

# Опыт применения многокомпонентных фитопрепаратов у больных при хроническом абактериальном простатите/синдроме хронической тазовой боли

*И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко, А.Е. Нагорный*  
 ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

Проведена оценка эффективности терапии хронического абактериального простатита/синдрома хронической тазовой боли препаратом Простамед у 88 мужчин. Получены положительные результаты. Эффективность лечения препаратом составила 93,1%. Данные результаты позволяют рекомендовать препарат Простамед для использования в андрологической практике.

**Ключевые слова:** хронический абактериальный простатит, синдром хронической тазовой боли, Простамед, лечение.

По данным литературы, частота хронического простатита (ХП) в общей популяции мужского населения в мире составляет 5–8% [1–3]. Статистика амбулаторной посещаемости свидетельствует, что это самое частое заболевание урологического профиля у мужчин до 50 лет [7]. Хроническая форма ХП, особенно у пациентов молодого возраста, сопровождается симптоматикой различной степени тяжести и в результате может осложняться психологическими проблемами, поэтому ХП рассматривают как проблему социального значения. В Украине заболеваемость простатитом составляет около 19% среди мужского населения в возрасте от 20 до 60 лет [4].

Причина противоречивости эпидемиологических данных о ХП – это проблема статистической отчетности лечебных учреждений, когда из деонтологических соображений скрывают настоящий диагноз, а также из-за нечеткости определения заболевания.

Сам термин «хронический простатит» может обозначать широкий спектр состояний предстательной железы и нижних мочевых путей (инфекционный простатит, синдром хронической тазовой боли, простатодиния при абактериальном простатите, нейрогенный мочевой пузырь, инфекционно-аллергические и обменные нарушения железы и т.д.).

Патогенез ХП состоит из наиболее важных факторов: инфекция; конгестивные явления в предстательной железе (ПЖ); нейровегетативные расстройства моторной функции ПЖ и нижних мочевых путей; динамическая обструкция нижних мочевых путей; гиперактивность мочевого пузыря; нейрогенные нарушения функции мышц тазового дна; нарушения барьерной функции ПЖ; гормональный дисбаланс; нарушения местного и общего иммунитета; психосоматические нарушения. Все эти процессы в той или иной степени часто связаны между собой и могут играть роль в патогенезе хронического простатита. Совершенно оправданно С.Ж. Nickel (2000) определяет заболевание как «мультифакторный каскад» патологических превращений, которые инициируются тем или иным агентом (событием или процессом) и приводят к возникновению симптомов и боли [3].

Классификация заболевания также не удовлетворяет всем требованиям современной медицинской науки. Еще в начале XX века выделяли следующие формы простатита: активный,

латентный и бактериальный. В настоящее время используют **Этиологическую классификацию О.Л. Тиктинского (1990)**, которая делит простатит на инфекционный (бактериальные, хламидийные, мико-, уреоплазменные, трихомонадные, вирусные, кандидамикозные, гонорейные, туберкулезные, смешанные) и застойный (конгестивный), который обусловлен застоем секрета ПЖ и эякулята вследствие венозного застоя в органах таза [5]. **Патогенетическая классификация О.Л. Тиктинского (1990)** предусматривает простатит: гематогенный, вызванный контактным инфицированием, уриногенный восходящий, уриногенный нисходящий (при заболеваниях почек и мочевого пузыря), восходящий каналикулярным путем (при эпидидимитах, фуникулитах и дифферентитах), вызванный лимфогенным инфицированием (при проктитах, тромбозах, тромбозах геморроидальных вен и др.), аллергический, обменный, механический, химический [5].

Более современной является **Этиопатогенетическая классификация Молочкова–Ильина (1998)**, которая выделяет инфекционные простатиты (каналикулярные), как осложнение уретритов (хламидийные, уреа- и микоплазменные, трихомонадные, гонорейные, бактериальные, микотические, спирохетозные, амёбные), как результат нисходящей бактериальной или микотической урогенной инфекции, лимфогенные (осложнение проктитов, геморроя, прямокишечных свищей (стафилококк, стрептококк, кишечная палочка, анаэробы и др.), гематогенные, при общих инфекциях и инвазиях (бактериальных, протозойных, микотических и гельминтозных), постинфекционные, неинфекционные, аллергические, конгестивные, травматические простатиты [6].

Еще существует **Классификация К. Nickel (1999)**, выделяющая бактериальные простатиты (острые и хронические), хронические абактериальные простатиты (ХАП) (боль+воспаление – классическая мочевого пузыря инфекция), простатодинию или синдром хронической тазовой боли (СХТБ) (боль – воспаление – мочевого пузыря инфекция) [2].

Все недостатки традиционной системы классификации послужили основанием для разработки и утверждения в декабре 1995 г. в исследовательских целях НИИ системы классификации хронического простатита, которая представлена в табл. 1.

Категории I и II соответствуют традиционному выделению острого и хронического бактериального простатита. Выделение новых категорий: СХТБ, воспалительного и невоспалительного простатита (категория III) и бессимптомного воспалительного простатита (категория IV) – было направлено на решение проблем и устранение упущений традиционной системы классификации.

Лечение больных с ХП I и II категории довольно подробно описано в большинстве руководств по воспалительным заболеваниям мужских половых органов. Значительную сложность представляет проблема выбора групп лекарственных препара-

Классификация синдрома простатита, разработанная Национальным Институтом Здоровья (НИН) США

Категория	Название	Описание
I	Острый бактериальный простатит	Острый воспалительный процесс в ПЖ
II	Хронический бактериальный простатит	Рецидивный воспалительный процесс в ПЖ
III	Хронический бактериальный простатит/синдром хронической тазовой боли (СХТБ)	Отсутствие явного воспалительного процесса
IIIA	Воспалительный СХТБ	Воспалительная природа заболевания. Определяются продукты воспаления (лейкоциты) в эякуляте/секрете ПЖ/моче, полученной после массажа ПЖ
IIIB	Невоспалительный СХТБ	Невоспалительный характер патологического процесса. Отсутствие продуктов воспаления (лейкоцитов) в эякуляте/секрете ПЖ/моче/ полученных после массажа ПЖ
IV	Бессимптомное воспаление ПЖ	Асимптоматический инфекционный простатит. При отсутствии клинических симптомов заболевания диагноз устанавливается на основании микроскопического исследования биопсийных образцов ПЖ или секрета ПЖ, полученного во время диагностического процесса, предпринимаемого по поводу иных заболеваний

тов для лечения больных ХАП, относящегося по классификации НИН к IIIA и IIIB категориям. По нашему мнению, это объясняется неопределенностью понятия «ХАП», неясностью этиологии и патогенеза этого заболевания. Больше это касается простатита категории IIIB (ХАП/СХТБ). Обычно для лечения даже ХАП многие авторы предлагают применение антибактериальных средств [3]. Сегодня нет единой концепции лечения больных ХАП/СХТБ, а поэтому и предлагается многообразие различных лекарственных средств.

Мекдикamentозная терапия ХАП/СХТБ, как и любого другого заболевания, должна быть этиопатогенетической, учитывать активность, категорию и степень распространенности процесса, являться комплексной и индивидуальной для каждого больного. Еще не описаны подробно причины возникновения ХАП IIIA и IIIB категории. Лечение подбирают интуитивно, эмпирически, посимптомно, что с точки зрения доказательной медицины недопустимо. Гарантировать полное излечение ХАП невозможно, поэтому целью лечения, особенно для пациентов с IIIB категорией заболевания, является улучшение качества жизни, по мнению J.C. Nickel (1999) [3].

На наш взгляд, эта классификация больше отражает научный подход к ХП. Ее целью является обратить внимание на СХТБ. При хроническом бактериальном простатите (ХБП) лишь у 5–20% больных удается с уверенностью идентифицировать истинный бактериальный возбудитель [8]. Отсюда получается, что на долю ХАП приходится до 80% ХП. Причиной этого могут быть случаи скрытой инфекции, большей частью внутриклеточного расположения, потому у большинства таких больных обычное бактериологическое исследование секрета ПЖ оказывается отрицательным [9, 10]. В этих случаях речь может идти о *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*. Этих больных можно отнести к категории IIIA. В категории больных IIIB не выявляют маркеры воспалительных заболеваний и внутриклеточных инфекций. То есть, понятие СХТБ необходимо для практического лечения больных соответствующей категории.

Дискутируя по вопросу о необходимости применения антибактериальных препаратов в лечении ХП, хотелось бы отметить, что **антибактериальную терапию**, по мнению многих исследователей, необходимо рекомендовать при наличии клинических, бактериологических или иммунологических признаков инфекции в ПЖ, и выбор антимикробного агента базируется на его активности против предполагаемого возбудителя, возможности достижения им очага инфекции в адекватной кон-

центрации [11, 12]. Антибактериальные препараты назначают, как правило, при ХБП.

При этом необходимо учитывать, что роль некоторых микроорганизмов (коагулазонегативные стафилококки, хламидии, уреоплазмы, анаэробы, грибы, трихомонады) в качестве этиологических факторов ХП до настоящего момента не подтверждена. С другой стороны, нельзя исключить, что некоторые микроорганизмы нижнего мочевого тракта, которые обычно безвредны, в определенных условиях становятся патогенными. Кроме того, при помощи более чувствительных методов могут быть распознаны до сих пор не известные инфекционные агенты [3, 8]. Сегодня многие авторы считают оправданным проведение пробного курса антибиотикотерапии больным с ХАП, а в случаях, когда простатит поддается лечению, советуют продолжать его в течение еще 4–6 нед или даже более длительного периода [13, 14].

**α-Адреноблокаторы** являются «золотым стандартом» лечения ХАП/СХТБ. Кроме α-адреноблокаторов в лечении ХАП используют **миорелаксанты** и **спазмолитики**, патогенетическое применение которых обусловливается нейромышечной теорией патогенеза ХАП/СХТБ. Применение **нестероидных противовоспалительных препаратов** может оказаться эффективным при лечении некоторых пациентов с ХАП/СХТБ. Также применяют **ингибиторы 5-альфа-редуктазы** которые оказывают благотворное влияние на мочеиспускание и уменьшают боль при ХАП/СХТБ. Благотворное действие **антихолинергических средств** заключается в ослаблении симптомов императивного мочеиспускания, дневной и ночной поллакиурии и поддержании нормальной половой активности. Учитывая, что возникновение небактериального простатита обусловлено иммунологическими процессами, ускоренными неизвестным антигеном или аутоиммунной реакцией применяют **иммунотропные препараты**. К назначению специальной иммунокорректирующей терапии следует относиться с большой осторожностью и предпринимать ее только в случае выявления патологических сдвигов по результатам иммунологического обследования. **Биорегуляторные пептиды** широко применяют при лечении ХАП. Препараты представляют собой комплексы биологически активных пептидов, выделенных из ПЖ крупного рогатого скота. Используют их симптоматический эффект при ХП, противовоспалительное, микроциркуляторное и трофическое действие. **Комплексы витаминов и микроэлементов** играют важную вспомогательную роль при лечении больных с

ХП. Среди них наиболее важное значение имеют витамины группы В, витамины А, Е, С, цинк и селен.

Достаточно широко в лечении хронических простатитов используют **многокомпонентные фитопрепараты**, так как их применение обеспечивает положительное влияние на несколько звеньев патогенеза ХАП/СХТБ.

Преимущества фитотерапии в лечении ХАП/СХТБ:

- Фитотерапевтические препараты обладают выраженной терапевтической активностью и меньшим спектром побочных эффектов, чем синтетические препараты.
- Широкий диапазон терапевтического действия и минимальный риск развития побочных эффектов позволяют длительно применять фитопрепараты без риска осложнений, особенно, если учитывать возраст больных и сопутствующую патологию.
- Фармакодинамика фитопрепаратов позволяет влиять на несколько патогенетических звеньев.
- Адекватное модулирующее влияние этих препаратов на иммунитет, обмен веществ (гиполипидемическое, антисклеротическое действие).
- Лечение фитопрепаратами возможно в амбулаторных условиях.
- Фармакоэкономические показатели (стоимость курса лечения) фитопрепаратами меньше, нежели использование химиотерапевтических средств.

Механизм действия фитопрепаратов при ХАП/СХТБ поливалентен:

1. Противовоспалительное.
2. Антиоксидантное.
3. Блокатор 5 $\alpha$ -редуктазы и ароматазы.
4. Улучшение функции детрузора.
5. Антиандрогенное и/или антиэстрогенное.
6. Воздействие на фактор роста (антипролиферативное действие).
7. Уменьшение уровня глобулина, связывающего половые гормоны.
8. Изменение обмена простагландинов.
9. Цитотоксическое влияние на гиперплазированные клетки ПЖ.

Эффективность фитопрепаратов при ХАП/СХТБ обусловлена присутствием в них фитостеролов. Механизм действия фитостеролов совпадает с механизмом действия фитопростатопротекторов: ингибирование синтеза простагландинов в ПЖ; сокращение в печени продукции глобулина, связывающего половые гормоны; цитотоксическое влияние на клетки ПЖ; блокирующее действие на андрогеновые рецепторы; ингибирование пролиферации простатического эпителия, индуцированного факторами роста; блокада 5 $\alpha$ -редуктазы.

Поэтому среди растительных средств важно выбрать препарат с максимальным количеством механизмов действия на патогенез ХАП/СХТБ. Действие Простамеда многопланово.

В состав препарата Простамед входит 200 мг экстракта семян лечебного сорта тыквы (в котором в 5,4 раза больше фитостеролов), 100 мг тыквенного глобулина, 2,6 мг сухого экстракта золотарника, 6,3 мг сухого экстракта листьев осины.

Тыква (*Cucurbita pepo* var. *stygiosa*) в своем составе содержит следующие действующие вещества: фитостерол,  $\beta$ - и  $\gamma$ -токоферол, сквален,  $\beta$ -каротин, лютеин, Zn, Mn, Cu, Se, глутамин, аргинин, валин и лейцин. Они обладают антипролиферативным, иммуностимулирующим (выработка агглютиногенов) действием.

Листья осины (*Populus tremula*) содержат такие действующие вещества: фенольные гликозиды (салицин, популин, салипопулин), флавоноиды (кверцетин, апигенин). Их фармакологические свойства: антиэкссудативное, противовоспалительное,

мочегонное действие, повышают тонус детрузора, уменьшают гиперестезию мочевого пузыря.

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

В совокупности Простамед оказывает на организм мужчины при ХАП/СХТБ следующие действия:

- Антипролиферативное.
- Иммуномодулирующее.
- Антиэкссудативное.
- Болеутоляющее.
- Противовоспалительное.
- Мочегонное.
- Антимикробное.
- Повышает тонус детрузора.
- Уменьшает гиперестезию мочевого пузыря.

**Цель исследования:** оценить эффективность и переносимость препарата Простамед производства фармацевтической компании «Др. Густав Кляйн» у больных, страдающих ХАП/СХТБ.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследование больных начиналось с тщательного сбора анамнеза, в ходе которого выясняли основные жалобы, время возникновения и динамику течения заболевания, предрасполагающие факторы и сопутствующие патологические процессы. Проводили оценку наружных половых органов, ультразвуковое, а также ректальное пальцевое исследование ПЖ.

Пациенты получали Простамед по 2 таблетки 3 раза в день на протяжении 30 дней в виде монотерапии. Клиническое состояние больных оценивали до начала лечения и после 30 дней приема препарата.

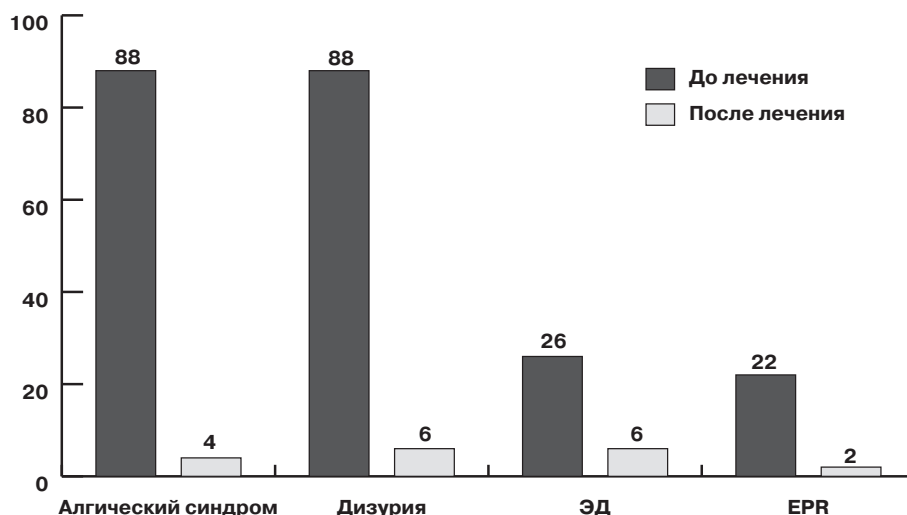
Субъективными критериями оценки эффективности действия препарата являются: улучшение общего состояния пациента; уменьшение дизурических явлений (поллакиурии, никтурии). Объективными критериями были: международная оценка шкалы симптомов (IRSS), определение индекса качества жизни (QoL), УЗИ ПЖ, объем остаточной мочи, объем ПЖ, максимальная скорость мочеиспускания. Возраст обследованных пациентов был в пределах 24–46 лет. Продолжительность заболевания составляла 3–8 лет.

Эффективность оценивали на основании первичных критериев (уменьшение баллов IPSS и QoL) и вторичных параметров (увеличение максимальной скорости потока мочи, уменьшение количества остаточной мочи, оценка безопасности и переносимости препарата при каждом посещении). При последнем визите регистрировалась субъективная оценка пациентами и лечащими врачами эффективности и переносимости препарата.

По результатам проведенного комплексного обследования были диагностированы ХАП/СХТБ у всех 88 пациентов. Наряду с жалобами на дизурию и выраженный болевой синдром (88; 100% больных), у 26 (29,5%) пациентов диагностировано снижение адекватных эрекции, у 22 (25,0%) – относительное ускорение эякуляции. При ректальной пальпации ПЖ болезненность отмечалась у всех 88 (100%) пациентов, у 34 (38,6%) пальпировались расширенные и болезненные семенные пузырьки. Исследование секрета ПЖ не выявило воспалительной лейкоцитарной реакции. При бактериологическом обследовании патологической микрофлоры также не было выявлено, то есть у больных диагностирована абактериальная форма ХП.

УЗИ позволило объективно определить размеры ПЖ, а у 16 (19%) пациентов диагностированы патологические вклю-

## В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ



**Рис. 1.** Динамика клинических проявлений во время лечения Простамедом

чения – камни ПЖ, что можно расценивать как осложнения ХП и одну из причин дизурии и алгического синдрома у этих пациентов.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате лечения состояние больных довольно быстро улучшилось. Применение монотерапии препаратом Простамед обеспечило быстрый клинический эффект. Болевые ощущения ликвидированы по окончании трехмесячного курса лечения у 84 (95,5%) из 88 обследованных, дизурические явления купированы у 82 (94%) из 88 больных. У 20 (76,9%) из 26 больных улучшилась эректильная функция, преждевременная эякуляция купирована у 20 (90,9%) из 22 пациентов.

УЗИ проводили с целью определения продольного и поперечного размеров ПЖ, ее консистенции, обнаружения конкрементов. Результаты УЗИ представлены в табл. 2.

В табл. 3 приведены показатели, характеризующие мочеиспускание.

Как видно из данных табл. 3, отмечено достоверное улучшение показателей, характеризующих мочеиспускание.

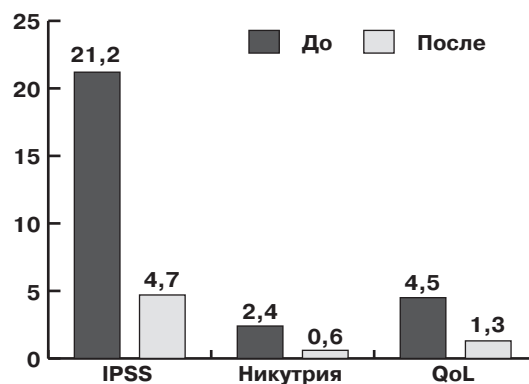
Наряду с субъективной оценкой больными эффективности препарата Простамед, проведено объективное измерение ряда показателей до и после лечения (табл. 4).

Как видно из данных табл. 4, после лечения с применением препарата Простамед достоверно увеличилась максимальная скорость мочеиспускания. Более наглядно эти показатели продемонстрированы на рис. 2 и 3.

Таблица 2  
**Изменение размеров ПЖ в ходе лечения (по данным УЗИ)**

Продольный размер		Поперечный размер	
До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
4,3±0,2	4,0±0,2 p>0,05	4,2±0,2	4,1±0,1 p>0,05

Примечание: p – достоверность различий показателей до и после лечения.



**Рис. 2.** Динамика субъективных показателей

Таблица 3  
**Показатели мочеиспускания у обследуемых пациентов**

Показатели	До лечения	После лечения	Достоверность
IPSS	21,2±1,4	4,7±0,6	P<0,05
Количество мочеиспусканий за ночь	2,4±0,3	0,6±0,2	P<0,05
Качество жизни QoL	4,5±0,3	1,3±0,3	P<0,05

Таблица 4

**Объем ПЖ и количества остаточной мочи у больных с ХАП/СХТБ**

Показатели	До лечения	После лечения	Достоверность различий
Максимальная скорость мочеиспускания	6,9±0,6	17,3±0,7	P<0,05
Объем предстательной железы (г) V	35,4±1,8	33,9±1,5	P>0,05
Количество остаточной мочи (мл) RU	22,2±1,1	15,3±1,0	P>0,05

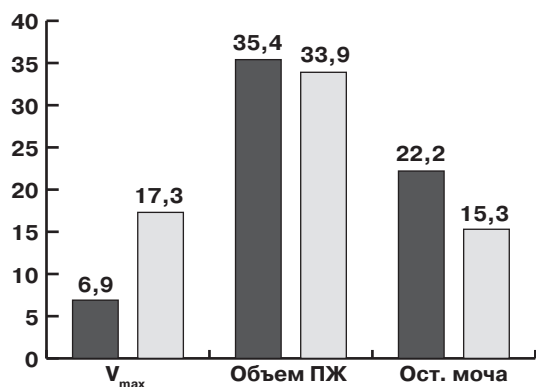


Рис. 3. Динамика объективных показателей

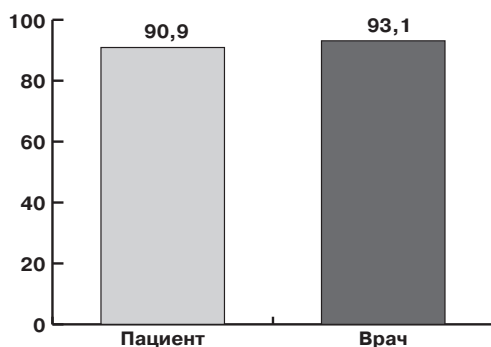


Рис. 4. Оценка эффективности монотерапии Простамедом больных с ХАП/СХТБ, %

Оценка эффективности лечения препаратом Простамед

Группы	Оценка эффективности		
	Высокая	Достаточная	Низкая
Врач	34 (38,6%)	48 (54,5%)	6 (6,8%)
Пациенты	28 (31,8%)	52 (59,1%)	8 (9%)

В процессе терапии препаратом Простамед побочные эффекты отмечены не были.

Оценка эффективности лечения больных, проведенная врачом на основании клинических данных и результатов объективной характеристики мочеиспускания, а также субъективная оценка лечения со стороны пациентов представлены в табл. 5 и на рис. 4.

Как видно из данных табл. 5, препарат Простамед достаточно эффективен при использовании в виде монотерапии у больных с ХАП/СХТБ как по оценке врача (93,1%), так и по оценке пациентов (90,9%).

### ВЫВОДЫ

1. Препарат Простамед достаточно эффективен при использовании в виде монотерапии ХАП/СХТБ как при оценке врача (93,1%), так и по оценке пациентов (90,9%).
2. Препарат хорошо переносится больными, а побочные эффекты не отмечены.
3. Простамед может быть рекомендован для лечения больных ХАП/СХТБ.

### Досвід застосування багатокомпонентних фіто-препаратів у хворих при хронічному абактеріальному простатиті/синдром хронічного тазового болю

I.I. Горпинченко, Ю.М. Гурженко, О.Є. Нагорний

Проведено оцінювання ефективності терапії хронічного абактеріального простатиту/ синдрому нижніх сечових шляхів препаратом Простамед у 88 чоловіків. Отримані позитивні результати. Ефективність лікування препаратом склала 93,1%. Дані результати дозволяють рекомендувати препарат Простамед для використання в андрологічній практиці.

**Ключові слова:** хронічний абактеріальний простатит, синдром хронічного тазового болю, Простамед, лікування.

### Experience of using multicomponent phytopreparations in patients with chronic prostatitis abacterial / chronic pelvic pain syndrome

I.I. Gorpynchenko, Yu.M. Gurzhenko, A.Ye. Nagorny

The estimation of efficiency of therapy of the chronic abacterial prostatitis by the medicine Prostamed of 88 men is lead. Positive results are received. Efficiency of treatment by the medicine has made 93,1%. The received results allow to recommend the medicine Prostamed for using in andrological practice.

**Key words:** chronic abacterial prostatitis, chronic pelvic pain syndrome, Prostamed, treatment.

### Сведения об авторах

- Горпинченко Игорь Иванович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а.  
E-mail: sexology@sexology.kiev.ua
- Гурженко Юрий Николаевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а
- Нагорный Александр Евгеньевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Stamey T.A. Pathogenesis and treatment of Urinary Tract Infections. Baltimore, Williams and Wilckins; 1980. 342–429.
2. Nickel J.C. Prostatitis: Myths and realities //Urology. – 1998. – Vol. 51. – P. 362–366.
3. Nickel J.C., Sorensson R. Transurethral microwave thermotherapy of nonbacterial prostatitis and prostatodynia: initial experience //Urology. – 1994. – Vol. 44. – P. 458–460.
4. Юнда И.Ф. Простатиты. – Киев, 1987.
5. Руководство по андрологии /Под ред. О.Л. Тиктинского. – Л., 1990.
6. Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит. – М., 1998.
7. Руководство по урологии /Под ред. Н.А. Лопаткина. – В 3-х томах. – М., 1998.
8. Weidner W., Schiefer H.G, Krauss H. et. al. Chronic prostatitis: A through search for etiologically involved microorganisms in 1461 patients. Infection 1991; 19 (3): 119–125.
9. Dominique G.J., Human L.G., Hellstrom W.J.G. Hidden microorganisms in «abacterial» prostatitis/prostatodynia. J. Urol 1997; 157 (4): 243A.
10. Berger R.E, Krieger J.N., Rothman I. et. al. Bacteria in the prostate tissue of men with idiopathic prostatic inflammation. J. Urol 1997; (157): 863–865.
11. Theodoroy C., Becopoulos T. Prostatitis. Prostate cancer and Prostatic Diseases 1999; 2: 234–240.
12. Bjerclund Johansen T.E., Gruneberg R.N., Guibert J. et. al. The Role of Antibiotics in the Treatment of Chronic Prostatitis: A Consensus Statement. Eur. Urol 1998; 34: 457–466.
13. Luzzi G. The prostatitis syndromes. Int. J. STD. AIDS 1996; (7): 471–478.
14. De la Rosette J.J.M.C., Hubregste M.R., Meuleman E.J.H. et. al. Diagnosis and treatment of 409 patients with prostatitis syndromes. Urology 1993; (41):301–307.

Статья поступила в редакцию 14.03.2014