

УДК 616.65

ПРОСТАТИТ — АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ УРОЛОГІЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Новіков М.В.¹, Костєв Ф.І.¹, Гойдик В.С.², Шухтін В.В.²

¹Одеський національний медичний університет,

²Український НДІ медицини транспорту, м. Одеса

Стаття містить огляд основних положень, що стосуються сучасних уявлень про етіологію, основні клінічні симптоми та лікування хронічного простатиту. Попри встановлений клінічний ефект від застосування антибактеріальних препаратів, альфа-адреноблокаторів та нестероїдних протизапальних препаратів, тривають пошуки для підвищення ефективності лікування хронічного простатиту, так як частота рецидивів захворювання становить до 50 % хворих.

Ключові слова: простатит, методи лікування, антибактеріальна терапія

Урологія як наука динамічно розвивається, з кожним роком збільшуючи об'єм як теоретичних, так і практичних надбань. Проте проблема пошуку шляхів надання допомоги хворим на простатит залишається, як і раніше, актуальною.

Значна кількість спеціалістів надає перевагу класифікації Американського Національного Інституту Охорони здоров'я (1995) і її варіантам, згідно з якою виділяють чотири категорії простатиту: гострий (бактеріальний) простатит; хронічний бактеріальний простатит; хронічний небактеріальний простатит / синдром хронічного тазового болю (CP / CPPS), який розділяють на запальний хронічний тазовий больовий синдром (в секреті простати, сечі і еякуляті визначаються лейкоцити) і незапальний хронічний тазовий больовий синдром, при якому ознаки запалення відсутні, утім, ряд авторів не бачить потреби у такому розділі, позаяк підходи до лікування обох станів аналогічні; асимптоматичний хронічний простатит [1].

Найбільшу увагу привертає ефективне лікування хронічного простатиту. В першу чергу це зумовлено його високою поширеністю [2]. За даними різних авторів, від третини до половини дорослих чоловіків у віці від 20 до 50 років страждають на хро-

нічний простатит (ХП), до 40 % молодих чоловіків мають ті чи інші прояви простатиту, а понад 30 % захворювань чоловіків, старших 50 років, припадає на простатит чи його поєднання із доброякісними чи злоякісними новоутвореннями простати [3, 4]. ХП значно погіршує якість життя, викликаючи неврози, депресії, психосоматичні розлади [5]. Це захворювання характеризує хронічний перебіг з ремісіями та загостреннями, що при відсутності лікування може призвести до дисфункції органу, однак у тактиці ведення хворого на простатит залишається багато суперечностей [6, 7].

ХП захворювання поліетіологічне, умовно фактори, які впливають на його розвиток, можна розділити на інфекційні та неінфекційні. До інфекційних відносять розвиток запального процесу у простаті внаслідок наявності супутніх захворювань сечостатевої системи (пієлонефрит) — так званий нисхідний шлях, інших хронічних запальних захворювань і осередків інфекції (хронічний бронхіт, тонзиліт, нелікований карієс), перенесених венеричних і урологічних захворювань, причому висхідний шлях при інфікуванні вважається найбільш поширеним. Показово, що вдосконалення методів діагностики призвело до перерозподілу ролі відомих інфекційних агентів, виз-

наючи більш важливе значення вірусів. Зокрема, герпетична етіологія, за оцінками різних авторів, зустрічається у 2,9 — 21,8 % випадків, хоча у клінічній практиці такий діагноз встановлюється рідко. Герпетичний простатит характеризує висока частота рецидивів і тривалий перебіг, не в останню чергу завдяки недостатньому обсягу вірусологічного обстеження [8].

Окремої тактики лікування потребує простатит, викликаний грибовими збудниками. Він може розвинути як наслідок тривалого застосування антибіотиків, при лікуванні онкологічних захворювань, інших імуносупресивних станів. Діагностика грибкового (кандидозного, аспергільозного, криптококового) простатиту викликає певні труднощі, у першу чергу тому, що методи, які для цього потрібні, не входять у стандартний перелік обстежень і мають призначатися додатково [9, 10].

Неінфекційні причини хронічного простатиту переважно стосуються способу життя людини. Умовно їх можна розділити на такі, що призводять до порушення кровообігу в органах малого тазу (малорухомий спосіб життя, переохолодження, травми промежини, закрепи, порушення сексуальної активності, хронічні хвороби судин, несвоєчасне випородження сечового міхура) і порушення імунного стану організму (внаслідок хронічних стресів, зловживання алкоголем, паління, перевтоми, шкідливих харчових звичок, порушення обміну речовин). При клініко-імунологічному вивченні запального процесу виявляються зміни як клітинної, так і гуморальної ланок загального і місцевого імунітету, тобто, має місце формування вторинного імунodefіцитного стану [11]. Зміни імунологічного профілю, зокрема, інтерлейкіна-8, окремі автори рекомендують застосовувати в якості предиктора подальшого розвитку захворювання [12].

Клінічна картина хронічного простатиту поліморфна. Періодичне чергування загострень і ремісій призводить до залучення у запальний процес інших органів сечостатевої системи, збільшуючи різноманіття скарг, клінічних симптомів та неодно-

значність результатів інструментальних методів обстеження.

Скарги у хворого на хронічний простатит можуть бути різної виразності — від повної відсутності до значної інтенсивності. Наявні симптоми неспецифічні: дискомфорт в уретрі, часте сечовипускання, парестезії чи біль різної інтенсивності у ділянці промежини і прямій кишці, виділення з уретри, що з'являються при ходінні, дефекації або фізичному навантаженні, порушення сечовипускання (почастішання, болючість, відчуття неповного випородження). Деяких пацієнтів турбують болючість або передчасність еякуляції, гематоспермія, еректильна дисфункція, яка виникає при тривалому перебігу хвороби [1].

Зміни загального стану виявляються у порушенні працездатності, виникненні розладів сну, депресивних станів, субфебрилітету, який у багатьох випадках реєструється лише при тривалій регулярній термометрії.

При пальцевому ректальному дослідженні передміхурової залози найчастіше визначається зменшення її розмірів (30 — 50 %), збільшення всієї залози чи її частини або відсутність змін реєструються приблизно з однаковою частотою (від 20 до 30 %). Важливе діагностичне значення має зміна щільності залози, неоднорідність її консистенції (ущільнення або пом'якшення) на поверхні і у товщі тканини. Дана ознака, за даними різних авторів, зустрічається у 26 — 56 % пацієнтів. У значній кількості хворих, від 70 до 75 %, пальпація болюча, однак і цей симптом не можна вважати патогномонічним, позаяк можливі випадки різкої болючості при пальпації у здорових чоловіків і відсутність її у хворих на простатит [13, 18].

Важливим і загальнодоступним діагностичним методом, що уточнює локалізацію та поширеність процесу, є ультразвукове дослідження простати. В більшості випадків при цьому встановлюють наявність змін у структурі передміхурової залози, рідше — зміни придатків яєчок та власне яєчок. Виявлення патологічних змін високої щільності — кальцинатів — свідчить

про незворотні зміни, які відбулися у органі [14].

Найважливішим питанням є вибір тактики і схеми лікування хворого на простатит. Ця проблема далека від вирішення, тому що і у науковців, і у клініцистів існують різні точки зору на те, що вважати первинним, а що вторинним у розвитку запалення передміхурової залози і хронізації процесу.

Метою лікування хворого на простатит є відновлення структури і функції органу. Для досягнення цієї мети лікування має бути комплексним, достатньої тривалості, з урахуванням індивідуальних особливостей хворого і поєднувати засоби, спрямовані на усунення інфекційного агента, покращення імунного статусу пацієнта і зменшення запальних проявів у простаті. Окрім того, необхідно враховувати, що, чим триваліша хвороба, тим більше часу потрібно буде на вилікування. Хронічний простатит є однією з основних причин чоловічого безпліддя, і препарати, застосовувані для лікування, можуть ще більше погіршити ситуацію завдяки своїй токсичності. Це зайвий раз підкреслює необхідність зваженого підходу до даної проблеми.

Комплекс методів, які застосовуються для лікування простатита, поєднує різні терапевтичні методики: медикаментозне лікування (антибактеріальні, б-адреноблокатори, протизапальні, спазмолітичні і симптоматичні препарати), фізичні, мануальні і психотерапевтичні методи впливу [15].

Найчастіше головну роль у лікуванні хронічного простатиту відводять антибактеріальній терапії, причому її застосовують і у випадках, коли немає достовірного підтвердження бактеріальної природи процесу. Таким чином, першою умовою застосування антибіотиків є лабораторно підтверджена наявність бактерійної природи процесу, у інших випадках їх призначення закономірно призведе до погіршення ситуації. Мають бути обов'язково враховані загальні засади раціональної антибіотикотерапії: відповідність препарату характеру виділеної мікрофлори та її чутливості, наявність чи відсутність попередньої історії

лікування, взаємодія препаратів і їх побічна дія, дозування, шляхи введення, тривалість лікування та можливі комбінації з іншими препаратами і методиками. Однією із найважливіших характеристик є здатність препарату створювати інгібуючу концентрацію у секреті і тканинах простати. Для цього діюча речовина має бути жиророзчинною, не взаємодіяти або мінімально взаємодіяти із білками плазми, бути активною у лужному середовищі (макроліди, фторхінолони, тетрацикліни, рифампіцин, котримоксазол). Загальноприйнятою тривалістю лікування простатиту є термін від 2 до 4 тижнів, після якого оцінюють ефективність лікування. При позитивній динаміці курс продовжують ще на такий самий термін (до 4 — 8 тижнів), при її відсутності — переглядають схему лікування. Інші автори притримуються думки, що індивідуально підібраний курс антибактеріальної терапії може призвести до елімінації збудника протягом 2 — 4 тижнів. Таким чином, антибактеріальне лікування простатиту є початковою і основною ланкою адекватного лікування бактеріальних простатитів [16, 17].

При підозрі на вірусну етіологію процесу (герпетичну, цитомегаловірусну) виправданим і достатньо ефективним стає призначення протівірусних препаратів — інтерферону, його синтетичних аналогів, ацикловіру.

Важливим фактором розвитку повторних загострень і рецидивуючого перебігу хвороби є порушення функціонального стану простати, тому його відновлення — важливий етап у лікуванні хворого на простатит [18]. Дані багатьох дослідників свідчать, що вплив інфекційного агента був би неможливий без попередніх морфологічних і функціональних змін у передміхуровій залозі [3].

Для хворих на хронічний простатит під час сечовипускання характерними є: значне підвищення тиску закриття уретри та її тону, зниження швидкості потоку сечі, недостатнє розкриття шийки сечового міхура, що спричинене порушенням функції симпатичної нервової системи. Альфа-адреноблокатори, які знижують тону

гладком'язевих волокон, застосовують переважно для лікування синдрому хронічного тазового болю (як запального, так і не-запального) і хронічного бактеріального простатиту. Їм властивий знеболюючий і протинабряковий ефекти, завдяки чому покращується сечовидільна та частково еректильна функція. Найбільш ефективними ці препарати є при значному порушенні сечовипускання і мінімальній активності запального процесу. Рекомендована тривалість курсу складає 6 — 8 місяців після досягнення безсимптомного періоду [19].

Знеболююча терапія, в залежності від інтенсивності больового синдрому, може включати нестероїдні протизапальні препарати, сильнодіючі або навіть наркотичні анальгетики, проведення новокаїнових блоkad [20].

Найбільш ефективними препаратами, за результатами багатьох досліджень, визнано антибіотики, альфа-адреноблокатори і нестероїдні протизапальні препарати [16].

Наступні групи препаратів широко використовуються вітчизняними спеціалістами у комплексному лікуванні простатиту, проте менш поширені у інших країнах. До них можна віднести засоби на основі витяжки з простати великої рогатої худоби, рослинного походження, ферментні препарати, імуномодуючі засоби. Є окремі повідомлення про застосування гормональної терапії та міорелаксантів [21, 22].

Із немедикаментозних засобів значна роль відводиться пальцевому масажу передміхурової залози і фізіотерапевтичним процедурам [18]. Масаж передміхурової залози покращує кровообіг і тонус м'язів передміхурової залози, відновлює прохідність протоків, підвищує проникнення антибактеріальних препаратів у тканину залози, а також сприяє активізації запального процесу, збільшуючи чутливість мікроорганізмів до антибіотиків. Тривалість курсу має складати від 3 до 8 тижнів. Ефективним може бути масаж тригерних зон у області тазу і тренування пацієнта задля кращого контролю над м'язами тазового дна [23, 24].

За даними літератури, для фізіотерапевтичного лікування простатиту використовують магнітотерапію, гальванізацію, електрофорез, ультрафонофорез, діадинамотерапію, озокерито-, парафінолікування, бальнео- і пелоїдотерапію, світлолікування [25].

До методик лікування простатиту відносяться також малоінвазивні і хірургічні методи.

Малоінвазивні методи при лікуванні простатиту вивчені недостатньо, однак є повідомлення про їх позитивний ефект. До цих методів відносяться лазеротерапія, трансуретральні балонна дилатація, мікрhovильова термотерапія і голчата абляція простати, трансректальна гіпертермія та інвазивна нейромодуляція [25].

У окремих ситуаціях можливе застосування хірургічних методів лікування простатиту. Переважно вони застосовуються тоді, коли хірургічне втручання надає можливість зменшити або усунути етіопатогенетичний фактор — циркумцизія у випадку, коли фімоз викликає обструкцію сечовивідного каналу, і, як наслідок, висхідну інфекцію; лікування стриктур сечовивідного каналу; дренування абсцесів, кист великого розміру; відновлення відтоку із сім'яних міхурців і протоків. При склерозі шийки сечового міхура можливе застосування її трансуретральної інцизії, при за давнених процесах, які резистентні до інших методів лікування — радикальної трансуретральної резекції або простатектомії. На відміну від лікування добро- і злоякісних новоутворень передміхурової залози, ефективність хірургічних методів лікування при хронічному простатиті невисока, тому ці методи не зажили популярності. Крім того, внаслідок застосування вищевказаних методів у 9 — 75 % розвивається імпотенція, у 8 % — нетримання сечі [4].

Таким чином, хоча вивченню проблем діагностики і лікування простатиту присвячено багато наукових робіт, залишається великий простір для подальшого наукового пошуку, адже результати лікування часто залишаються незадовільними — досягнення зниження інтенсивності симптомів у

два рази, порівняно з початковим, вважається позитивним результатом, а частота рецидивів складає від 25 до 50 %.

Література

1. Забиров К. И. Современное состояние проблемы диагностики и лечения больных хроническим бактериальным простатитом / К. И. Забиров, В. И. Кисина, В. Ю. Мусатов [и др.] // *Consilium Medicum*. — 2006. — Т. 8. — № 4. — С. 30 — 33.
2. Аль-Шукри С. Х. Современные методы лечения хронического простатита (обзор литературы) / С. Х. Аль-Шукри, Д. Н. Солихов // *Нефрология*. — 2009. — Т. 13. — № 2. — С. 86 — 91.
3. Бойко Н. И. Простатит. Новый взгляд на старую проблему / Н. И. Бойко // *Урология*. — 2011. — № 1 (56). — Т. 15. — С. 34 — 40.
4. Роль анатомических знаний в диагностике и лечении заболеваний простаты / О. А. Шерстюк, Л. П. Сарычев, Р. Л. Устенко [и др.] // *Вісник проблем біології і медицини*. — 2013. — Вип. 3, Том 2 (103). — С. 56 — 61.
5. Chronic pelvic pain syndrome (CPPS) and chronic vulvar pain syndrome (CVPS): evaluation of psychosomatic aspects / R. Bodden-Heidrich, V. Kuppers, M. Beckmann [et al.] // *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* — 1999. — № 20 (3). — P. 145 — 151.
6. Бальная система оценки нарушения локального иммунного статуса предстательной железы в рамках математического моделирования прогноза хронического абактериального простатита / А. А. Люлько, Н. А. Горбатый, А. О. Бурназ [и др.] // *Урология*. — 2011. — № 4. — С. 28 — 34.
7. Pavone-Macaluso M. Chronic prostatitis syndrome: a common, but poorly understood condition. Part I / M. Pavone-Macaluso // *EAU-EBU Update Series, 2007*. — № 5. — P. 1 — 15.
8. Абоян И. А. Сравнительная оценка эффективности различных схем лечения больных герпетическим простатитом / И. А. Абоян, Е. Ю. Цурикова // *Урология*. — 2008. — № 4 — С. 37 — 39.
9. Мазо Е. Б. Грибковые инфекции предстательной железы (обзор литературы) / Е. Б. Мазо, С. В. Попов, И. Ю. Шмельков // *Consilium Medicum Ukraina* — 2010. — № п-1. — Режим доступа до журналу: <http://www.consilium-medicum.com.ua/issues/1/57/460/>.
10. Третьяков М. С. Досвід використання Флузамеду в лікуванні кандидозного баланіту та баланопоститу / М. С. Третьяков, В. П. Ковальчук, С. А. Третьякова // *Здоровье мужчины*. — 2012. — № 1. — С. 23 — 24.
11. Ниткин Д. М. Дистрептаза в комплексной терапии хронического бактериального простатита / Д. М. Ниткин, А. Д. Гапоненко, А. И. Вилюха // *Здравоохранение*. — 2015. — №6. — Режим доступа до журналу: <http://www.zdrav.by/distreptaza-v-kompleksnoy-terapii-hronicheskogo-bakterialnogo-prostatita>
12. Seminal Plasma Cytokines and Chemokines in Prostate Inflammation: Interleukin 8 as a Predictive Biomarker in Chronic Prostatitis / Chronic Pelvic Pain Syndrome and Benign Prostatic Hyperplasia / G. Penna, N. Mondaini, S. Amuchastegui [et al.] // *Eur. Urol.* — 2007. — Vol. 51 (2). — P. 524 — 533.
13. Wagenlehner F. 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. Wagenlehner, O. van Tillb, V. Magric [et al.] // *Eur. Urol.* — 2013. — V. 63 (5). — P. 953 — 959.
14. Особливості ультразвукової діагностики хронічного простатиту / В. І. Зайцев, О. І. Миндреску, І. З. Браславська [та ін.] // *Буковинський медичний вісник*. — 2012. — Том 16. — № 2 (62). — С. 64 — 66.
15. Anothaisintawee T. Antibiotics and alpha-blockers best for chronic prostatitis: meta-analysis / T. Anothaisintawee // *JAMA* — 2011. — № 305. — P. 78 — 86.
16. Alpha-blockers, antibiotics and anti-inflammatories have a role in the management of chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome / A. Thakkinstian, J. Attia, T. Anothaisintawee [et al.] // *BJU International*. — 2012. — № 110 (7). — P. 1014 — 1022.
17. Глыбочко П. В. Практическая урология. Руководство для врачей / П. В. Глыбочко, Ю. Г. Аляев (ред.). — М.: Медфорум, 2012. — 352 с.
18. Простатит / [под. ред. Щеплева П. А.]. — МЕДпресс-информ, 2011. — 232 с.
19. Михайлов Д. М. Рациональне використання альфа-блокаторів у хворих на хронічний простатит / Д. М. Михайлов // *Здоровье мужчины*. — 2011. — № 2 (37). — С. 92 — 96.
20. The 2013 EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain: Is Management of Chronic Pelvic Pain a

Habit, a Philosophy, or a Science? 10 Years of Development / D. S. Engeler, A P. Baranowski, P. Dinis-Oliveira [et al.] // Eur. Urol. — 2013. — Vol. 64 (3). — P. 431 — 439.

21. Опыт использования препарата Гентос® в терапии мужчин с хроническим абактериальным простатитом, осложненным синдромом нижних мочевых путей / И. И. Горпинченко, Ю. Н. Гурженко, А. М. Корниенко [и др.] // Здоровье мужчины. — 2010. — № 2 (33). — С. 45 — 49.
22. Толперизона гидрохлорид в лечении невоспалительного синдрома хронической тазовой боли у мужчин / С. Б. Извозчиков, А. В. Болотов, Г. В. Селицкий [и др.] // 60 лет в науке и практике: Материалы Юбилейной научно-практической конференции Клинической больницы № 85 ФМБА России (Москва, 5 июня 2008 г.). — М.: РУСАКИ, 2008. — С. 233 — 237.
23. Упражнения на релаксацию мышц тазового дна и промежности в лечении невоспалительного синдрома хронической тазовой боли у мужчин / Г. В. Селицкий, С. Б. Извозчиков, А. В. Болотов [и др.] // Современные аспекты промышленного здравоохранения в системе Федерального медико-биологического агентства: Материалы 2-й научно-практической конференции (24.11.2006 г.). — М.: Форте Пресс, 2006. — С. 127 — 128.
24. Hubbard D. R. Chronic and recurrent muscle pain: pathophysiology and treatment, and review of pharmacologic studies / D. R. Hubbard // Musculoskeletal Pain. — 1996. — № 4 (1/2). — P. 124 — 143.
25. Переверзев А. С. Заболевания предстательной железы / А. С. Переверзев, Н. Ф. Сергиенко, Ю. А. Илюхин. — Харьков, 2005. — 260 с.

References

1. Zabirow K. I., Kisina V. I., Musakov V. Y. [et al] 2006, «Current status of diagnosis and treatment of patients with chronic bacterial prostatitis», Consilium Medicum, Vol 8, № 4, pp. 30 — 33 (in Russian).
2. Al-Shukri S. H., Solihov D. N. 2009, «Modern methods of treatment of chronic prostatitis», Nephrologiya, Vol. 13, №2, pp. 86–91 (in Russian).
3. Boyko N. I. 2011, «Prostatitis. A new look at an old problem», Urology, Vol. 15, № 1 (56), pp. 34 — 40 (in Russian).
4. Sherstuk O. A., Sarychev L. P., Ustenko R. L. [et al] 2013, «The role of anatomical

knowledge in the diagnosis and treatment of diseases of the prostate», Journal of biology and medicine problems, Iss. 3, Vol. 2 (103), pp. 56 — 61 (in Russian).

5. Boddien-Heidrich R., Kupperts V., Beckmann M. [et al.] 1999, «Chronic pelvic pain syndrome (CPPS) and chronic vulvar pain syndrome (CVPS): evaluation of psychosomatic aspects», J. Psychosom. Obstet. Gynaecol., № 20 (3), pp. 145 — 151.
6. Lyulko A A, Gorbatyj N. A, Burnaz A O. [et al.] 2011 «Ball system of estimation of violation of local immune status of prostate within the framework of mathematical design of prognosis of chronic nonbacterial prostatitis», Urology, Vol. 15, № 4, pp. 28 — 34 (in Russian).
7. Pavone-Macaluso M. 2007, «Chronic prostatitis syndrome: a common, but poorly understood condition. Part I», EAU-EBU Update Series, № 5. — pp. 1 — 15.
8. Aboyan I. A 2008, «Comparative estimation of efficiency of different charts of treatment of patients herpetic prostatitis», Urology, № 4, pp. 37 — 39 (in Russian).
9. Mazo E. B., Popov S. V., Shmelkov I. Y. 2010, «Mycotic infections of prostata (review of literature)», Consilium Medicum Ukraina, № n-1, <http://www.consilium-medicum.com.ua/issues/1/57/460/> (in Russian).
10. Tretyakov M. S., Kovalchuk V. P., Tretyakova S. A 2012, «Experience of the use of Fluzamed is in treatment of candida balanitis and balanopostis», The man's health, № 1, pp. 23 — 24 (in Ukrainian).
11. Nitkin D. M., Gaponenko A. D., Vilyuha A. I. 2015, «Dystreptaza in complex Chronic bacterial prostatitis therapy», Health protection, № 6, <http://www.zdrav.by/distreptaza-v-kompleksnoy-terapii-hronicheskogo-bakterialnogo-prostatita> (in Russian).
12. Penna G., Mondaini N., Amuchastegui S. [et al.] 2007, «Seminal Plasma Cytokines and Chemokines in Prostate Inflammation: Interleukin 8 as a Predictive Biomarker in Chronic Prostatitis / Chronic Pelvic Pain Syndrome and Benign Prostatic Hyperplasia», Eur. Urol., Vol. 51 (2), pp. 524 — 533.
13. Wagenlehner F. van Tillb O., Magric V. [et al.] 2013, «National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) Symptom Evaluation in Multinational Cohorts of Patients with Chronic Prostatitis / Chronic Pelvic Pain Syndrome», Eur. Urol., V. 63, № 5, pp. 953 — 959.

14. Zaitsev V. I., Myndresku O. I., Braslavskaya I. Z. 2012, «Features of ultrasonic diagnostics of chronic prostatitis», Bukovinian Medical Herald Journal, Vol. 16, № 2 (62), pp. 64 — 66 (in Ukrainian).
15. Anothaisintawee T. 2011, «Antibiotics and alpha-blockers best for chronic prostatitis: meta-analysis», JAMA, № 305, pp. 78 — 86.
16. Thakkinstian A., Attia J., Anothaisintawee T. [et al.] 2012, «Alpha-blockers, antibiotics and anti-inflammatories have a role in the management of chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome», BJU International, № 110 (7), pp. 1014 — 1022.
17. Glybochko P. V., Alyaev Yu. G. 2012, «Practical urology. Guidance for doctors», Medforum, 352 p. (in Russian).
18. Prostatitis / [under ed. Scheplev P. A.] 2011, MEDpress-inform, 232 c. (in Russian).
19. Mykhailov D. M. 2011, «Rational use of alpha-blockers in patients with chronic prostatitis», Men health, № 2 (37), pp. 92 — 96 (in Ukrainian).
20. Engeler D. S., Baranowski A P., Dinis-Oliveira P. [et al.] 2013, «The 2013 EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain: Is Management of Chronic Pelvic Pain a Habit, a Philosophy, or a Science? 10 Years of Development», Eur. Urol., Vol. 64 (3), pp. 431 — 439.
21. Gorpichenko I. I., Gurzhenko Yu. N., Kornienko A M. 2010, «Experience of the use of the preparation Gentos® in the treatment of men with chronic abacterial prostatitis, complicated lower urinary tract syndrome», Men health, № 2 (33), pp. 45 — 49 (in Russian).
22. Izvozchikov S. B., Bolotov A V., Selitskiy G. V. [et al.] 2008 «Tolperisone hydrochloride in the treatment of inflammatory chronic pelvic pain syndrome in men», 60 years in the science and practice: Proceedings of the Jubilee scientific conference Clinical Hospital № 85 FMBA of Russia (Moscow, 5 June 2008), M.: Rusaky, pp. 233 — 237 (in Russian).
23. Selitskiy G. V. Izvozchikov S. B., Bolotov A V. [et al.] 2006, «Exercises on the relaxation of the pelvic floor muscles and perineum in the treatment of non-inflammatory chronic pelvic pain syndrome in men», Modern aspects of the healthcare industry in the Federal Medical-Biological Agency: Proceedings of the 2nd scientific and practical conference (24.11.2006), M.: Forte Press, pp. 127 — 128 (in Russian).
24. Hubbard D. R. 1996, «Chronic and recurrent muscle pain: pathophysiology and treatment, and review of pharmacologic studies», Musculoskeletal Pain, № 4 (1/2), pp. 124 — 143.
25. Pereverzev, A S., Sergienko, N. F., Ilyuhin Yu. A 2005, «Diseases of the prostate», Kharkiv, Naukova dumka, 260 p. (in Russian).

Резюме

**ПРОСТАТИТ - АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА
СОВРЕМЕННОЙ УРОЛОГИИ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

*Новиков М.В., Костев Ф.И.,
Гойдык В.С., Шухтин В.В.*

Статья содержит обзор основных положений, касающихся современных представлений об этиологии, основных клинических симптомах и лечении хронического простатита. Несмотря на установленный клинический эффект от применения антибактериальных препаратов, альфа-адреноблокаторов и нестероидных противовоспалительных препаратов, продолжают проводиться поиски для повышения эффективности лечения хронического простатита, так как частота рецидивов заболевания составляет до 50 % больных.

Ключові слова: простатит, методи лікування, антибактеріальна терапія

Summary

**PROSTATITIS - ACTUAL PROBLEM OF
MODERN UROLOGY
(REVIEW)**

*Novikov M.V., Kostyev F.I., Hoydyk V.S.,
Shuhtin V.V.*

The article provides an overview of the main provisions relating to the modern concepts of the etiology, main clinical symptoms and treatment of chronic prostatitis. Despite established clinical effect from the use of antibacterial drugs, alpha-blockers and nonsteroidal antiinflammatory drugs, continue the search for efficiency of treatment of chronic prostatitis, because the recurrence rate is up to 50 % of patients.

Key words: prostatitis, methods of treatment, antibacterial therapy

*Впервые поступила в редакцию 10.02.2016 г.
Рекомендована к печати на заседании
редакционной коллегии после рецензирования*