэмоционального дистресса при СХТБ. В частности, при сравнении средних показателей качества жизни в подгруппах с различными формами ЭяД, было установлено что в подгруппах с ПЭ и эякуляторной болью показатель качества жизни был достоверно хуже (в среднем на 3 и 2 балла большим) чем в подгруппе со снижением силы выброса эякулята. (p<0,001). Показано, что в патогенезе снижения силы выброса эякулята при СХТБ важную роль играют как мышечная дисфункция (дискоординация мышечных сокращений, неполная релаксация), так и воспалительный процесс (снижение секреторной активности, увеличение вязкости эякулята). Напротив, преждевременная эякуляция и эякуляторная боль преимущественно обусловлены мышечной дисфункцией (недостаточное расслабление семенных пузырьков). Так, при снижении силы выброса эякулята наблюдалось неполное расслабление бульбокавернозных мышц, о чём свидетельствовала остаточная ЭМГ активность в фазе расслабления. Неполное расслабление бульбокавернозных мышц приводит к дискоординации сокращений этих мышц с сокращением семенных пузырьков. Кроме того, в ходе ультразвукового исследования у пациентов со снижением силы выброса эякулята и эякуляторной болью обнаружено неполное опорожнение семенных пузырьков. Продемонстрировано, что интерференцтерапия эффективно увеличивает продолжительность ИПП в среднем на 29±4 секунд (р<0,001; парный *t*-тест), при этом этот эффект не зависит от активности воспалительного процесса (р>0,05; непарный *t*-тест). Интерференцтерапия достоверно и клинические значимо снижает интенсивность эякуляторной боли с 5 до 3 баллов по шкале ИСХП НИЗ США (р<0,04; парный тест Уилкоксона), независимо от активности воспалительного процесса. Однако данный эффект зарегистрирован на небольшой популяции пациентов (n<30). Достоверное (р<0,05) увеличение силы выброса эякулята с 4 до 5 баллов по ВАШ при использовании интерференцтерапии не имеет клинического значения. Таким образом, электротерапию интерференционным током можно использовать в качестве метода коррекции эякуляторных дисфункций, развивающихся на фоне синдрома хронической тазовой боли.

**Ключевые слова:** синдром хронической тазовой боли, эякуляторные расстройства, интерференцтерапия, электромиография, качество жизни пациентов.

**ANNOTATION**

**Abdallah Mohammad Salameh Abu Sela The pathogenetical substantiation of complex physiotherapy in the treatment of ejaculatory disorders in patients with chronic pelvic pain syndrome. –** The Manuscript.

Dissertation for reception of the philosophy doctor degree in medical science. Specialization – urology. - 14.01.06. Institute of urology, Kiev, 2008.

The aim of the dissertation is to increase efficacy of the treatment of ejaculatory disorders in patients with chronic pelvic pain syndrome (CHPPS) by means of pathogenical substantiation of using the interferencetherapy. 178 patients with CHPPS associated with ejaculatory disorders (e.c. premature ejaculation, ejaculatory pain, decrease of the force of ejaculation) were involved. Electrical activity of the muscle participating in the ejaculation was studied. It was found that premature ejaculation and ejaculatory pain significantly influence the quality of life of the patients with CHPPS. It was shown, that muscular dysfunction and inflammatory process play the important role in the reductions of the force of emission in patients CHPPS. On the contrary, premature ejaculation and ejaculatory pain are mainly caused by muscular dysfunction. It was shown, that interferencetherapy effectively increases the duration ILT on the average on 29±4 seconds (р<0,001; the pair *t-test*), thus this effect does not depend on activity of inflammatory process (р>0,05; the unpaired *t-*test). Interferencetherapy also clinically significantly reduces intensity of ejaculatory pain from 5 up to 3 points on scale ICPS NIH USA (р<0,04; pair Wilkoxon test), irrespective of the activity of the inflammatory process. However the given effect is registered on a small population of patients (n<30). The increase in force of emission (р<0,05) from 4 up to 5 points (VAS) at use interferencetherapy has no clinical value.

**Key words:** chronic pelvic pain syndrome, ejaculatory disorders, interferencetherapy, electromiography, quality of a life.

# Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>