Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования у пациентов с хроническим простатитом и хроническим геморроем

З.А. Кадыров, А.А. Крячко, З.О. Алиев, М.В. Фаниев, Х.С. Ишонаков, Ф.Ш. Мингболатов

Кафедра эндоскопической урологии факультета повышения квалификации медицинских работников ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»; Россия, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 21, корп. 3

Контакты: Зиёратио Абдуллоевич Кадыров zieratsho@yandex.ru

Взаимосвязь развития простатита с хроническим геморроем объясняется близким расположением и анатомически единым лимфатическим и венозным образованием этих органов. Анализ данных 140 пациентов с хроническим простатитом и геморроем с частыми обострениями показал, что у 86,9 % больных хроническим геморроем зафиксировано более 2 признаков хронического простатита. Кроме того, у 37,5 % пациентов выявлены скелетно-мышечные симптомы, у 51,1 % — психоневрологические, у 65,7 % — сексуальные и у 48,6 % — неврологические/системные.

Ключевые слова: хронический геморрой, хронический простатит, хроническая тазовая боль, урофлоуметрия, общесоматические симптомы, сексуальные расстройства, психоневрологические симптомы

DOI: 10.17650/2070-9781-2016-17-2-34-38

Clinical laboratory and instrumental studies in patients with chronic prostatitis and hemorrhoids

Z.A. Kadyrov, A.A. Kryachko, Z.O. Aliev, M.V. Faniev, Kh.S. Ishonakov, F.Sh. Mingbolatov

Department of Endoscopic Urology, Faculty for Postgraduate Training of Health Workers, People's Friendship University of Russia; Build. 3, 21 Miklukho-Maklaya St., Moscow, 117198, Russia

The association of the development of prostatitis with chronic hemorrhoids is attributed to the close arrangement and anatomically common lymphatic and venous formation of these organs. Analysis of the data of 140 patients with chronic prostatitis and hemorrhoids with frequent exacerbations showed that more than 2 signs of chronic prostatitis were recorded in 86.9 % of the patients with chronic hemorrhoids. In addition, there were skeletal muscular, psychoneurological, sexual, and neurological/systemic symptoms in 37.5, 51.1, 65.7, and 48.6 % of the patients.

Key words: chronic hemorrhoids, chronic prostatitis, chronic pelvic pain, uroflowmetry, somatic symptoms, sexual dysfunction, neuropsychiatric symptoms

Введение

Хроническая тазовая боль (ХТБ) — широко распространенный синдром в хирургии, урологии, гинекологии и других направлениях медицины [1]. В общей популяции частота ХТБ составляет 5–14 %. Являясь мультидисциплинарной проблемой, ХТБ наблюдают при различных заболеваниях органов и сосудов малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства [1–4]. В подавляющем большинстве случаев у мужчин источником ХТБ служат хронические воспалительные заболевания прямой кишки и предстательной железы (ПЖ). Причиной ХТБ может быть определенная патология, однако нередко многочисленные исследования не выявляют никаких конкретных заболеваний. Следует отметить, что в последние годы в мировой литературе чаще всего появляются публикации, ассоциированные с хроническим простатитом (ХП) и симптомами ХТБ (СХТБ), что можно объяснить взаимосвязью ХТБ

именно с ХП, доказанной в клинических и экспериментальных работах [5–8]. Существует много данных о лечении ХП как самостоятельного заболевания, вызывающего ХТБ. Так, Н. Kong do и соавт. при ХП/СХТБ успешно применяли мироденафил [9], а Х.Ш. Shang и соавт. — лонгжинтонглин [10]. О хороших результатах лечения акупунктурой сообщали Е.В. Kūçük и соавт. [11] и S. Sahin и соавт. [12]. J.F. Jhang и соавт. получили положительные результаты, вводя онаботулотоксин больным ХП/СХТБ [13].

До сих пор интерес к ХП как к самостоятельному заболеванию не ослабевает [14–16], о чем свидетельствуют многочисленные публикации фундаментальных работ о связи ХП с инфекционным фактором [17–19], что еще раз подтверждает его распространенность. Следует также отметить, что за последние годы возросло число публикаций относительно лечения ХП, в частности местной терапией [13–22] и простатинолом [21].

С учетом наличия множества симптомов СХТБ, обусловленных заболеваниями органов малого таза, для их оценки в практике стали широко использовать классификацию UPOINT (urinary — мочевой, psychosocial — психологический, organ specific — органоспецифический, infection — инфекция, neurologic/systemic — неврологический/системный, tenderness of skeletal muscle — состояние скелетной мускулатуры, МПОИНС), которая позволяет индивидуально подходить к диагностике и специфическому лечению этих больных [23–27].

Хронические воспалительные заболевания прямой кишки (хронический геморрой (ХГ), свищ прямой кишки, хроническая анальная трещина) и ПЖ чаще всего связаны с нарушением гемодинамики в области таза и его органов [28]. Взаимосвязь развития простатита с ХГ, проктитом, трещиной и свищами заднего прохода объясняют близким расположением и анатомически единым венозным образованием этих органов, что нередко усугубляет течение основного заболевания, увеличивает частоту возникновения рецидивов и осложнений, включая соматизацию больных [29–32]. В связи с этим исследование состояния прямой кишки и ПЖ при СХТБ, выявление частоты и характера сопутствующего заболевания прямой кишки при ХП или наоборот, диагностика и комплексное лечение сочетанных хронических поражений прямой кишки и ПЖ — актуальные задачи хирургии и урологии.

Материалы и методы

Были проанализированы результаты обследования и лечения ХГ и ХП у 140 больных в возрасте 32–60 лет (средний возраст $49,56 \pm 4,98$ года). Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я ($n = 85$) — больные ХГ, длительно наблюдавшиеся у проктолога, 2-я ($n = 55$) — больные ХП, состоящие на учете у уролога. Продолжительность заболевания — 3–10 лет. Кроме характерных симптомов основного заболевания у всех пациентов были выявлены нехарактерные симптомы, что стало основанием для совместного обследования у уролога и проктолога.

Критерий исключения — острая фаза заболевания, поскольку из-за обилия симптомов и невозможности провести полноценное обследование не всегда удается выявить сопутствующее заболевание.

Большинство больных в течение многих лет находились на обследовании и лечении у уролога и проктолога. В 1-й группе у 25 пациентов были зарегистрированы наружные геморроидальные узлы, у 24 — внутренние и у 36 — комбинированные. Консервативное лечение получали 40 больных 1-й группы, а 45 было проведено оперативное лечение. У пациентов с ХГ ранее было зафиксировано по 2–8 обострений заболевания в год, по поводу которых некоторые из них проходили лечение. Сопутствующие колопроктологические заболевания у пациентов 1-й группы усугубляли течение основ-

ной болезни. В анамнезе у 25 (29,4 %) больных 1-й группы диагностировали хроническую анальную трещину, у 16 (18,8 %) — криптит, у 14 (16,5 %) — проктит, у 12 (14,1 %) — свищ прямой кишки. Хирургическое лечение по поводу свища прямой кишки было выполнено 6 пациентам (2 больным по 2–3 раза).

Помимо общеизвестных исследований (сбор анамнеза, изучение симптоматики, осмотр, пальпация, общеклинические и биохимические анализы) всем больным выполняли наружный осмотр промежности и заднего прохода, пальцевое ректальное исследование (ПРИ) прямой кишки и ПЖ, осмотр прямой кишки с помощью ректального зеркала, ректоскопию, колоноскопию, ректороманоскопию, посев гноя из гнойника, посев секрета ПЖ, посев мочи на флору и чувствительность к антибактериальным препаратам, трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) ПЖ, урофлоуметрию. Провели оценку по индексу шкалы симптомов ХП/СХТБ Национального института здоровья США (National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index, NIH-CPSI), международному индексу эректильной функции (МИЭФ-5) и классификации UPOINT.

С учетом длительности течения заболевания с неоднократными обострениями, а также наличия общесоматических, психоневрологических, органоспецифических и общих симптомов использовали классификацию UPOINT (табл. 1).

Значимость различий между сравниваемыми показателями определяли с помощью t-критерия Стьюдента. Разность средних значений изучаемых характеристик сопоставляли с величиной квадратного корня суммы квадратов средних ошибок. Различия считали достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты

По результатам комплексного обследования у больных были выявлены симптомы сопутствующих заболеваний прямой кишки и ПЖ (табл. 2).

У 62 (72,9 %) мужчин 1-й группы помимо характерных симптомов были нетипичные жалобы на боль и дискомфорт в области промежности, наружных половых органов, крестца и малого таза, что говорит о наличии сопутствующего воспалительного заболевания ПЖ. Кроме того, 48 (56,5 %) пациентов 1-й группы указывали на кровянистые выделения из прямой кишки, 42 (49,4 %) — на выпадение и увеличение геморроидальных узлов, 32 (37,6 %) — на зуд, жжение и слизистые выделения из прямой кишки, 6 (7,1 %) — на выделения из уретры, 44 (51,8 %) — на дизурию, 52 (61,2 %) — на сексуальные расстройства, 9 (10,6 %) — на острую задержку мочи в анамнезе, 12 (14,1 %) — на запоры.

У всех больных 2-й группы были отмечены боли различной степени интенсивности в заднем проходе и дискомфорт, у 16 (29,1 %) пациентов — зуд, жжение и периодические слизистые выделения из прямой кишки.

Таблица 1. Классификация UPOINT (МПОИНС) [33]

Домен	Признак
Мочевой	Индекс шкалы симптомов хронического простатита Национального института здоровья США > 4. Симптомы затрудненного мочеиспускания. Учащенное мочеиспускание и/или никтурия. Наличие остаточной мочи
Психо-социальный	Клиническая депрессия. Свидетельство неадекватного поведения. Тревога/стресс
Органоспецифический	Лейкоциты в простатической жидкости. Гемоспермия. Кальцификаты в предстательной железе
Инфекционный	Грамотрицательные бактерии или энтерококки в простатической жидкости. Успешное применение антибактериальной терапии в прошлом
Неврологический/системный	Клинические доказательства центральной невропатии. Боль за пределами малого таза. Синдром раздраженной толстой кишки. Фибромиалгия. Синдром хронической усталости
Скелетно-мышечный	Боль при пальпации и/или болезненные мышечные спазмы или наличие триггерных точек в мышцах живота и/или тазового дна

При осмотре анального отверстия у 14 (25,5 %) мужчин 2-й группы были выявлены наружные геморроидальные узлы. При выполнении ПРИ обнаружены геморроидальные узлы у 28 (50,9 %) больных 2-й группы, из них у 8 они были комбинированными. Таким образом, у 42 (76,4 %) пациентов 2-й группы диагностировали ХГ.

По данным ПРИ у 39 (45,8 %) больных 1-й группы была отмечена дисфункция анального жома, у 43 (50,6 %) – изменение размеров ПЖ, у 38 (44,7 %) – локальная болезненность, у 16 (18,8 %) – общая болезненность, у 58 (68,2 %) – изменение консистенции ПЖ и у 57 (67,1 %) – участки уплотнения ПЖ.

Во 2-й группе по результатам ПРИ у 22 (40,0 %) больных зафиксирована дисфункция анального жома, у 34 (61,8 %) – увеличение и у 9 (16,4 %) – уменьшение размеров ПЖ, у 34 (61,8 %) – локальная и у 21 (38,2 %) – общая болезненность. Изменение консистенции ПЖ выявлено у всех пациентов 2-й группы, участки уплотнения – у 50 (90,9 %).

По данным ректоскопии наряду с внутренними геморроидальными узлами у 32 (37,6 %) пациентов 1-й группы обнаружены признаки хронического проктита и у 16 (29,1 %) – ХП.

По данным ТРУЗИ изменение размера ПЖ зафиксировано у 53 (62,4 %) больных 1-й группы, эхогенности – у 45 (52,9 %), микрокальцинаты – у 8 (9,4 %),

Таблица 2. Выявленные симптомы сопутствующих заболеваний прямой кишки и предстательной железы

Симптом	Число пациентов, n (%)	
	1-я группа (n = 85)	2-я группа (n = 55)
Нехарактерные симптомы		
Боль, дискомфорт другой локализации	62 (72,9)	55 (100)
Дизурия	44 (51,8)	52 (94,5)
Острая задержка мочи в анамнезе	9 (10,6)	16 (29,1)
Зуд, жжение и слизистые выделения из прямой кишки	32 (37,6)	16 (29,1)
Сексуальные расстройства	52 (61,2)	50 (90,9)
Симптомы, выявленные при ПРИ предстательной железы		
Изменение размера предстательной железы	43 (50,6)	40 (72,7)
	54 (63,5)	55 (100*)
Болезненность (общая и локальная)	58 (68,2)	55 (100*)
Изменение консистенции	57 (67,1)	50 (90,9)
Участки уплотнения		
Симптомы, выявленные при ТРУЗИ предстательной железы		
Изменение размера предстательной железы	53 (62,4)	49 (89,2)
Изменение эхогенности	45 (52,9)	55 (100)
Микрокальцинаты	8 (9,4)	24 (43,6*)
Изменение семенных пузырьков	38 (44,7)	55 (100*)
Симптомы, выявленные при микроскопии секрета предстательной железы		
Наличие лейкоцитов	60 (70,5)	45 (81,8)
Уменьшение лецитиновых зерен	56 (65,9)	45 (81,8)
Наличие микробной флоры	16 (18,8)	15 (27,3)
Положительный посев секрета предстательной железы	26 (30,5)	45 (81,8*)

Примечание. ПРИ – пальцевое ректальное исследование; ТРУЗИ – трансректальное ультразвуковое исследование; *различия по сравнению с нормой достоверны при $p < 0,05$; χ^2 -критерий.

расширение и изменение внутренней экоструктуры семенных пузырьков – у 38 (44,7 %). Только у 4 (7,3 %) пациентов 2-й группы выявлен нормальный размер ПЖ, у 40 (72,7 %) – увеличение и у 9 (16,4 %) – уменьшение. Эхогенность была повышена у 36 (65,5 %) мужчин 2-й группы, понижена – у 12 (21,8 %) и неоднородна – у 26 (47,3 %). Гипоэхогенные изменения различных отделов ПЖ обнаружены у 6 (7,1 %) больных 1-й группы и у 16 (29,1 %) мужчин 2-й группы.

Контуры ПЖ были неровными у 37 (67,3 %) пациентов 2-й группы и у 22 (25,9 %) больных 1-й группы.

Результаты микроскопии секрета ПЖ подтвердили наличие лейкоцитов у 60 (70,5 %) пациентов 1-й группы, уменьшение количества лецитиновых зерен у 56 (65,9 %) и микробную флору – у 16 (18,8 %). Лейкоциты обнаружены у 45 (81,8 %) мужчин 2-й группы, уменьшение количества лецитиновых зерен – у 45 (81,8 %) и микробная флора – у 15 (27,3 %).

По результатам посева мочи микробная флора выявлена у 26 (30,5 %) больных 1-й группы и у 45 (81,8 %) пациентов 2-й группы.

Суммарный балл по опроснику ХП/СХТБ у мужчин 1-й и 2-й групп составил $8,0 \pm 2,1$ и $15,0 \pm 1,1$, по опроснику качества жизни — $2,8 \pm 0,2$ и $4,2 \pm 0,2$, средняя величина объемной скорости мочеиспускания — $14,6 \pm 3,6$ и $12,2 \pm 3,2$ мл/с ($8-22$ мл/с) соответственно (табл. 3).

Таблица 3. Результаты обследования пациентов

Параметр	Значение параметра	
	1-я группа (n = 85)	2-я группа (n = 55)
Суммарный балл симптомов ХП/СХТБ	$8,0 \pm 2,1$	$15,0 \pm 1,1$
Качество жизни, баллы	$2,8 \pm 0,2$	$4,2 \pm 0,2^*$
Средняя скорость мочеиспускания, мл/с	$14,6 \pm 3,6$	$12,2 \pm 3,2$

Примечание. ХП — хронический простатит; СХТБ — симптом хронической тазовой боли; *различия по сравнению с нормой достоверны при $p < 0,05$; χ^2 -критерий.

Таблица 4. Результаты обследования пациентов согласно классификации UPOINT (МПОИНС)

Домен	Число пациентов, n (%)	
	1-я группа (n = 85)	2-я группа (n = 55)
Мочевой	49 (57,6)	55 (100*)
Психосоциальный	38 (44,7)	33 (60,0)
Органоспецифический	33 (38,8)	55 (100*)
Инфекционный	26 (30,5)	45 (77,8*)
Неврологический/системный	43 (50,6)	33 (60,0)
Скелетно-мышечный	19 (22,4)	10 (18,2)

*Различия между группами достоверны при $p < 0,05$; χ^2 -критерий.

Таблица 5. Результаты клинко-лабораторных и инструментальных исследований у пациентов (n = 140)

Заболевание	Число пациентов	
	n	%
Хронический геморрой + хронический простатит	72	84,7
Хронический простатит + хронический геморрой	42	76,4
Хронический простатит + хронический проктит	16	29,1
Хронический простатит	13	23,6
Хронический геморрой	8	13,1
Всего	151	—

Заключение

Результаты обследования пациентов с рецидивирующим ХГ и ХП с частыми обострениями свидетельствуют о высоком проценте сочетанных поражений, что указывает на анатомо-топографические особенности кровоснабжения, иннервации, венозного и лимфатического оттока этих органов. При тщательном сборе анамнеза установлено, что у большинства больных кроме характерных симптомов нередко присутствуют нетипичные симптомы, на которые чаще всего специалисты не обращают внимания. Следует отметить, что почти у всех пациентов независимо от конкретного заболевания выявлены заметные отклонения при ТРУЗИ ПЖ и ПРИ, подтверждающие наличие сопутствующего ХП. При этом зафиксированы заметные отклонения показателей суммарного балла симптомов ХП/СХТБ и индекса качества жизни у большинства больных. Кроме того, высокий процент общесоматических, психоневрологических, сексуальных и общих симптомов указывает на страдания этих пациентов в течение длительного периода.

Мультидисциплинарный подход позволяет значительно улучшить диагностирование заболеваний и при необходимости выбрать научнообоснованный способ лечения.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Белова А. Н., Крупина В. Н. Хроническая тазовая боль. Руководство для врачей. М.: Антидор, 2007. С. 15–16. [Belova A. N., Krupina V. N. Chronic pelvic pain. Guideline for physicians. Moscow: Antidor, 2007. Pp. 15–16. (In Russ.)].
2. Савельева В. С., Кириенко А. И. Клиническая хирургия. Национальное руководство. Т. 3. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010. 960 с. [Savel'eva V. S.,

Kirienko A. I. Clinical surgery. National guidelines. Vol. 3. Moscow: GEOTAR-Media, 2010. 960 p. (In Russ.)].
3. Nickel J. C., Alexander R. B., Anderson R. et al. Category III chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: insights from the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Collaborative Research Network studies. Curr Urol Rep 2008;9(4):320–7.

4. Benjamin-Pratt A. R., Howard F. M. Management of chronic pelvic pain. Minerva Ginecol 2010;62(5):447–65.
5. Lai H. H., Krieger J. N., Pontari M. A. et al. Painful Bladder Filling and Painful Urgency Are Distinct Characteristics in Men and Women with Urologic Chronic Pelvic Pain Syndromes: A MAPP Research Network Study. J Urol 2015;194(6):1634–41.

6. Murphy S.F., Schaeffer A.J., Done J. et al. IL17 Mediates Pelvic Pain in Experimental Autoimmune Prostatitis (EAP). *PLoS One* 2015;10(5).
7. Schwartz E.S., Xie A., La J.H. Nociceptive and inflammatory mediator upregulation in a mouse model of chronic prostatitis. *Pain* 2015;156(8):1537–44.
8. Wang X.J., Xia L.L., Xu T.Y. et al. Changes in erectile organ structure and function in a rat model of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Andrologia* 2016;48(3):243–51.
9. Kong do H., Yun C.J., Park H.J., Park N.C. The efficacy of mirodenafil for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in middle-aged males. *World J Mens Health* 2014;32(3):145–50.
10. Shang X.J., Geng Q., Duan J.M. et al. Efficacy and safety of Longjintonglin Capsule for the treatment of type III prostatitis. *Zhonghua Nan Ke Xue* 2014;20(12):1109–12.
11. Küçük E.V., Suçeken F.Y., Bindayı A. Effectiveness of acupuncture on chronic prostatitis-chronic pelvic pain syndrome category IIIB patients: a prospective, randomized, nonblinded, clinical trial. *Urology* 2015;85(3):636–40.
12. Sahin S., Bicer M., Eren G.A. et al. Acupuncture relieves symptoms in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, sham-controlled trial. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2015;18(3):249–54.
13. Jhang J.F., Kuo H.C. Novel treatment of chronic bladder pain syndrome and other pelvic pain disorders by onabotulinumtoxin injection. *Toxins (Basel)* 2015;7(6):2232–50.
14. Крупин В.Н., Крупин А.В. Симптомы хронического простатита. Связь с воспалением ткани простаты. В сб.: *Материалы XV конгресса Российского общества урологов «Урология в XXI веке»*. М., 2015. С. 104. [Krupin V.N., Krupin A.V. Symptoms of chronic prostatitis. Association with the restoration of the prostate tissue. Materials of the XV congress of the Russian Urologists' Society "Urology in XXI century". Moscow, 2015. P. 104. (In Russ.)].
15. Videčnik Zorman J., Matičič M., Jeverica S., Smrkolj T. Diagnosis and treatment of bacterial prostatitis. *Acta Dermatovenereol Alp Pannonica Adriat* 2015;24(2):25–9.
16. Ризоев Х.Х. Хронический обструктивный простатит. *Андрология и генитальная хирургия* 2012;(3):21–7. [Rizoev Kh.Kh. Chronic obstructive prostatitis. *Andrologiya i genital'naya khirurgiya* = *Andrology and Genital Surgery* 2012;(3):21–7. (In Russ.)].
17. Локшин К.Л. Актуальные вопросы антибиотикотерапии простатитов. *Урология* 2014;(1):55–61. [Lokshin K.L. Actual issues of the antibiotic therapy of prostatitis. *Urologiya* = *Urology* 2014;(1):55–61. (In Russ.)].
18. Коган М.И., Ибишев Х.С., Ферзаули А.Х., Черный А.А. Течение хронического бактериального простатита в связи с микробиомом секрета простаты. В сб.: *Материалы XV конгресса Российского общества урологов «Урология в XXI веке»*. М., 2015. С. 101. [Kogan M.I., Ibishev Kh.S., Ferzauli A.Kh., Chernyy A.A. State of the chronic prostatitis in connection with the microbiome of the prostate secret. Materials of the XV congress of the Russian Urologists' Society "Urology in XXI century". Moscow, 2015. P. 101. (In Russ.)].
19. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Ахледиани Н.Д. Хронический простатит и сексуальные нарушения. *Материалы Пленума правления Российского общества урологов*. М., 2004. С. 169–77. [Alyayev Yu.G., Vinarov A.Z., Akhlediani N.D. Chronic prostatitis and sexual disorders. Materials of the Plenum of board of Russian Urologists' Society. Moscow, 2004. Pp. 169–77. (In Russ.)].
20. Schaeffer E.M. Re: Atypical microorganisms in expressed prostatic secretion from patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: microbiological results from a case-control study. *J Urol* 2015;193(3):863.
21. Калинина С.Н., Кореньков Д.Г., Фесенко В.Н. и др. Патогенетическое лечение хронического абактериального простатита, осложненного сперматологическими нарушениями. *Урология* 2015;(4):64–70. [Kalinina S.N., Koren'kov D.G., Fesenko V.N. et al. Pathogenic treatment of the chronic abacterial prostatitis, complicated with spermatologic injuries. *Urologiya* = *Urology* 2015;(4):64–70. (In Russ.)].
22. Кочуров А.М., Хышиктуев Б.С., Биктогиров Р.Р. Оригинальный подход к местному лечению хронического простатита. В сб.: *Материалы XV конгресса Российского общества урологов «Урология в XXI веке»*. М., 2015. С. 103. [Kochurov A.M., Khyshiktuiev B.S., Biktogirov R.R. The original approach to the topical treatment of chronic prostatitis. Materials of the XV congress of the Russian Urologists' Society "Urology in XXI century". Moscow, 2015. P. 103. (In Russ.)].
23. Cohen J.M., Fagin A.P., Hariton E. et al. Therapeutic intervention for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2012;7(8):e41941.
24. Liu L.F., Wang L., Lu T.F. et al. UPOINT: a novel phenotypic classification system for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Zhonghua Nan Ke Xue* 2012;18(5):441–5.
25. Zhang Z.C., Peng J. UPOINT system: a new diagnostic/therapeutic algorithm for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Zhonghua Nan Ke Xue* 2013;19(7):579–82.
26. Shoskes D.A., Nickel J.C. Classification and treatment of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome using the UPOINT system. *World J Urol* 2013;31(4):755–60.
27. Davis S.N., Binik Y.M., Amsel R., Carrier S. Is a Sexual dysfunction domain important for quality of life in men with urological chronic pelvic pain syndrome? Signs "UPOINT" to yes. *J Urol* 2013;189(1):146–51.
28. Привес Г.М., Лысенков Н.К., Бушкович В.И. *Анатомия человека*. Л., 1974. [Prives G.M., Lysenkov N.K., Bushkovich V.I. *Human Anatomy*. Leningrad, 1974. (In Russ.)].
29. Савинов В.А. Хронический простатит. М.: Асклепейн, 1998. 108 с. [Savinov V.A. *Chronic prostatitis*. Moscow: Asklepyn, 1998. 108 p. (In Russ.)].
30. Тиктинский О.Л., Калинина С.Н. *Заболевания предстательной железы. Руководство*. СПб.: Питер, 2006. 464 с. [Tiktinskiy O.L., Kalinina S.N. *Prostate diseases. Guidelines*. Saint Petersburg: Piter, 2006. 464 p. (In Russ.)].
31. Ишонаков Х.С. Особенности диагностики и лечения острых воспалительных заболеваний прямой кишки при сопутствующем хроническом простатите. Дисс. ... канд. мед. наук. Душанбе, 2003. 123 с. [Ishonakov Kh.S. *Peculiarities of the diagnostics and treatment of acute inflammatory diseases, accompanied with chronic prostatitis*. Thesis ... of candidate medical sciences. Dushanbe, 2003. 123 p. (In Russ.)].
32. Курбанов К.М., Мухаббатов Д.К., Даминова Н.М., Ишонаков Х.С. Классификация постгеморроидэктомических осложнений. *Вестник Авиценны* 2002;(3–4):32–6. [Kurbanov K.M., Muhabbatov D.K., Daminova N.M., Ishonakov Kh.S. Classification of posthemorrhoidectomy complications. *Vestnik Avitsenny* = *Avicenna Herald* 2002; (3–4):32–6. (In Russ.)].
33. Особенности терапии хронической тазовой боли. *Медицинские аспекты здоровья мужчины* 2014;1/1(12):27–33. [Features of the treatment of chronic pelvic pain. *Meditsinskie aspekty zdorov'ya muzhchiny* = *Medical Aspects of Men's Health* 2014;1/1(12):27–33. (In Russ.)].