

© С.Х.Аль-Шукри, Д.Н.Солихов, 2009
УДК 616.65-002-036.12-08].019.941

С.Х. Аль-Шукри¹, Д.Н. Солихов¹

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

S.H. Al-Shukri, D.N. Solihov

CURRENT METHODS OF PROSTATITIS TREATMENT (LITERATURE REVIEW)

¹ Кафедра урологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, Россия

РЕФЕРАТ

В обзоре представлена сравнительная оценка современных методов лечения больных хроническим простатитом. Обсуждены общие представления о существующих способах терапии таких пациентов. Показано, что лечение больных хроническим простатитом должно быть комплексным и обязательно предусматривать воздействие на все звенья этиологии и патогенеза заболевания. Индивидуальный подход к каждому пациенту позволяет разработать более глубокую, тщательную специфическую схему лечения, улучшая, тем самым, эффективность и качество результатов.

Ключевые слова: хронический простатит, антибактериальная терапия, альфа - 1 - адrenoблокаторы, иммуностимуляторы.

ABSTRACT

The review demonstrates a comparative evaluation of the current methods of chronic prostatitis treatment. The common views on existing methods of therapy of such patients are discussed. Was shown that the treatment of patients with chronic prostatitis should be complex and needs to keep in mind the action on all parts of the etiology and pathogenesis chains. The individual approach to each patient allows to construct a more deep and careful specific treatment scheme, improving, therefore, the effectiveness and quality of the results.

Key words: chronic prostatitis, antibacterial therapy, alfa-1-adrenoblockers, immunostimulators.

Хронический простатит остается в настоящее время весьма распространенным, недостаточно изученным и плохо поддающимся лечению заболеванием. Он поражает мужчин преимущественно молодого и среднего возраста, то есть наиболее сексуально активных, и нередко осложняется нарушением копулятивной и генеративной функции [1-6]. Поэтому крайне важным является не только медицинское, но и социальное значение проблемы повышения эффективности диагностики и лечения хронического простатита.

Имеющиеся в литературе сведения по эпидемиологии хронического простатита весьма противоречивы [2-4]. Хронический простатит составляет до 35% всех обращений к врачу по поводу урологических проблем среди мужского населения России трудоспособного возраста [7,8]. Однако большинство урологов, как в нашей стране, так и за рубежом считают, что хронический простатит является одним из распространенных заболеваний и встречается у 20-35% мужчин репродуктивного возраста [2,7,9-13,22,43].

Вместе с тем, истинная заболеваемость хроническим простатитом до сих пор остается почти не изученной [12]. Некоторые авторы [6,11,14-16,29,46], отмечают увеличение частоты обнаружения хронического простатита за последние 20 лет, что связывают как с применением более совершенных и эффективных методов его распознавания, так и с фактическим ростом заболеваемости. Возможно из-за влияния на организм вредных факторов (малоподвижный образ жизни, несоблюдение правил половой жизни, иммунодефицит и др.). Отмечено, что в последние годы стали преобладать стертые и скрыто протекающие формы болезни.

В связи с этим для правильного учета распространенности хронического простатита имеет большое значение обоснованная классификация этого заболевания.

Предложено несколько классификаций хронического простатита, но по мнению О.Б. Лорана и А.С. Сегала (2002) ни одна из них не отвечает полностью требованиям как практики, так и научных исследований [2,4].

В.Н. Ткачук и соавт. (1989) предложили подразделять хронический простатит на бактериаль-

Солихов Д.Н. 1971022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого 17, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, кафедра урологии. Тел.: (812)-2346657, E-mail: dr.solihov-72@mail.ru

ный и абактериальный, выделив 3 фазы активности воспалительного процесса (активная, латентная и ремиссии) [13].

В 1998 году в НИИ урологии Минздрава РФ было предложено подразделять хронический простатит на инфекционный и неинфекционный. При этом к хроническому инфекционному простатиту было предложено относить все случаи как бактериальной, так и атипичной внутриклеточной грибковой и вирусной инфекции, а также инфицирования простейшими [17].

В настоящее время наиболее распространенной за рубежом, а в последние годы принятой и в России, является классификация простатита, предложенная Национальным институтом здоровья США (НИН). [2,4,17-20]. Эта классификация включает:

- 1) острый бактериальный простатит;
- 2) хронический бактериальный (инфекционный) простатит, который выявляют у 5-10% пациентов;
- 3) хронический абактериальный (неинфекционный) простатит, который выявляют у 90-95% больных. Этот тип простатита, в свою очередь, подразделяют на два вида: 3.1) с повышением количества лейкоцитов в секрете предстательной железы и 3.2) без повышения количества лейкоцитов в секрете предстательной железы;
- 4) бессимптомный простатит, частота которого неизвестна [17,21].

В литературе описано около 100 симптомов хронического простатита [22]. Некоторые авторы [9,22] систематизируют более частые симптомы хронического простатита, а многие авторы отмечают многообразие клинических проявлений этого заболевания [6,29].

В.Н. Ткачук и соавт. (1989) считают целесообразным у больных хроническим простатитом выделить следующих симптомов: 1) болевой; 2) расстройства мочеиспускания; 3) расстройства половой функции; 4) нарушения функции почек и верхних мочевых путей; 5) изменения количества и качества эякулята; 6) нейровегетативные и психические нарушения [13]. В особую группу выделены симптомы склероза предстательной железы. Отмеченные выше симптомы у больных хроническим простатитом могут быть единственными или множественными. У одного больного преобладает лишь один симптом, а у другого – сразу несколько. Тогда, по мнению О.Л. Тиктинского и С.Н. Калининой (1994), можно говорить о том или ином варианте клинического течения хронического простатита [29].

Лечение больных хроническим простатитом должно быть комплексным и обязательно предус-

матривать воздействие на все звенья этиологии и патогенеза болезни. Оно имеет свои особенности в зависимости от возраста пациента, наличия и характера клинических проявлений заболевания, в том числе изменений психического статуса, особенностей течения болезни, стадии и фазы активности воспалительного процесса в предстательной железе, степени вовлечения в патологический процесс близлежащих органов, состояния иммунитета и других факторов [6,29,49,50]. Лечение должно быть строго индивидуальным и длительным, оно требует упорства, как от врача, так и от больного [29]. Повышению эффективности лечения больных должны способствовать более ранняя диагностика болезни и диспансеризация больных.

Предложено много схем и методов лечения больных хроническим простатитом, причем на возможность излечения от этой болезни авторы высказывают противоположные точки зрения. Так, некоторые специалисты отмечают довольно высокую эффективность предлагаемых ими схем и методов лечения [23,24], тогда как другие [25] считают хронический простатит неизлечимой болезнью.

По мнению Д.В. Кана и соавт. (1980), общая схема средств и методов лечения больных хроническим простатитом должна включать: 1) соблюдение общего режима, диеты, гигиены половой жизни; 2) противомикробное лечение; 3) стимуляцию неспецифической реактивности организма; 4) назначение общеукрепляющих средств, ферментов и витаминов; 5) гормонотерапию; 6) назначение спазмолитических средств; 7) назначение анальгезирующих средств; 8) прием седативных препаратов; 9) применение местноаналгезирующих средств; 10) массаж предстательной железы; 11) физиотерапевтические процедуры; 12) санаторно-курортное лечение; 13) психотерапию [9].

Лекарственные препараты, применяемые для лечения больных хроническим простатитом, состоят из следующих групп [19]:

1. Антибиотики и абактериальные препараты.
2. Нестероидные противовоспалительные агенты.
3. Миорелоксанты и спазмолитики.
4. Альфа – 1 – адреноблокаторы.
5. Растительные экстракты.
6. Ингибиторы 5 – альфа-редуктазы.
7. Антихолинэргические препараты.
8. Модуляторы и стимуляторы иммунитета.
9. Биорегуляторные пептиды.
10. Комплексы витаминов и микроэлементы.
11. Антидепрессанты и транквилизаторы.
12. Анальгетики.
13. Препараты, улучшающие микроциркуляцию и реологические свойства крови, антикоагулянты.
14. Энзимы.
15. Противосудорожные средства.
16. Ингибиторы ксантиноксигеназы.
17. Капсаицин [19].

Этиотропному противомикробному лечению больных хроническим простатитом посвящены многочисленные работы отечественных и зарубежных исследователей [6,9,17,26-28].

Доказано, что противомикробная терапия показана только при бактериальном простатите, но она абсолютно не оправдана при абактериальном простатите [24,29]. Авторы считают не только необоснованным, но и крайне вредным назначение больным хроническим простатитом антибактериальных средств на основании лишь клинических признаков болезни, когда патогенная флора не выделена и нет лабораторного подтверждения болезни. Такое лечение, помимо весьма отрицательно-го общего влияния на организм, является фактором, усугубляющим упорное течение болезненного процесса и способствующим развитию иммунодефицитного состояния [9,11,13,29].

При проведении противомикробного лечения больным хроническим простатитом необходимо строго соблюдать общие принципы рациональной антибиотикотерапии. Доказано, что антибиотикотерапия будет эффективной лишь в том случае, если при наличии возбудителя будет обеспечена достаточная концентрация препарата в предстательной железе. Однако антибиотикотерапия у этих больных затруднена, ибо эпителий предстательной железы является барьером для диффузии противомикробных препаратов из плазмы крови в очаг воспаления и секрет предстательной железы, что было подтверждено некоторыми исследователями как в эксперименте, так и при клинических наблюдениях [13,29].

Доказано, что способность антибактериальных препаратов проходить через эпителиальный барьер определяется их липофильностью и низкой степенью связывания с плазматическим протеином. Так как большинство антибактериальных препаратов являются липидонерастворимыми, то, по мнению М. Adjiman (1973) и некоторых других исследователей, при лечении больных хроническим бактериальным простатитом необходимо использовать только жирорастворимые антибиотики [30].

Установлено, что концентрация антибактериального препарата в ткани и в секрете предстательной железы нарастает с повышением его константы диссоциации. Некоторые антибактериальные препараты (тетрациклины, цефалоспорины, хинолоны, триметоприм) имеют высокую константу диссоциации, и поэтому именно их и рекомендуют применять при хроническом простатите [6,7,10,28,29].

В.П. Александров и соавт. (1996), предложили лимфотропное введение антибиотиков при хроническом простатите.

Авторами было доказано, что при лимфотропной терапии создается терапевтическая концентрация препарата в секрете предстательной железы, превышающая концентрацию при внутримышечном введении в 4 раза. Это позволяет уменьшить суточную дозу препарата в 2 раза. Проникновение препарата в ткань предстательной железы по лимфатическим путям обуславливает его высокую концентрацию в регионарных лимфатических узлах и сосудах, что одновременно способствует улучшению лимфогенного дренажа и восстановлению микроциркуляции в предстательной железе [31].

В последние годы в печати появились работы об эффективности новых антибиотиков группы хинолонов, ципрофлоксацина (ципринол, цифран – од) и офлоксацина (таривид) и других у больных хроническим простатитом [25,28,32]. Преимуществом этих препаратов является их высокая концентрация в ткани и секрете предстательной железы. Так, после однократного внутривенного введения ципрофлоксацина в дозе 200 мг через 30 минут концентрация препарата в плазме крови составила 0,81 мг/л, в секрете предстательной железы – 1,87 мг/л, а в ткани предстательной железы – 2,45 мг/л, то есть в 3 раза выше, чем в плазме крови. После введения офлоксацина (таривид) в дозе 200 мг через 2 часа после введения концентрация препарата в сыворотке крови составила 1,8 мг/л, а в ткани предстательной железы – 5,1 мг/л, то есть почти в 3 раза больше [33].

В.Н. Ткачук и соавт. (1997) применили офлоксацин (таривид) у 52 больных хроническим бактериальным простатитом, при этом у 14 больных был хламидийный простатит. Суточная доза офлоксацина составила 400 мг, а курс лечения – от 14 до 28 дней. Положительные результаты были отмечены у всех 14 больных с хламидийным простатитом и у 36 (94,7%) из 38 больных с бактериальным простатитом. Авторы рекомендуют продолжительность лечения больных хроническим бактериальным простатитом – не менее 4 недель [32]. Н.А. Лопаткин и соавт. (1997) у 12 больных хроническим простатитом применили уротрактин (пипемидиновую кислоту). Через 7 дней лечения у 7 из 12 мужчин было отмечено снижение активности дизурии, а у 4 – ее исчезновение, и только у 1 пациента дизурия сохранялась на прежнем уровне. Через 3 недели после окончания лечения посев секрета простаты был стерильным у всех 12 больных. В.Н. Ткачук и соавт. (1998) применили уротрактин у 92 больных хроническим бактериальным простатитом с очень хорошим результатом лечения. Было доказано, что уротрактин легко (до

84%) проникает в ткань простаты и обеспечивает в ней эффективную бактерицидную концентрацию. Длительность лечения больных составила от 28 до 56 дней. У всех 92 больных после завершения лечения исчезли или существенно уменьшились все симптомы хронического простатита, а посев эякулята был стерильным у 89 (96,7%) из 92 больных. Авторы считают уротрактин препаратом выбора при хроническом бактериальном простатите благодаря быстрому его проникновению в ткань предстательной железы, выраженной бактерицидной активности в отношении бактерий, наиболее часто вызывающих простатит, и отсутствию побочных эффектов даже при длительном (56 дней) лечении [4,7,32].

В урологической клинике СПбГМУ им акад. И.П.Павлова у 125 больных хроническим абактериальным простатитом была изучена эффективность блокатора альфа-1-адренорецепторов тамсулозина, который они получали в течение 3–6 месяцев. Прием альфа-1-адреноблокаторов при хроническом абактериальном простатите позволяет улучшить дренирование предстательной железы, восстановить отток секрета из протоков этого органа, а у некоторых пациентов и выявить возбудитель заболевания, до этого находившийся в плохо дренируемых отделах предстательной железы [34,35,53].

Согласно рекомендациям Национального института здоровья США (NIH, 2002), среди 17 наиболее часто применяемых методов лечения при хроническом простатите массаж предстательной железы занимает третье место после антибиотикотерапии и применения альфа-1-адреноблокаторов и по приоритету составляет 3,3 из 5 баллов.

А.И. Неймарк и соавт. (2004) применили нimesулид у 46 больных хроническим абактериальным простатитом. В результате лечения у пациентов существенно уменьшился болевой синдром и улучшился кровоток в предстательной железе. Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов пациентам, страдающим хроническим бактериальным простатитом, позволяет устранить болевой синдром и улучшить качество их жизни [36].

При лечении больных хроническим простатитом стали применять растительные экстракты, полученные из американской вееролистной пальмы *Serenoa repens* (пермиксон, простамол – уно), реже – из коры дерева *Pygeum africanum* (таденан, трианол) и комбинированный растительный препарат гентос [44,45,51].

С.Х. Аль-Шукри и Ю.А. Бобков (2004) изучи-

ли эффективность простамол-уно у 58 больных хроническим абактериальным простатитом и пришли к заключению, что этот препарат оказывает корригирующее действие на патологические сдвиги в системе иммунитета и гемокоагуляции. Для восстановления микроциркуляции в предстательной железе у больных хроническим простатитом, что патогенетически вполне обосновано, применяют различные лекарственные средства: галидор, трентал, эскузан и др. [37,38].

Для восстановления микроциркуляции в предстательной железе и активизации фибринолитической активности В.А. Савинов (1993), М.И. Кузнецова (1998) и др. рекомендуют у больных хроническим простатитом использовать гирудотерапию. При лечении пиявками у больных хроническим простатитом восстанавливается микроциркуляция в предстательной железе, ликвидируется отек этого органа, наступает нормализация акта мочеиспускания и увеличение концентрации лекарственных средств в очаге воспаления [39,49].

Иммунокоррегирующее лечение в последние годы довольно часто проводится у больных, страдающих хроническим простатитом. Ранее больным назначали левамизол [21], но в последние годы стали чаще назначать тималин, тимозин, Т-активин, простатилен.

По данным В.Н. Ткачука и соавт. (1989), включение в комплексную терапию больных хроническим простатитом иммуномодулятора тималина приводило к усилению функциональной активности и увеличению содержания Т-лимфоцитов, а также и к нормализации других показателей иммунитета [13].

В течение ряда лет большой популярностью пользовался раверон, а в последние годы – новый отечественный цитомедин – простатилен [11,29,40].

С.Х. Аль-Шукри и соавт. (1997) изучили влияние простатилена на показатели гемостаза в эксперименте и у больных хроническим простатитом. Оказалось, что в эксперименте простатилен уменьшал более чем в 2 раза первую стадию тромбообразования, а площадь поперечного сечения тромбов – в 1,5 раза [40].

По данным В.Н. Ткачука (2006), после лечения витапростом удалось добиться симптоматического улучшения у 97% больных хроническим простатитом, болевой синдром снизился в 3,2 раза по сравнению с исходным уровнем, а расстройства акта мочеиспускания – в 3,1 раза. У больных после лечения улучшились параметры тромбоцитарно-сосудистого звена гемостаза. Витапрост оказал влияние и на иммунологический статус больных хроническим простатитом. Бактериальным храни-

ческим простатитом следует считать только те случаи, при которых в специфическом для предстательной железы материале (секрете простаты, эякуляте) выявляют патогенный бактериальный возбудитель, и обязательно – отличный от возбудителей, выявляемых при исследовании уретры [12,53].

В.Н. Ткачук и соавт. (2000, 2006) доказали, что у больных хроническим бактериальным простатитом применение вобензима в комплексе с традиционной антибактериальной терапией существенно повышает эффективность лечения [14,41].

В.Н. Ткачук и А.Э. Лукьянов (2006) для лечения 135 больных хроническим простатитом, осложнившимся психогенной эректильной дисфункцией, использовали антидепрессант широкого спектра действия тритико (тразодон) по 150 мг один раз в сутки перед сном в течение 6 недель. В большинстве случаев при хроническом простатите необходимо уделить внимание нормализации психического статуса больного, используя как лекарственные средства, так и рациональную психотерапию [12].

В последние годы с целью повышения эффективности лечения больных хроническим простатитом в комплекс лечебных мероприятий, помимо антибиотикотерапии, иммунотерапии, средств, улучшающих микроциркуляцию в предстательной железе, стали включать и различные физиотерапевтические методы (УВЧ, ректальный электрофорез, локальную микроволновую гипертермию, электролазерную терапию и др.).

О положительном воздействии у больных хроническим простатитом локальной микроволновой терапии сообщали некоторые авторы [7,8,12,22,42,47], которые использовали как трансректальную, так и трансуретральную гипертермию.

В лечении больных хроническим простатитом используют и оперативные методы. Последние чаще всего необходимы при третьей, уже необратимой, стадии болезни – склерозе предстательной железы. Методом выбора при лечении таких больных в последние годы считают трансуретральную резекцию шейки мочевого пузыря, семенного бугорка, предстательной железы.

Следует признать, что в настоящее время отсутствуют в достаточной степени обоснованные подходы к терапии хронического простатита. Очевидно, что лечение должно быть направлено на устранение инфекционного агента, нормализацию иммунного статуса, регрессию воспалительных изменений и восстановление функциональной активности простаты. Таким образом, все аспекты

проблемы хронического простатита нуждаются в дальнейшем углубленном изучении.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Аль-Шукри СХ, Бобков ЮА, Горбачев АГ, Ткачук ВН. Наш опыт применения простатилена в урологии. *Урология* 2003; (6): 32-36
2. Лоран ОВ, Сегал АС. Хронический простатит. X Российский съезд урологов: Материалы. М., 2002; 209-222
3. Лоран ОБ, Пушкарь ДЮ, Тедеев ВВ, Носовицкий ПБ. Гентос в лечении хронического абактериального простатита. *Урология* 2003; (6): 30-32
4. Сегал АС, Лоран ОБ, Пушкарь ДЮ. Качество жизни болеющих хроническим простатитом. Пленум правления Российского общества урологов: Материалы. М., 2004; 12-17
5. Nickel J. Clinical evaluation of the patients pressing with prostatitis. *Eur Urol* 2003; 2: 11-14
6. Nickel J, Corcos K, Andersen P et al. Antibiotic therapy for chronic prostatitis. *J Urol* 1998; 159 (5): 272
7. Лопаткин НА. (ред.) *Руководство по урологии, том II*. Медицина, М., 1998; 400-439
8. Лопаткин НА, Аполихин ОИ, Сивков АВ, Ощепков ВН, Егоров АА. Результаты монотерапии тразозинном (корнам) больных хроническим неинфекционным простатитом. *Урология*, 2002; (6) (приложение): 37-51
9. Кан ДВ. Хронический неспецифический простатит. Материалы III Всесоюзного съезда урологов. Минск, 1984; 180-187
10. Тиктинский ОЛ. (ред.) *Руководство по андрологии*. Медицина, Л., 1990; 416
11. Ткачук ВН. Диагностика и лечение воспалительных заболеваний предстательной железы. Пленум Всероссийского общества урологов: Тезисы. Пермь, 1994; 4-9
12. Ткачук ВН. *Хронический простатит*. Медицина для всех, М., 2006; 112
13. Ткачук ВН, Горбачев АГ, Агулянский ЛИ. *Хронический простатит*. Медицина, Л., 1989; 205
14. Ткачук ВН. *Современные методы лечения больных хроническим простатитом: Пособие для врачей*. СПб, 2000; 46
15. Fawzy A, Shirvani A. The incidence of chronic prostatitis in ultrasound guided prostate biopsy of asymptomatic men with elevated PSA. *Urology* 1997; 80(2): 247
16. Pycha A, Madershaber S. The ageing lower urinary tract: a comparative urodynamic study of males. *Urology* 1997; 80(2): 344
17. Аполихин ОИ, Абдуллин ИИ, Сивков АВ и др. Хронический простатит. Пленум правления Российского общества урологов: Материалы. М., 2004; 5-12
18. Пушкарь ДЮ. Лечение хронического бактериального простатита. Пленум правления Российского общества урологов: Материалы. М., 2004; 289-314
19. Сивков АВ, Ощепков ВН, Егоров АА. Терапия хронического абактериального простатита. Пленум правления Российского общества урологов: Материалы. М., 2004; 216-230
20. Krieger I, Riley D. Prostatitis: what is the role of infection. *Intern J Antimicrob Agents* 2002; 19(6): 475-479
21. Rosette I, Hubregtse M, Debruyne F. Diagnosis and treatment of patients with prostatitis syndromes. *Urology* 1993; 41: 301-307
22. Мазо ЕБ. Хронический инфекционный простатит. Пленум правления Российского общества урологов: Материалы. М., 2004; 267-289
23. Пасечников СП, Никитин ОД. Применение простамол-уно в лечении больных хроническим простатитом. Пленум правления Российского общества урологов: Материалы. М., 2004; 457-458
24. Al-Shukri S, Tkachuk VN. Chronic prostatitis (diagnosis and treatment). First Russian – Finnish Symposium on Urology: Abstracts. St.-Petersburg, 1998; 13-17

25. Baert L. La prostatite bacterienne chronique et son traitement actuel. *Ann Urol* 1977; 11(4): 275-279
26. Деревянко ИИ, Нефедова ЛА, Камалов АА. Алгоритм лечения бактериальных простатитов. X Российский съезд урологов: Материалы. М, 2002; 271-272
27. Живов АВ, Горячев ИА, Петров СБ и др. Антибиотикотерапия хронического простатита. Тезисы доклада Пленума Всероссийского общества урологов. Пермь, 1994; 73-74
28. Трапезникова МФ, Савицкая КИ, Аль-Сури А и др. Ципрофлоксацин при лечении хронического бактериального простатита. *Урология и нефрология* 1995; (5): 20-23
29. Тиктинский ОЛ (ред.). *Руководство по андрологии*. Медицина, Л., 1990; 416
30. Adjiman M. Prostatitis Chroniques maladies d'avenir. *Ann Urol* 1973; 7 (4); 201-204
31. Александров ВП, Печерский АВ. Лимфотропное введение антибиотиков при хроническом простатите. Сборник научных трудов IV международной научно-практической конференции урологов и нефрологов. СПб, 1996; 220-221
32. Ткачук ВН, Кузнецова МИ, Рудакова АВ. Применение фторхинолонов при воспалительных заболеваниях почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов. *Новости фармакотерапии* 1997; (2): 117-123
33. Naber K. Antimicrobial treatment of bacterial prostatitis. *Urology* 2003; [suppl 2]: 23-26
34. Ткачук ВН, Аль-Шукри СХ, Кузнецова МИ, Торосян ОР. Тамсулозин в лечении больных хроническим простатитом. *Урология* 2000; (5): 18-20
35. Ткачук ВН, Аль-Шукри СХ, Торосян ОР. Эффективность тамсулозина у больных хроническим простатитом. X Российский съезд урологов: Материалы. М., 2002; 331-332
36. Неймарк АИ, Яковец ЯВ, Алиев РТ. Опыт использования найза (нимесулид) в комплексном лечении больных хроническим абактериальным простатитом с синдромом хронической тазовой боли. *Урология* 2004; (5): 31-34
37. Горбачев АГ. Биорегулирующая терапия больных хроническим простатитом. Тезисы доклада Пленума Всероссийского общества урологов. Пермь, 1994; 43
38. Горбачев АГ, Аль-Шукри СХ, Бобков ЮА. Простатилен в комплексном лечении больных абактериальным хроническим простатитом. Пленум правления Российского общества урологов: Материалы. М, 2004; 233
39. Савинов ВА. Гирудотерапия в урологической практике. Тезисы доклада Пленума Всероссийского общества урологов. Пермь, 1994; 71
40. Аль-Шукри СХ, Петрищев НН, Горбачев АГ. и др. Влияние простатилена на показатели гемостаза при хроническом простатите (клинико-экспериментальные исследования). *Урология и нефрология*, 1997; (3): 38-41
41. Носков НЮ. Применение вобензима в комплексной терапии больных хроническим простатитом. *Нефрология* 2004; 8(3): 84-86
42. Кадири ТР, Аль-Шукри СХ. Лечение копулятивной дисфункции у больных хроническим простатитом на аппарате АМВЛ-01 «ЯРОВИТ». *Здравоохранение Таджикистана* 2007(4); 74-77
43. Fowler I. Antimicrobial therapy for bacterial and nonbacterial prostatitis. *Urology* 2002; 60 (6): 24-26
44. Аляев ЮГ, Григорян ВА, Хохлов МА. Использование препарата простамол-уно в комплексном лечении хронического простатита. Пленум правления Российского общества урологов: Материалы. М, 2004; 396-397
45. Аляев ЮГ, Винаров АЗ, Локшин КЛ и др. Эффективность и безопасность простамол-уно у больных хроническим абактериальным простатитом. *Урология* 2006; (1): 47-50
46. Акулович АИ. *Патогенез, диагностика и лечение неспецифического застойного простатита*. Автореферат дис. канд. мед. наук. Киев, 1982; 16
47. Александров ВП, Гусаков АФ, Кузин ГГ. Лечение хронического простатита с использованием аппарата «Андро-гин». Пленум правления Российского общества урологов: Материалы. М, 2004; 393
48. Жульнев АП, Крахмалева ОЮ, Коузова ЛИ. Гирудотерапия в комплексном лечении хронического простатита. Пленум правления Российского общества урологов: Материалы. 2004; 423-424
49. Каплун МИ. *Хронический простатит*. Уфа, 1984; 254
50. Кузнецова МИ. *Особенности клинического течения и комплексное лечение хронического простатита у моряков*. Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб, 1998; 18
51. Мазо ЕБ, Дмитриев ДТ. Клинический эффект применения препарата «простамол-уно» у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и хроническим простатитом. *Урология*, 2001; (5): 38-41
52. Ткачук ВН, Аль-Шукри СХ, Лотцан-Медведев КВ. Оценка эффективности витапрост у больных хроническим абактериальным простатитом. *Урология* 2006; (2): 71-75
53. Barbalias G, Nikifordies G, Liatsikos E. Alphablockers for the treatment of chronic prostatitis in combination with antibiotics. *Urology* 1998; 159: 883-887

Поступила в редакцию 14.01.2009 г.

Принята в печать 06.05.2009 г.