

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра урологии и нефрологии

Н.И. Доста

**ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ/
СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ
(ХП/СХТБ)**

Учебно-методическое пособие

Минск, БелМАПО

2021

УДК 616.65-002-036.12:617.581-009.7-036.12(075.9)

ББК 56.9я73

Д 70

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Государственного учреждения образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
от 20.05.2021 (протокол № 5)

Автор:

Доста Н.И., доцент кафедры урологии и нефрологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кандидат медицинских наук, доцент

Рецензенты:

Руденко Д.Н., доцент кафедры урологии УО «Белорусский государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук, доцент

Кафедра урологии государственного учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет»

Доста, Н.И.

Д 70

Хронический простатит/синдром хронической тазовой боли : учеб.-метод. пособие / Н.И. Доста. – Минск : БелМАПО, 2021. – 28 с.

ISBN 978-985-584-611-7

Учебно-методическое пособие содержит актуальные данные о хроническом простатите (ХП), который в большинстве своем клинически является причиной хронической тазовой боли, рассматриваемой в силу своей полиэтиологичности, как синдром хронической тазовой боли (СХТБ). Поэтому в соответствии с современными классификациями это заболевание представлено как ХП/СХТБ. С этих позиций в пособии изложены основы диагностики, соответствующая оценка полученных данных с использованием современных валидизированных опросников. Подробно изложена международная блок-схема классификации UPOINTS и в соответствии с этим представлен международный стандарт лечения, с акцентом на использовании альтернативных к антибиотикам методов фитотерапии, физиотерапии и санаторно-курортного лечения, которые сегодня развиты на высоком уровне, как на постсоветском пространстве, так и в Республике Беларусь.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ: переподготовки по специальности «Урология», повышения квалификации врачей-урологов (андрологов), сексопатологов, врачей-хирургов, врачей общей практики, врачей-психотерапевтов.

УДК 616.65-002-036.12:617.581-009.7-036.12(075.9)

ББК 56.9я73

ISBN 978-985-984-611-7

© Доста Н.И., 2021

© Оформление БелМАПО, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
Базовая диагностика. <i>Клинические симптомы</i>	7
Анамнез	8
Одобрённые опросники для оценки симптомов	8
<i>Физикальное обследование</i>	13
<i>Лабораторное обследование</i>	14
<i>Техника взятия материала</i>	14
Диагностика с использованием изображений	15
Учет клинических проявлений: классификация UPOINTS	15
Лечение	16
Прогноз	23
Выводы	23
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	24

ВВЕДЕНИЕ

Согласно эпидемиологическим исследованиям, которым придается большое значение, особенно в высокоразвитых странах, распространенность простатита в США колеблется от 5 до 16%, в России – до 44% и заболеваемость последним неуклонно возрастает [5]. Хронический простатит является самым распространенным урологическим заболеванием у мужчин моложе 50 лет и третьим по частоте урологическим заболеванием у мужчин старше 50 лет (после доброкачественной гиперплазии и рака простаты), составляя 8% амбулаторных визитов к урологу [32]. Неудивительно, что за этими данными скрываются проблемы социального и экономического характера у мужчин репродуктивного и сексуально активного возраста. Качество жизни больных простатитом аналогично таковому у больных, перенесших острый инфаркт миокарда, страдающих нестабильной стенокардией или активной болезнью Крона, раком предстательной железы, т.е. когда пациент постоянно испытывает проблемы качества жизни, связанные с болями, нарушениями мочеиспускания, половыми расстройствами, или репродуктивной функцией.

Простатито-подобные боли в обиходе пациентов часто обозначаются, как недооцененная болезнь, которая, однако, существенно влияет на качество жизни мужчин [31] и в соответствии с последними эпидемиологическими исследованиями составляет более 8,2% [32]. В амбулаторных условиях, как среди молодых, так и пожилых пациентов в таких ситуациях в 8% устанавливается диагноз простатит [15]. Наиболее частой причиной для такой клинической картины является хронический простатит (CP-Chronic Prostatitis) или синдром хронической тазовой боли (CPPS- Chronic Prostatitis Pain Syndrome) ХП/СХТБ. Это проявляется хронической болью или дискомфортом в области таза, промежности по меньшей мере, в течение 3 месяцев на протяжении последних 6 месяцев и часто сопровождается учащенным мочеиспусканием, психо-сексуальными проявлениями и сексуальной дисфункцией. В последнее время много говорится о влиянии воспалительного процесса в предстательной железе на качество спермы, а, следовательно – на фертильность мужчин [26,46]. На этапе диагностики данного заболевания его необходимо дифференцировать с инфекциями верхних мочевых путей и мужских половых органов, онкологическими заболеваниями, анатомическими аномалиями или неврологическими нарушениями. Согласно определению консенсуса Национального института здоровья (NIH, USA, 1999 г.) хронический простатит/синдром хронической тазовой боли являются составной частью классификации синдрома

простатита [25]. Согласно этой классификации, простатит делится на 4 категории:

Тип 1: Острый бактериальный простатит;

Тип 2: Хронический бактериальный простатит;

Тип 3: Хронический простатит/синдром хронической тазовой боли;

Тип 3А: Воспалительный вариант;

Тип 3В: Невоспалительный вариант;

Тип 4: Бессимптомный простатит.

В случае острого бактериального простатита у 10,2% таких пациентов со временем развивается хронический бактериальный простатит, а затем у 9,6% из них образуется Тип 3 [46]. И хотя только у 5-10% случаев болезнь идентифицируется, фактически, как инфекция, как причина простатитоподобных болей [25,26], однако, почти у половины таких пациентов проводится необоснованная антибактериальная терапия [15].

Примечание: только у 5-10% пациентов с простатитоподобными болями подтверждается инфекция, как причина болезни.

Конкретная антибактериальная терапия проводится без доказанного обоснования. Учитывая увеличивающуюся резистентность и особенности побочного действия определенных классов лекарств, такое лечение представляется бессмысленным и небезопасным. Хотя такая парадигма может в любое время рухнуть, поскольку появились новые данные о том, что моча не является стерильной средой и она всегда контаминирована различными микроорганизмами, которые не выявляются при традиционных бактериологических исследованиях [23]. Второе обстоятельство, которое может повергнуть наши представления о простатите (бактериальном и абактериальном) – это набирающее силу и авторитет современное положение о существовании микробиома (микробиоты-уробиоты) всех органов человеческого организма, в том числе и органов мочеполовой. А если это так, то нет стерильных органов, а есть здоровый симбиоз между органами человеческого организма и всегда (!) присутствующими в них микроорганизмами и их ассоциациями. А если это так, то может быть, по-новому нужно будет понимать, почему антибактериальная терапия нередко является эффективной, хотя по своей сути “бессмысленным и небезопасным лечением” при абактериальном простатите, как сейчас декларируется во многих авторитетных источниках литературы.

Лежащая в основе заболевания патофизиология сегодня понятна недостаточно. Является признанной мультифакторная этиология хронического простатита. Из нескольких десятков потенциальных причин

простатита в качестве достоверно значимой фигурирует уретральная инфекция, которая была первично не леченной или не излеченной [10,31,46]. Инфицирование предстательной железы происходит преимущественно восходящим или урогенитальным путем. Также возможны гематогенный (из очагов инфекции – тонзиллит, отит, гайморит, кариозные зубы, грипп, ОРВИ) и лимфогенный (проктит, тромбофлебит, геморроидальных вен) пути развития. Общепринятыми этиологическими агентами, наиболее часто выявляемыми при остром и хроническом простатите, являются *E. coli* (65-80%), *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, различные виды *Proteus*. При этом ряд исследований свидетельствуют об ассоциации возбудителей [42]. Патогенетически в развитии воспалительного процесса и его хронизации имеют большое значение аутоиммунные реакции, перманентное химическое раздражение в виде используемых косметологических средств, высокие показатели давления/поток мочи, интерстициальный цистит, интрапростатические рефлюксы мочи, неврологические дисфункции. Важная роль в возможности развития простатита отводится уникальным особенностям анатомического строения и физиологии простаты. К таким предпосылкам относят: криптообразное строение ацинусов и выводных протоков с отсутствием в стенке протоков мышечной ткани, что изначально затрудняет отток вырабатываемого секрета, способствуя его застою. Кроме того, представляются значимыми и другие факторы:

- отсутствие мышечных жомов в выводных протоках, за счет чего инфекция беспрепятственно может проникать в последние ретроградным путем.
- Локализация конечных артериол в соединительных прослойках между ацинусами (строме), в силу чего застой секрета приводит к сдавлению питающих сосудов и ишемизации железистых структур органа.
- Наличие обильного анастомозирования вен таза и предстательной железы также может способствовать нарушению гемодинамики простаты и ее неустойчивости к постоянной угрозе инфекции из соседних органов таза.
- Обильная иннервация предстательной железы из различных нервных сплетений таза может легко спровоцировать нарушение трофики в предстательной железе.

Играют определенную роль в патогенезе заболевания и приобретенные факторы. К ним относятся: травматические повреждения половых органов, воздействия физических факторов (вибрация, температурный режим и др.), повышенный вес тела, гиподинамия, дизритмии половой жизни, прерванные половые акты, злоупотребление алкоголем и никотином.

На сегодня для диагностики простатита кроме биомаркеров в распоряжении клинициста имеются и специфические тесты. Ухудшающееся состояние пациентов на фоне лечения приводит к тому, что оценка эффективности монотерапии становится почти невозможной. Это обстоятельство очень наглядно показывает, почему синдром хронической тазовой боли является осложняющим обстоятельством, как для пациентов, так и для лечащих урологов. Представляется, что только правильная оценка комплекса жалоб пациента и структурированные действия врача на этапе диагностики представляют ключ к успешному лечению этого заболевания. Только путем введения единой классификации, применения валидных унифицированных опросников, можно достигнуть объективной базовой диагностики и подобранной “под заказ” персонализированной схемы лечения.

Базовая диагностика

Клинические симптомы

Главным симптомом простатита является боль или дискомфорт в области промежности, боли в промежности часто иррадиирующие в яички, или половой член [27,52,51]. Боли довольно часто отдают в область мочевого пузыря, крестца, или прямой кишки. Мышечное напряжение и судорожные состояния мышц живота и таза являются выражением мышечно-фасциальных повреждений. Боли при мочеиспускании (43%), а также при эякуляции (45%), отмечаются каждым вторым пациентом. Особенно боли при эякуляции воспринимаются пациентом, как существенный симптом снижения качества жизни [10]. В 50-60% случаев нарушения мочеиспускания являются частью клинической картины заболевания [42,52,44]. К тому же, примерно, у 40-70% мужчин выявляется нарушение половой функции, что оказывает выраженное влияние на течение самого заболевания и связанное с болезнью нарушенное качество жизни [10]. Установлены также связи с чувством страха, депрессией, что усиливает симптомы болезни [18]. Поскольку познавательные и поведенческие факторы при оценке болезни играют важную роль, эти аспекты должны рассматриваться на практике, как существенная составная часть базисной диагностики. С точки зрения симптоматики при тазовых болях нужно думать и о не урологических заболеваниях. Эти боли могут перекрываться другими болевыми синдромами, такими, как фибромиалгия, хронические воспалительные заболевания кишечника. Например, у 22-31,2% пациентов с хроническим простатитом/синдромом хронической тазовой боли выявляются воспалительные заболевания кишечника [13,36,50].

Этот краткий обзор клинических симптомов четко указывает, на высокий уровень значимости нарушения качества жизни пациентов. Пациент с хроническим простатитом/синдромом хронической тазовой боли представляют собой не гомогенную популяцию с одинаковым протеканием болезни. Необходимо подчеркнуть, что клиническая картина является в высшей степени вариабельной, и проявление симптомов сильно колеблется. Проявления болезни долгое время остаются стабильными, иногда даже с некоторыми улучшениями. Но и колебания болей на их вершине, также возможны [39]. Поэтому сложность в обследовании пациента является краеугольным камнем базисной диагностики.

Анамнез

Подробный анамнез является обязательным шагом в диагностике. Наряду с аспектами болевой симптоматики (локализация, проекция, тяжесть боли, частота, качество, длительность), выяснение вопроса, что вызывает боли, модуляторы (триггеры болей), необходимо обращать внимание на сопутствующие симптомы, как, например, боли при мочеиспускании, сексуальные нарушения и психосоциальные проявления. Полный анамнез всегда включает в себя также ранее проводившиеся оперативные вмешательства, аллергические реакции, имевшие место инфекции мочевых путей и сопутствующие заболевания. Эти первые данные указывают лечащему врачу-урологу путь диагностики для исключения или подтверждения диагноза хронического простатита/синдрома хронической тазовой боли.

Одобрённые опросники для оценки симптомов

Индекс **NIH-CPSI** (NIH-Chronic Prostatitis Symptom Index) является одобренным опросником, который предложен, как объективный инструмент для оценки состояния статуса пациента и мониторинга эффективности лечения [27,51]. Он содержит домены для диагностики боли, болезненного мочеиспускания и связанного со здоровьем качества жизни [49,51] (Табл.1). Улучшение на 6 пунктов общих результатов достоверно коррелирует с соответствующим ответом на лечение [37].

Табл.1.

ИНДЕКСЫ ШКАЛЫ СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА И СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ (ХП-СХТБ)

ПО ВЕРСИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ИНСТИТУТА ЗДОРОВЬЯ США

*NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH CHRONIC PROSTATITIS SYMPTOM INDEX
(NIH-CPSI)*

Домен I. Боль или дискомфорт											
1. За последнюю неделю испытывали ли Вы боль или дискомфорт в следующих местах?										Да	Нет
1а. Область между прямой кишкой и яичками (промежность)										1	0
1б. Яички										1	0
1в. Головка полового члена, вне связи с мочеиспусканием										1	0
1г. Ниже пояса, в области лобка, мочевого пузыря, в паху										1	0
2. За последнюю неделю испытывали ли Вы:										Да	Нет
2а. Боль или жжение при мочеиспускании?										1	0
2б. Боль или дискомфорт во время, или после семяизвержения (оргазма)?										1	0
3. Как часто Вы испытываете дискомфорт в областях, указанных в пункте 1 домена I?											
Никогда										0	
Редко										1	
Иногда										2	
Часто										3	
Обычно										4	
Всегда										5	
4. Какому номеру по шкале соответствует интенсивность боли, которую Вы испытывали за последнюю неделю?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Нет боли										Тяжелейшая боль	
Сумма баллов по домену I:											
Домен II. Мочеиспускание											
5. Как часто за последнюю неделю Вы испытывали чувство неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания?											
Никогда										0	
Меньше, чем в 1 случае из 5										1	
Меньше, чем в половине случаев										2	
Примерно в половине случаев										3	
Более чем в половине случаев										4	
Почти всегда										5	
Таблица модифицирована с разрешения Litwin MS, McNaughton-Collins M ' Fowler FJ, et al. The NIH Chronic Prostatitis Symptom index (NIH-CPSI). Development and validation of a new outcomes measure. J Urol. In press.											
6. Как часто в течение последней недели Вам приходилось мочиться чаще, чем каждые 2 часа?											
Никогда										0	
Менее чем 1 раз из 5										1	

Менее чем в половине случаев	2
В половине случаев	3
Более чем в половине случаев	4
Почти всегда	5
Сумма баллов по домену II:	
Домен III. Влияние симптомов на Вашу жизнь	
7. Как часто за последнюю неделю имеющиеся у Вас симптомы мешали Вам делать то, чем Вы обычно занимаетесь (работа, досуг и т.д.)?	
Никогда	0
Незначительно	1
Умеренно или некоторой степени	2
Очень сильно	3
8. Как часто за последнюю неделю Вы думали об имеющихся у Вас симптомах?	
Никогда	0
Незначительно	1
Умеренно или некоторой степени	2
Очень сильно	3
Сумма баллов по домену III:	
Домен IV. Качество жизни	
9. Как бы Вы чувствовали себя если бы Вам довелось провести остаток жизни с теми симптомами, которые наблюдались у Вас в течение последней недели?	
Замечательно	0
Удовлетворенным	1
В большей степени удовлетворенным	2
Смешанно (наполовину удовлетворенным, наполовину нет)	3
В большей степени неудовлетворенным	4
Несчастливым	5
Ужасно	6
Сумма баллов по доменам Индекса шкалы симптомов	
Боль: Сумма подпунктов 1а, 1б, 1в, 1г, 2а, 2б, 3 и пункта 4	
Симптомы, связанные с мочеиспусканием: Сумма пунктов 5 и 6	
Влияние на качество жизни: Сумма пунктов 7, 8, и 9	
Боль и мочеиспускание: Сумма пунктов от 1 до 6	
Общая сумма баллов:	
<p>(1) Подсчитайте отдельно сумму баллов по доменам (боль, мочеиспускание, влияние на Вашу жизнь, качество жизни).</p> <p>(2) Сложите сумму баллов по доменам боль и мочеиспускание (интервал 0-31), получив при этом "оценку выраженности симптомов".</p> <p style="padding-left: 20px;">Незначительно выраженные симптомы = 0-9,</p> <p style="padding-left: 20px;">Средне выраженные симптомы = 10-18</p> <p style="padding-left: 20px;">Тяжелые симптомы = 19-31.</p>	
<p>Конец формы</p> <p>(3) Рассчитайте и запишите общую сумму баллов (интервал 0-43), которая определяется как "общая оценка." Оцените пациента по данной шкале при первом визите и затем периодически проводите оценку в ходе лечения или наблюдения, сравнивая с изначальным показателем и с установленными нормами.</p>	

Международная шкала симптомов (**IPSS**) (Табл.2) является признанным опросником для объективизации симптомов мочеиспускания. Проблемы с выделением мочи имеют место у половины пациентов с хроническим простатитом/синдромом хронической тазовой боли, и шкала IPSS является оправданной при базисной диагностике.

Шкала IPSS (**International Prostate Symptom Score**) позволяет оценить выраженность симптомов у пациентов с нарушением мочеиспускания. По количеству баллов врач определяет степень тяжести симптоматики у конкретного пациента и подбирает тот или иной вид лечения. По своей тяжести симптомы делятся на легкую степень (0-7 баллов), среднюю (8-19 баллов) и тяжелую (20-35 баллов). В качестве дополнительного метода используется определение индекса качества жизни. Результаты заполнения анкеты шкалы IPSS могут быть полноценно интерпретированы только на приеме врача, который прежде, чем давать какие-то оценки подробно изучит жалобы и историю заболевания пациента, осмотрит его, проведет другие анализы и исследования, направленные на выявление причин расстройств мочеиспускания. В связи с этим не следует пытаться получить виртуальную интерпретацию анкеты шкалы IPSS и какие-либо рекомендации по обследованию или лечению. Она предназначена только для того, чтобы пациенту было удобно ее распечатать, заполнить и принести на прием к врачу.

Табл.2.

Международная система суммарной оценки заболеваний простаты в баллах (IPSS)						
	Нет	Реже, чем 1 раз из 5 случаев	Менее, чем в половине случаев	Примерно в половине случаев	Более половины случаев	Почти всегда
1. В течение последнего месяца как часто у Вас возникало ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания?	0	1	2	3	4	5
2. В течение последнего месяца как часто у Вас была потребность помочиться ранее, чем через два часа после последнего мочеиспускания?	0	1	2	3	4	5
3. Как часто в течение последнего месяца мочеиспускание было с перерывами?	0	1	2	3	4	5
4. В течение последнего месяца как часто Вы находили трудным временно воздержаться от мочеиспускания?	0	1	2	3	4	5
5. В течение последнего месяца как часто Вы ощущали слабый напор мочевой струи?	0	1	2	3	4	5
6. В течение последнего месяца как часто Вам приходилось прилагать усилия, чтобы начать мочеиспускание?	0	1	2	3	4	5
	Нет	1 раз	2 раз	3 раз	4 раз	5 или более раз
7. В течение последнего месяца как часто в среднем Вам приходилось вставать, чтобы помочиться, начиная со времени, когда Вы ложились спать, и кончая временем, когда Вы вставали утром?	0	1	2	3	4	5
Суммарный балл IPSS=						
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВСЛЕДСТВИЕ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ						
8. Как бы Вы отнеслись к тому, если бы Вам пришлось мириться с имеющимися у Вас урологическими проблемами до конца жизни?	очень хорошо	Хорошо	удовлетворительно	смешанное чувство	неудовлетворительно	плохо ужасно
	0	1	2	3	4	5
Индекс оценки качества жизни L=						

Дополнительной оправданной опцией для оценки сексуальной функции является международный индекс эректильной функции (МИЭФ-5); [41], (Табл.3).

Табл.3.

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ ИНДЕКС ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ (МИЭФ-5)
(Шкала степени выраженности эректильной дисфункции)**

Эти вопросы о том, как нарушения эрекции сказывались на Вашей сексуальной жизни в течение последних четырех недель. Пожалуйста, ответьте на эти вопросы как можно более откровенно и определенно.

Распечатайте анкету, заполните ее и отдайте врачу во время консультации.

		Почти никогда или никогда	Редко (реже чем в половине случаев)	Иногда (примерно в половине случаев)	Часто (более чем в половине случаев)	Почти всегда или всегда
		чрезвычайно трудно	очень трудно	трудно	не очень трудно	не трудно
1.	Как часто у Вас возникала эрекция при сексуальной активности за последнее время?	1	2	3	4	5
2.	Как часто за последнее время возникающая у Вас эрекция была достаточна для введения полового члена (для начала полового акта)?	1	2	3	4	5
3.	При попытке полового акта как часто у Вас получалось осуществить введение полового члена (начать половой акт)?	1	2	3	4	5
4.	Как часто за последнее время Вам удавалось сохранить эрекцию после начала полового акта?	1	2	3	4	5
5.	Насколько трудным было сохранить эрекцию в течении и до конца полового акта?	1	2	3	4	5

Суммарный балл степени выраженности ЭД

Оценка результатов:

- 21–25 баллов – эректильная дисфункция отсутствует
- 16–20 баллов – эректильная дисфункция легкой степени
- 11–15 баллов – эректильная дисфункция умеренной степени
- 5–10 баллов – выраженная эректильная дисфункция

и шкала сексуального здоровья мужчин **Sexual Health Inventory for Men (SHIM)**; [12] (Табл.4).

Табл.4.

Шкала векторного определения половой конституции мужчины									
Векторы	Конституция								
	Слабая			Средняя			Сильная		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I. Возраст пробуждения либидо	17 и позже	16	15	14	13	12	11	10	9 и раньше
II. Возраст первой эякуляции	19 и позже	17–18	16	15	14	13	12	11	10 и раньше
III. Трохантерный индекс	< 1,85	1,86–1,89	1,90–1,91	1,92–1,94	1,95–1,96	1,97–1,98	1,99	2,00	>2,0
IV. Оволосение лобка	Редкие пушковые	Горизонтальная верхняя граница	Тенденция к горизонтали	По мужскому типу			По мужскому типу с гипертрихозами		
V. Максимальный эксцесс	0	2	3	4	5	6	7	8	9 и более
VI. Возраст вхождения в УФР после женитьбы	–	Медовый месяц	1 год	2–3 года	4–5 лет	6–10 лет	11–19 лет	20–29 лет	30 и более
VII. То же, в годах	–	До 22	23–26	27–31	32–36	37–40	41–45	46–50	51 и старше

Как уже указывалось выше, психосоциальные факторы также имеют отношение к этому заболеванию. Поэтому, чтобы обозначить и эти аспекты, могут быть пригодными и такие признанные опросники, как опросник генерализованного страха (GAD-7). Опросник по здоровью пациента (PHQ-2), Опросник по здоровью пациента (PHQ-9) или шкала госпитального страха и депрессии (HADS).

Физикальное обследование

Имеются не только специфические диагностические тесты, но и патогномичные клинические признаки, которые позволяют довольно точно установить диагноз хронический простатит/синдром хронической тазовой боли. Отсюда вытекает задача, правильно оценить имеющуюся клиническую картину хронического простатита/синдрома хронической тазовой боли или исключить синдром хронической тазовой боли. Клиническое обследование живота и наружных половых органов, промежности и предстательной железы являются существенной составной частью базисной диагностики. Исследование таза с определением триггерных точек является достаточно полезным, чтобы точнее составить индивидуальную картину заболевания.

Лабораторное обследование

Специфический тест для диагностики ХП/СХТБ пока не получен. Подходящие биомаркеры в проведенных пока исследованиях не найдены. “Золотым” стандартом микробиологического подтверждения диагноза хронического простатита является 4-х стаканная проба Meares и Stamey [33].

Пациент приходит с половым воздержанием 2 суток и полным мочевым пузырём. Перед исследованием вымыть головку полового члена (для предупреждения попадания бактерий с кожных покровов). Подготовить 4 стерильных контейнера для сбора образцов, обозначенных как «1-я порция мочи», «2-я порция мочи», «секрет предстательной железы (СПЖ)», «3-я порция мочи». Поставить открытые контейнеры на плоскую поверхность и следить за тем, чтобы они оставались стерильными.

Техника взятия материала

1. «1-я порция мочи» — УРЕТРАЛЬНАЯ ПОРЦИЯ — собрать 10–15 мл первой выпущенной мочи;
2. «2-я порция мочи» — МОЧЕПУЗЫРНАЯ ПОРЦИЯ — выпустить 150–200 мл мочи в унитаз и собрать 10–15 мл во второй контейнер;
3. «3 порция -СПЖ (сок предстательной железы)» — собрать секрет предстательной железы после массажа предстательной железы;
4. «3-я порция мочи» — ПОСТМАССАЖНАЯ ПОРЦИЯ — собрать первые 10–15 мл после массажа простаты.

Интерпретируется анализ согласно найденному воспалительному процессу в соответствующем участке мочеполового тракта контейнере. Только таким образом можно правильно определить микроб, вызвавший воспаление или исключить роль инфекции и, соответственно, назначить правильное лечение. При этом забирается 3 пробы мочи и проба сока предстательной железы. Все препараты исследуют на лейкоциты, как признак воспаления, а также, в случае необходимости проводится культуральное исследование. На основании полученных данных можно четко установить наличие хронического бактериального, (абактериального) простатита, и отличить НИИ-Тип 2 и Тип 3. Наличие лейкоцитов в значительном количестве в соке после массажа простаты может быть связано с наличием воспаления по типу Тип 2 и отличаться от Тип 3. Наличие лейкоцитов в значимом количестве в третьей порции или после массажа простаты необходимо дифференцировать воспалительный подтип

3А от не воспалительного варианта 3В. Как метод микробиологической локализации вместо 4-х стаканной пробы может использоваться, как альтернатива, 2-хстаканная проба [35]. При этом необходимо исследовать мочу средней порции и третьей порции. Эякулят, как единственная проба для микробиологического исследования ввиду ее высокой чувствительности и специфичности при проведении 4-х стаканной пробы не исследуется.

➤ *Примечание: “Золотым” микробиологическим стандартом является 4-х стаканная проба. Альтернативой ему является 2-стаканная проба.*

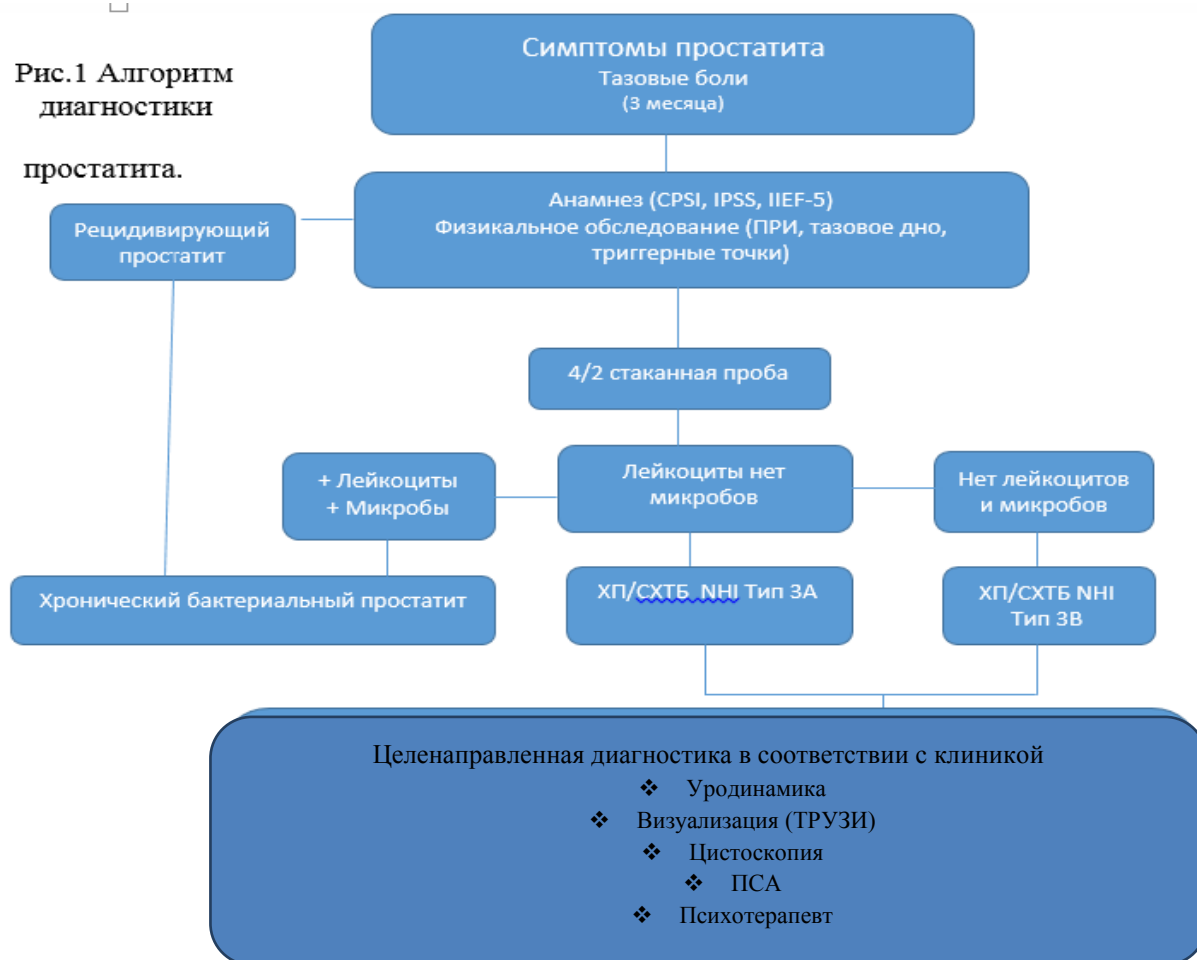
Диагностика с использованием изображений

Методы диагностики с использованием изображений должны использоваться в конкретных случаях или в дифференциальной диагностике для исключения синдрома хронической тазовой боли. Решение о дальнейших методах исследования и индивидуальных особенностей клинической картины принимаются индивидуально. Не во всех случаях может требоваться трансректальное УЗИ. Для оценки мочеиспускания, а также возможной обструкции шейки мочевого пузыря показаны урофлоуметрия и даже уродинамическое обследование. Может стоять вопрос и о проведении КТ и МРТ.

Учет клинических проявлений: классификация UPOINTS

Классификация UPOINTS стратифицирует пациентов с синдромом хронической тазовой боли в соответствии с клиникой болезни на основе наиболее частых доменов симптомов. Основные симптомы нарушения мочеиспускания (“uric”), психосоциальные (“psychosocial”), органо-специфические (“organspecific”), инфекционные (“infection”), неврологические жалобы (“neurologic”), мышечное напряжение (“tenderness”) и сексуальная дисфункция (“sexual”) [30]. Первые клинические исследования подтвердили хорошую корреляцию между наличием позитивных доменов, тяжестью симптомов и связанным со здоровьем качеством жизни. Идентификация важнейших групп симптомов дает не только важные указания и целевое объяснение симптомов, но и указывает наглядно на цели лечения, которые должны согласовываться с общим планом лечения. Диагностический алгоритм хронического простатита/синдрома хронической тазовой боли представлен на **Рис.1.** (Цит. по G. Magistro [et al.] [54].

Рис.1 Алгоритм диагностики простатита.



Лечение

Лечение ХП/СХТБ всегда представляется особой проблемой в клинической практике многих врачей. Лежащая в основе болезни патофизиология, пока еще полностью не понятна. На основе разнообразных клинических проявлений сделан вывод о мультифакторном генезе данного заболевания. Эта проблематика отражена в многочисленных, клинических рандомизированных исследованиях, которые до сих пор не выявили достаточно эффективной монотерапии. В метаанализах по фармакотерапии также не высказано ясных рекомендаций по монотерапии [7,14]. В краткой форме было опубликовано 2 метаанализа Кохране о фармако- и не фармакотерапии, как лечебных опциях [20,21].

В них была дана оценка от низкой до средней степени доказательности влияния отдельных видов лечения на улучшение по оценке NIH-CPSI и его подтипов. При этом было показано, как внутрипростатическое введение ботулотоксина А наглядно приносило пользу в показатели NIH-CPSI и на показатели мочеиспускания по данным IPSS по сравнению с плацебо [19]. Мультиmodalная концепция лечения, которая учитывает индивидуальные

клинические проявления болезни, оказалась более многообещающей, чем система одиночных назначений. И здесь, особенно, отличается классификация UPOINTS, поскольку она обозначает не только отдельные проблемы заболевания, но и позволяет включать эту информацию в персонифицированное лечение. Уже в первом проспективном исследовании на 100 пациентах указывались в 84% конкретные рекомендации по лечению, которые удовлетворяли первым 6 пунктам индекса NIH-CPSI. Все показатели-домены CPSI, касающиеся боли, мочеиспускания и качества жизни после 50 недель наблюдения достоверно улучшились. В дальнейших клинических исследованиях подтверждались хорошие результаты лечения [22,29]. Однако, нужны дальнейшие проспективные, рандомизированные исследования, поскольку предыдущие результаты представляют исследования по монотерапии. Классификация UPOINTS и, соответствующая концепция лечения ХП/ХТБ представлены на **Рис.2.** (Цит. по G. Magistro [et al.] [54].

Представляется целесообразным расшифровать некоторые пункты приведенной блок-схемы классификации лечения UPOINT. В частности, для лечения местных симптомов рекомендуется применение препаратов группы НПВС, иммуномодуляторы, экстракты растений.

Учитывая патоморфологию хронического простатита, имеющую в своей основе застой секрета простаты на фоне хронического воспалительного процесса, логично включать в мультимодальную схему лечения ХП/СХТБ препараты, разжижающие воспалительный детрит воспаленного органа. Речь идет о целесообразности применения препарата **ВОБЭНЗИМ**, который в настоящее время широко используется в системной энзимотерапии многих

Рис.2. Блок-схема классификации UPOINTS. Выбор лечения.

SKAT- внутрикавернозные инъекции.

MUSE- внутриуретральные аппликации.

SSRI- ингибиторы обратного захвата серотонина.



воспалительных заболеваний в различных областях медицины. Системная энзимотерапия (СЭТ) – современный метод профилактики и лечения заболеваний, основанный на применении уникальных комбинированных энзимных препаратов, которые воздействуют на весь организм в целом, и на отдельные физиологические и патологические процессы. Доказаны следующие положительные эффекты назначения этих средств [24,40]:

- повышение концентрации этиотропных препаратов в плазме крови, тканях; увеличение экспозиции применяемых антибиотиков;
- снижение токсичности и частоты возникновения побочных эффектов антибиотикотерапии (дисбактериоз);
- активация иммунной системы за счет стимуляции функциональной активности макрофагов, естественных киллеров, стимулирует Т-лимфоциты, фагоцитарную активность крови;
- противовоспалительное и фибринолитическое воздействие на уровне воспалительных процессов в органах мочеполовой системы;
- уменьшение выраженности отека предстательной железы при ее воспалении;
- вторичное анальгезирующее действие
- регуляция механизмов неспецифической защиты (выработка интерферона), тем самым проявляя противовирусное и противомикробное, иммуномодулирующее действие.

В своей работе В.Н. Ткачук и соавт. [6] показали, что включение в традиционное лечение больных ХП вобэнзимом привело к значительному снижению числа рецидивов заболевания в последующие сроки наблюдения (рис.3).

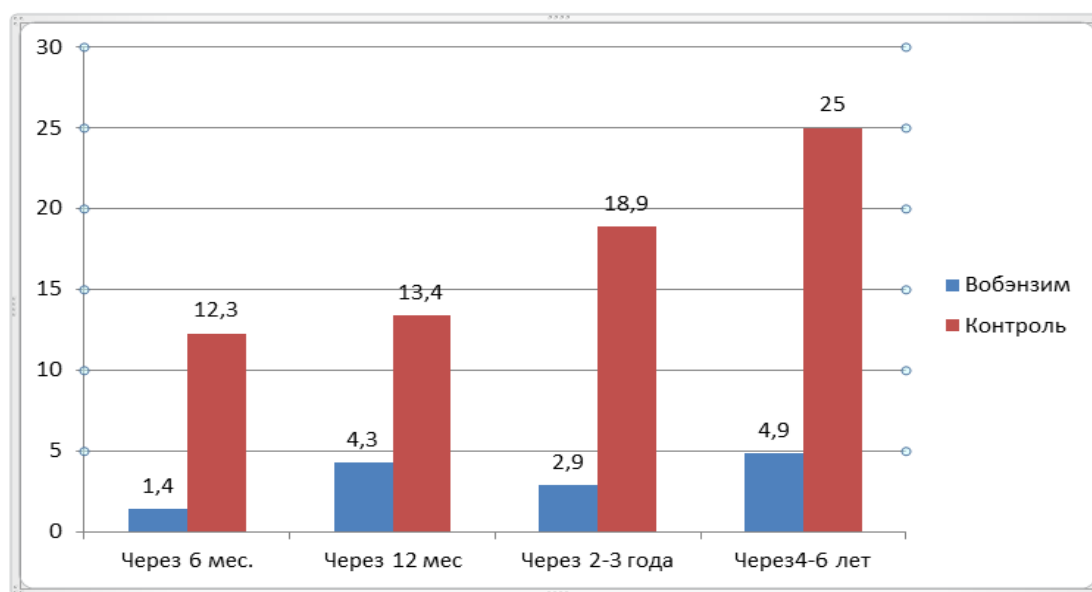


Рис.3. Частота рецидивов хронического простатита у больных, леченных вобэнзимом

Работ, посвященных эффективности использования СЭТ для лечения различных воспалительных заболеваний в урологии, гинекологии, онкологии и других специальностях множество [8,9,17]. Препарат рекомендуется принимать в дозе 3-5 таблеток 3 раза в день на протяжении 2-3 недель, а при необходимости, до 3 месяцев, запивая обильно водой. Принимают препарат за 30 минут до еды.

Во время эрекции происходит расслабление гладкомышечных клеток артерий и артериол полового члена в результате высвобождения таких нейротрансмиттеров, как оксид азота (NO) и циклического гуанидин-монофосфата (ЦГМФ), выделяемых клетками эндотелия. Оксид азота выделяется при сексуальном раздражении (зрительном, тактильном) эндотелиальными клетками, стимулируя образование ЦГМФ, который являясь мощным миореласантом, приводит к расширению глубоких артерий полового члена и венозных синусов. В результате кавернозные тела быстро набухают, увеличиваясь в размерах в 5 раз благодаря кровенаполнению и одновременному сдавлению вен, расположенных под плотной фиброэластической оболочкой, покрывающей кавернозные тела. Это препятствует оттоку крови через вены и способствует поддержанию эрекции [28]. Для восстановления нарушенного механизма образования оксида азота в пещеристых телах полового члена в результате ХП, можно с успехом применять препарат **Импазу**, который стимулируя фермент NO-синтазу в пещеристых телах способствует восстановлению необходимого уровня оксида азота и ЦГМФ. Это в свою очередь приводит к улучшению эректильной функции пациента. Курсовая доза импазы в лечении эректильной дисфункции при ХП составляет 1-2 таблетки (держать во рту до полного рассасывания) в течение 12 недель [28].

Вторым препаратом, снижающим воспалительную реакцию в предстательной железе и способствующим восстановлению эректильной функции, является **Афала**. Афала, представляющая собой антитела к ПСА. Влияние препарата основано на способности сверхмалых доз антител к эндогенным регуляторам (в т.ч. ПСА) изменять через систему естественных антител их активность и характер действия. ПСА служит эндогенным регулятором разнообразных процессов в мужском организме. Все функции этого вещества, продуцируемого ПЖ, возможно, еще не установлены. Основной его «задачей», как протеолитического фермента, является поддержание агрегатного состояния эякулята, т.е. его разжижение в результате расщепления семиногелина 1 и 2, и фибронектина. ПСА также принимает участие в расщеплении Lys-плазминогена до биологически активных фрагментов, антиангиогенная активность которых

сопоставима с активностью ангиостатина. Помимо этого ПСА тормозит пролиферацию, миграцию и инвазию эндотелиальных клеток, блокирует действие ангиогенных факторов на эндотелий, а также стимулирует метаболические и пролиферативные процессы в эпителиальных клетках ПЖ посредством воздействия на белок, связывающий инсулиноподобный фактор роста [11]. Препарат принимают по 2 таблетки в день не во время приема пищи в течение 16 недель, сохраняя препарат во рту до его полного рассасывания [2].

В последние годы в связи с поиском новых подходов к лечению ряда заболеваний многие специалисты вновь обратили свой взор на ЛС растительного происхождения. В многочисленных исследованиях было показано, что в некоторых случаях применение фитопрепаратов по сравнению с синтетическими ЛС более эффективно и безопасно [4]. Учитывая многофакторность в этио-патогенетических механизмах ХП, препараты в виде экстрактов и вытяжек из растений, в которых содержится много различных компонентов в виде эфирных масел, терпенов, растительных гормоноподобных веществ, противовоспалительных субстанций, фитопрепараты представляются абсолютно обоснованными в современных схемах комбинированного лечения этого распространенного заболевания. К тому же, ВОЗ в последнее время призывает в настоящее время для лечения инфекций шире привлекать альтернативные лекарственные препараты. Этот призыв абсолютно закономерен, поскольку рост антибиотикорезистентности в настоящее время приобрел угрожающий характер, а осложнения, вызываемые многими антибиотиками на фоне недостаточной их эффективности, еще больше обостряют проблему.



Рис. 4. Тыква (*Cucurbita pepo* var. *styriaca*) в своем составе содержит следующие действующие вещества: фитостерол, и фитотокоферол, сквален,

каротин, лютеин, Zn, Mn, Cu, Se. Они обладают антипролиферативным, иммуностимулирующим (выработка агглютиногенов) действием.

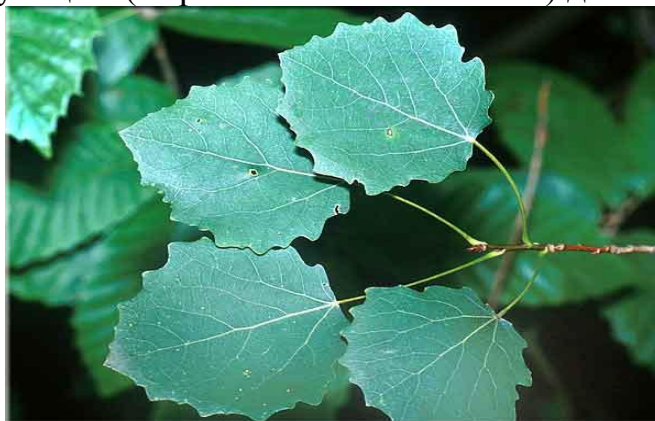


Рис.5. Листья осины (*Populus tremula*) содержат такие действующие вещества: фенольные гликозиды (салицин, популин, салипопулин), флавоноиды (кверцетин, апигенин). Их фармакологические свойства: противо-эксудативное, противовоспалительное, мочегонное действие, повышают тонус детрузора, уменьшают гиперестезию мочевого пузыря, предстательной железы.



Рис. 6. Золотарник канадский (*Solidago canadensis*) содержит следующие действующие вещества: сапонины, флавоноиды, дитерпены, фенольные соединения. Их влияние на организм человека: антиэксудативное, противовоспалительное, мочегонное, повышает тонус детрузора, уменьшает гиперестезию мочевого пузыря и предстательной железы.

Одним из альтернативных препаратов для лечения ХЛ/СХТБ, который содержит в себе экстракты из представленных на Рис. 4,5,6 растений является **Простамед**, который недавно появился на белорусском рынке, а стало быть, препарат еще не приобрел тех негативных характеристик, которые связаны с длительным применением лекарств [1]. Курс лечения: не менее 2-3 месяцев, по 2-4 таблетки 3 раза в день. Таблетки следует разжевать, запивая достаточным количеством жидкости.

Представляет интерес применение комбинации фитопрепарата **Простамед** и препарата **Дистрептаза** [53]. Препарат **Дистрептаза** (“Biomed-Lublin” Poland) выпускается в виде суппозиторий для ректального применения. Препарат получен из выращенного непатогенного штамма

стрептококка группы С и содержит два компонента: стрептокиназу и стрептодерназу.

В 2 гр. ректального суппозитория **Дистрептаза** содержится 15 000 стрептокиназы и 1250 МЕ стрептодерназы. Стрептокиназа активирует проэнзим плазминогена и участвует в растворении сгустков крови и принимает участие также в активации кровообращения в воспалительных участках воспаленного органа. Стрептодерназа является также энзимом, который проявляет антитромботическое, ферментативное, противовоспалительное, рассасывающее, анальгезирующее действие, а также облегчает доступ антибиотиков и химиопрепаратов в очаг воспаления. Стрептодерназа – это энзим, который способен растворять сгустки из нуклеопротеинов, мертвых клеток, или гноя (воспалительного детрита), не оказывая отрицательного влияния на функцию не поврежденных клеток воспаленного органа.

Препарат **Дистрептаза** применяется для лечения больных с:

- хроническими воспалительными процессами и послеоперационными инфильтративными поражениями органов малого таза;
- геморроем;
- периректальными свищами и абсцессами;
- нагноившимися копчиковыми кистами.

В среднем, на курс лечения используется 6-18 суппозиторияев. Курс лечения продолжается в среднем 6-14 дней.

В схему лечения ХП/СХТБ органично вписывается санаторно-курортное лечение в санатории “Рассвет-Любань”, где создано специальное подразделение для лечения пациентов, страдающих различными формами хронического простатита и нарушений половой функции. В этом структурном подразделении накоплен большой многолетний опыт по использованию таких местных природных факторов, как грязи и сапропели, а также минеральной воды из собственных источников. Кроме того, в санатории для лечения ХП/СХТБ в комплексе лечения широко используется гирудотерапия, различного вида массажи, иглотерапия, а также различные методы электростимуляции. Постепенно вышеуказанное подразделение санатория стало местом реабилитации эректильной функции пациентов после радикальной простатэктомии по поводу рака предстательной железы.

Мультимодальная и персонализированная лечебная концепция определяются клинической картиной каждого пациента. Наряду со структурированным диагностическим объяснением и целенаправленной мультимодальной терапией для успешного лечения неотъемлемой частью является регулярное наблюдение за пациентами. При этом необходимо следить за устойчивостью к лечению пациентов и за ответом на лечение. Используются также отзывы пациентов и валидизированные опросники, как, например, опросник NHI-CPSI. В случае необходимости лечебная концепция

модифицируется. Представляется оправданным первый контроль через 6 месяцев от начала лечения. В этом процессе участвует пациент и ему объясняют необходимые дальнейшие шаги и полученные результаты лечения. При этом имеет смысл информировать пациента о необходимых перерывах в лечении, а также о реальных его целях.

Прогноз

Различные международные исследования пытаются показать молекулярную патофизиологию ХП/СХТБ, т.е. то, что пациент с ХП/СХТБ по сравнению с контролем (здоровым) имеет инактивированный CXCR4-рецептор, который играет роль в восстановлении тучных клеток предстательной железы [43]. Кроме того, пациенты с ХП/СХТБ показали по сравнению со здоровыми достоверно повышенный уровень эстрогенов в сперме, а также генетически обусловленное сниженное регулирование обоих эстроген-рецепторов (ESR1 и ESR) в соматических клетках эякулята [34]. Возможно, такие исследования смогут предоставить новую информацию о более актуальных биомаркерах и лечебных стратегиях ХП/СХТБ в будущем.

Выводы

- **Хронический простатит (ХП) или синдром хронической тазовой боли (СХТБ) проявляется хронической болью или дискомфортом в области таза минимум 3 месяца в течение последних 6 месяцев и часто сопровождается нарушениями мочеиспускания, психосоциальными нарушениями, сексуальной дисфункцией и копулятивными расстройствами.**

- **Валидизированные опросники, как, например, National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) служат для объективной количественной оценки симптомов, определения статуса и оценки ответа на лечение.**

- **4-стаканная или 2-стаканная проба Meares-Stamey являются диагностическим стандартом, чтобы исключить хронический бактериальный простатит (НИН-Тип2) или подтвердить его отличие от НИН-Тип3.**

- **Лечение ХП/СХТБ должно учитывать индивидуальные клинические проявления простатита у каждого пациента и проводиться согласно классификации UPOINTS с учетом мультимодальности этиопатогенеза и проявления имеющихся симптомов.**

- **Мультимодальность лечения больных ХП/СХТБ включает в себя широкое применение фитотерапии, а также санаторно-курортное лечение.**

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горпинченко, И.И. Опыт применения многокомпонентных фитопрепаратов у больных при хроническом абактериальном простатите/синдроме хронической тазовой боли / И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко // *Здоровье мужчины*, 2014. – № 1 (48). – ISSN 2307-5090/.
2. Дорофеев, С.Д. Экспериментальная и клиническая урология / С.Д. Дорофеев, Л.В. Кудрявцева, Р.А. Хромов // *Экспериментальная и клиническая урология*, 2013. – № 4. – С. 64–71.
3. Кульчавеня, Е.В. Простатит. Библиотека врача-специалиста / Е.В. Кульчавеня, А.И. Неймарк– Издательство ГЭОТАР-Медиа, 2010.
4. Лопаткин, Н.А. Рациональная фармакотерапия в урологии / Н.А. Лопаткин, Т.С. Перепанова. – Москва : издательство «Литтерра», 2006.
5. Мазо, Е.Б. Хронический инфекционный простатит : материалы Пленума правления Российского общества урологов / Е.Б. Мазо. – М., 2004. – С. 267–289.
6. Ткачук, В.Н. Системная энзимотерапия в урологической практике : пособие для врачей / В.Н. Ткачук. – Москва, 2012.
7. Management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome:a systematic reviewand network meta-analysis / T. Anothaisintawee, J. Attia, J.C. Nickel, S. Thammakraisorn, P. Numthavaj, M. McEvoy [et al.] // *JAMA*, 2011. – Vol. 305 (1). – P. 78–86.
8. Barsom S., Sasse-Rollenhagen K., Betrmann A. *Erfahrungsheilkunde*, 1982. – Vol. 31. – P. 2.
9. Barsom S., Sasse-Rollenhagen K., Betrmann A. Zur Behandlung von Zistidien und Zystopielitiden mit hydrolytischen Enzimen // *Acta Med. Emp.* 32, 125, 1983.
10. Beutel, M.E. Chronic pelvic pain and its comorbidity / M.E. Beutel, W. Weidner, E. Brahler // *Urologe*, 2004. – Vol. 43 (3). – P. 261–267.
11. Breul, J. Prostate-specific antigen in urine / J. Breul, U. Pickl, R. Hartung // *Eur. Urol.*, 1994. – Vol. 26. – P. 18-21.
12. Cappelleri, J.C. The sexual health inventory for men (SHIM):a 5-year review of research and clinical experience / J.C. Cappelleri, R.C. Rosen // *Int. J. Impot. Res.*, 2005. – Vol. 17 (4). – P. 307–319.
13. Predictors of symptom severity in patients with chronic prostatitis and interstitial cystitis / J.Q. Clemens, S.O. Brown, L. Kozloff, E.A. Calhoun // *J. Urol.*, 2006. – Vol. 175 (3 Pt 1). – P. 963–966 (discussion 967).
14. Therapeutic intervention for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): a systematic reviewand meta-analysis / J.M. Cohen, A.P. Fagin, E. Hariton, J.R. Niska, M.W. Pierce, A Kuriyama [et al.] // *PLoSOne*, 2012. – Vol. 7 (8). – e41941.
15. How common is prostatitis? A national survey of physician visits / M.M. Collins, R.S. Stafford, M.P. O'Leary, M.J. Barry // *J. Urol.*, 1998. – Vol. 159 (4). – P. 1224–1228.
16. Is a sexual dysfunction domain important for quality of life in men with urological chronic pelvic pain syndrome? Signs "UPOINT" to yes / S.N. Davis, Y.M. Binik, R. Amsel, S. Carrier // *J. Urol.*, 2013. – Vol. 189 (1). – P. 146–151.

17. Cytokine synthesis in human peripheral blood mononuclear cells after oral administration of polyenzyme preparations / L. Drsser, A. Rehberger, E. Kokron, W. Paukovits // *Oncology*, 1993. – Vol. 50. – N. 5. – P. 403–407.
18. Egan, K.J. Psychological problems in chronic prostatitis patients with pain / K.J. Egan, J.N. Krieger // *Clin. J. Pain.*, 1994. – Vol. 10 (3). – P. 218–226.
19. Transurethral intraprostatic injection of botulinum neurotoxin type A for the treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: results of a prospective pilot double-blind and randomized placebo-controlled study / S. Falahatkar, E. Shahab, K. Gholamjani Moghaddam, E. Kazemnezhad // *BJU Int.*, 2015. – Vol. 116 (4). – P. 641–649.
20. Nonpharmacological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / J.V. Franco, T. Turk, J.H. Jung, Y.T. Xiao, S. lakhno, V. Garrote [et al.] *Cochrane Database Syst Rev*, 2018. – Vol. 5. – CD12551.
21. Pharmacological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a Cochrane systematic review / J.V. Franco, T. Turk, J.H. Jung, Y.T. Xiao, S. lakhno, F.I. Tirapegui [et al.] // *BJU Int.*, 2020. – Vol. 125 (4). – P. 490–496.
22. Use of the UPOINT phenotype system in treating Chinese patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective study / X. Guan, C. Zhao, Z.Y. Ou, L. Wang, F. Zeng, Qi L [et al.] // *Asian. J. Androl.*, 2015. – Vol. 17 (1). – P. 120–123.
23. Human urine is not sterile- shift of Paradigme: extended culturing / M. Kogan, U. Naboka, Ch. Ibishev, I. Gudima // *Arch. Int.*, 2015.
24. Kolac, C. Oral Bioavailability of proteolytic enzymes / C. Kolac, P. Streihhan, C.-M. Lehr // *Eur. J. Pharm. Biopharmaceutics.*, 1996. – Vol. 42. – N. 4. – P. 222–232.
25. Krieger JN, Nyberg L Jr, Nickel JC (1999) NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA* 282(3):236-237.
26. Lee, S.W. Adverse impact of sexual dysfunction in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / J.N. Krieger, L. Jr. Nyberg, J.C. Nickel // *Urology*, 1999. – Vol. 71 (1). – P. 79–84.
27. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure / M.S. Litwin, M. McNaughton-Collins, F.J. Jr. Fowler, J.C. Nickel, E.A. Calhoun, M.A. Pontari [et al.] // *Chronic Prostatitis*, 1999.
28. Lue, T.F. // *N. Engl. J. Med.*, 2000. – Vol. 342. – P. 1802–1813.
29. Multimodal therapy for category III chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in UPOINTS phenotyped patients / V. Magri, E. Marras, A. Restelli, F.M. Wagenlehner, G. Perletti // *Exp. Ther. Med.*, 2015. – Vol. 9 (3). – P. 658–666.
30. Use of the UPOINT chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome classification in European patient cohorts: sexual function domain improves correlations / V. Magri, F. Wagenlehner, G. Perletti, S. Schneider, E. Marras, K.G. Naber [et al.] // *J. Urol.*, 2010. – Vol. 184 (6). – P. 2339–2345.
31. Quality of life is impaired in men with chronic prostatitis: the Chronic Prostatitis Collaborative Research Network / M. McNaughton Collins, M.A. Pontari, M.P. O'Leary, E.A. Calhoun, J. Santanna, J.R. Landis [et al.] // *J. Gen. Intern. Med.*, 2001. – Vol. 16 (10). – P. 656–662.

32. How common is prostatitis? A national survey of physician visits / M. Mc Naughton-Collins, R.S. Stafford [et al.] // *J. Urol.*, 1998. – Vol. 159. – P. 1224–1228.

33. Meares, E.M. Bacteriologic localization patterns in bacterial prostatitis and urethritis / E.M. Meares, T.A. Stamey // *Invest. Urol.*, 1968. – Vol. 5 (5). – P. 492–518.

34. Elevated seminal plasma estradiol and epigenetic inactivation of ESR1 and ESR2 is associated with CP/CPPS / N. Nesheim, S. Ellem, T. Dansranjavin, C. Hagenkotter, E. Berg, R. Schambeck [et al.] // *Oncotarget*, 2018. – Vol. 9 (28). – P. 19623–19639 CME.

35. How does the pre-massage and post-massage 2-glass test compare to the Meares-Stamey 4-glass test in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome? / J.C. Nickel, D. Shoskes, Y. Wang, R.B. Alexander, J.E. Fowler Jr, S. Zeitlin [et al.] // *J. Urol.*, 2006. – Vol. 176 (1). – P. 119–124.

36. Pontari, M.A. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and interstitial cystitis: Are they related? / M.A. Pontari // *Curr. Urol. Rep.*, 2006. – Vol. 7 (4). – P. 329–334.

37. Responsiveness of the National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index (NIH-CPSI) / K.J. Propert, M.S. Litwin, Y. Wang, R.B. Alexander, E. Calhoun, J.C. Nickel [et al.] // *Qual. Life. Res.*, 2006. – Vol. 15 (2). – P. 299–305.

38. Responsiveness of the National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index (NIH-CPSI) / K.J. Propert, M.S. Litwin, Y. Wang, R.B. Alexander, E. Calhoun, J.C. Nickel [et al.] // *Qual. Life. Res.*, 2006. – Vol. 15 (2). – P. 299–305.

39. A prospective study of symptoms and quality of life in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Cohort study / K.J. Propert, M. McNaughton-Collins, B.E. Leiby, M.P. O'Leary, J.W. Kusek, M.S. Litwin [et al.] // *J. Urol.*, 2006. – Vol. 175 (2). – P. 619–623 (discussion 623).

40. Ransberger, K. Chronische Entzündungen – Systemische Enzymtherapie als innovativer Behandlungsansatz / K. Ransberger // *Naturheilkundliche Behandlungsmethoden*, 1995. – Bd. 4. – S. 5–8.

41. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction / R.C. Rosen, A. Riley, G. Wagner, I.H. Osterloh, J. Kirkpatrick, A. Mishra // *Urology*, 1997. – Vol. 49 (6). – P. 822–830.

42. Samplaski, M.K. Clustering of UPOINT domains and subdomains in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and contribution to symptom severity / M.K. Samplaski, J. Li, D.A. Shoskes // *J. Urol.*, 2012. – Vol. 188 (5). – P. 1788–1793.

43. Chronic prostatitis affects male reproductive health and is associated with systemic and local epigenetic inactivation of C-X-C motif chemokine 12 receptor C-X-C chemokine receptor type 4 / U. Schagdarsurengin, L.M. Teuchert, C. Hagenkotter, N. Nesheim, T. Dansranjavin, H.C. Schuppe [et al.] // *Urol. Int.*, 2017. – Vol. 98 (1). – P. 89–101.

44. Impact of post-ejaculatory pain in men with category III chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / D.A. Shoskes, J.R. Landis, Y. Wang, J.C. Nickel, S.I. Zeitlin, R. Nadler [et al.] // *J. Urol.*, 2004. – Vol. 172 (2). – P. 542–547.

45. Clinical phenotyping of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and correlation with symptom severity / D.A. Shoskes, J.C. Nickel, R. Dolinga, D. Prots // *Urology*, 2009. – Vol. 73 (3). – P. 538–542 (discussion 542-543).

46. Shoskes, D.A. Phenotypically directed multimodal therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective study using UPOINT / D.A. Shoskes, J.C. Nickel, M.W. Kattan // *Urology*, 2010. – Vol. 75 (6). – P. 1249–1253.

47. Shoskes, D.A. Phenotypically directed multimodal therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective study using UPOINT / D.A. Shoskes, J.C. Nickel, M.W. Kattan // *Urology*, 2010. – Vol. 75 (6). – P. 1249–1253.

48. Predictors of quality of life and pain in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: findings from the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Cohort study / D.A. Tripp, J.C. Nickel, J.R. Landis, Y.L. Wang, J.S. Knauss, CPCRN Study Group // *BJU Int.*, 2004. – Vol. 94 (9). – P. 1279–1282.

49. Predictors of quality of life and pain in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: findings from the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Cohort study / D.A. Tripp, J.C. Nickel, J.R. Landis, Y.L. Wang, J.S. Knauss, CPCRN Study Group // *BJU Int.*, 2004. – Vol. 94 (9). – P. 1279–1282.

50. High frequency of chronic bacterial and non-inflammatory prostatitis in infertile patients with prostatitis syndrome plus irritable bowel syndrome / E. Vicari, S. La Vignera, D. Arcoria, R. Condorelli, L.O. Vicari, R. Castiglione [et al.] // *PLoS One*, 2011. – Vol. 6 (4). – e 18647.

51. National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index (NIH-CPSI) symptom evaluation in multinational cohorts of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / F.M. Wagenlehner, J.W. vanTill, V. Magri, G. Perletti, J.G. Houbiers, W. Weidner [et al.] // *Eur. Urol.*, 2013. – Vol. 63 (5). – P. 953–959.

52. Neurourological insights into the etiology of genitourinary pain in men / D.H. Zermann, M. Ishigooka, R. Doggweiler, R.A. Schmidt // *J. Urol.*, 1999. – Vol. 161 (3). – P. 903–908.

53. Эффективность лечения больных уретропростатитами с применением в комплексной терапии препаратов «Простамед» и «Дистрептаза» / А.Д. Дюдюн, Н.Н. Полион, А.Ю. Щербак, С.А. Дюдюн, Н.Ю. Полион, П.И. Ткаченко // *Дерматология. Косметология, Сексопатология*, 2008. – № (11). – 3-4. – С. 242–251.

54. Magistro, G. Chronische prostatitis/chronisches beckenschmerzsyndrom / G. Magistro, C.G. Stief, F.M.E. Wagenlehner // *Urologe*, 2020. – Vol. 59. – P. 739–748.

Учебное издание

Доста Николай Иванович

ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ/
СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ
(ХП/СХТБ)

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 20.05.2021. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 1,69. Уч.- изд. л. 1,54. Тираж 120 экз. Заказ 126.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра урологии и нефрологии

Н.И. Доста

**ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ/
СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ
(ХП/СХТБ)**

Минск, БелМАПО

2021

