

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

DOI 10.21802/gmj.2017.4.2

Литвинець С.А., Федорів А.І.

Етіопатогенетичні особливості діагностики, перебігу та лікування хронічного абактеріального простатиту

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Резюме: Проблема хронічного абактеріального простатиту або синдром хронічного тазового болю (СХТБ) залишається дуже актуальною у зв'язку з широким цього захворювання серед чоловіків молодого, репродуктивного віку. Саме хронічний абактеріальний простатит або синдром хронічного тазового болю (СХТБ), що стосується етіології, діагностики та лікування, найбільш дискусійний у літературі та серед практичних лікарів. Багато авторів у сучасній літературі все більше пов'язують етіологію даного захворювання з вірусами. Проте досі чітко не підтверджено вірусну етіологію хронічного абактеріального простатиту.

Ключові слова: *хронічний абактеріальний простатит, синдром хронічного тазового болю, герпесвірус, цитомегаловірус.*

Хронічний простатит залишається на сьогодні доволі розповсюдженим, недостатньо вивченим, таким, що погано піддається лікуванню, захворюванням. Він займає перше місце серед запальних захворювань чоловічої статеві сфери і одне з перших місць серед захворювань у чоловіків у цілому [6, 41]. Хронічний простатит називають «корзиною для клінічно неясних станів». Напевно, тому 1/10 урологічних хворих в Україні виставляється такий діагноз [3, 4, 5, 6]. Згідно з даними різних джерел, поширеність хронічного простатиту складає 4,5 – 9 %, а частота звернень чоловіків за медичною допомогою до уролога в амбулаторній практиці у зв'язку з вказаним захворюванням досягає 35 – 41 % [1, 3, 4]. Поняття «простатичний синдром» або більш новий його синонім «синдром хронічного тазового болю» (СХТБ) – стан, при якому не вдається виявити інфекційний агент, вважається мультифакторною патологією [1]. Спостерігається простатит переважно в чоловіків молодого і середнього віку, тобто найбільш сексуально активних і нерідко ускладнюється порушенням копулятивної та репродуктивної функції [2]. Останнім часом простатит все частіше виявляється в літніх чоловіків, включаючи його поєднання з доброякісною гіперплазією передміхурової залози [29]. Є дані про те, що у хворих на хронічний простатит формується вторинний імунodefіцит [3]. Зараз багато урологів пов'язують збільшення кількості хворих на хронічний простатит не тільки з ростом числа інфекцій, що передаються статевим шляхом, зміною статеві поведінки, урбанізацією населення та іншими соціальними, демографічними і медичними факторами, але і появою більш досконалих методів діагностики [30]. Але діагностика хронічного простатиту становить певні труднощі, так як у більшості випадків навіть значні морфологічні зміни в передміхуровій залозі можуть протікати клінічно безсимптомно. Так В. D. Bennet et al. при патологоанатомічному дослідженні трупів 150 чоловіків, які при житті не висловлювали скарг, що свідчили б про простатит, і померли у віці від 16 до 42 років, виявили запальний інфільтрат в залозистому епітелії передміхурової залози в 110 випадках (73 %) [31]. К. Boston при аналогічному дослідженні трупів 100 трупів чоловіків виявив морфологічні зміни в передміхуровій залозі, характерні для хронічного простатиту, у 80 із них [30, 31].

Вивчення простатиту має багатовікову історію. Herophilus вперше описав передміхурову залозу, як орган близько 350 р. до нашої ери, а Legneau в 1815 році опублікував свої спостереження про запальний процес у передміхуровій

залозі. Вперше простатит в окрему нозологічну одиницю виділив у 1800 році Belfield. На сучасному етапі для встановлення діагнозу хронічний простатит необхідне комплексне обстеження чоловіків [31]. Згідно з запропонованою теорією G. Battalias (2000), простатит є наслідком порушення пасажу сечі – у деяких випадках ситуація посилюється приєднанням мікроорганізмів. При хронічному простатиті, як і при простатодинії, біль зумовлений уретральною гіпертензією. Уретральна чутливість, як і біль або відчуття дискомфорту, є відображенням цієї гіпертензії. Високий максимальний уретральний тиск, спричинений підвищенням адренергічної стимуляції, яка у свою чергу зумовлена місцевими або загальними факторами. Все це призводить до рефлюксу уретрального вмісту в периферійну зону передміхурової залози і до хронічного абактеріального або у випадку приєднання інфекційних факторів, бактеріального простатиту [28]. Останнім часом відмічається глобальне зниження репродуктивної спроможності чоловічої популяції. Відомо, що близько половини безплідних шлюбів зумовлені патологією простати [4]. Тому проблема підвищення ефективності діагностики і лікування хронічного простатиту має не тільки медичне, але й соціальне значення. На сьогоднішній день хронічний простатит займає лідируючу позицію в структурі захворювання передміхурової залози, виступаючи в якості самостійної (59 %) або поєднаної з доброякісною гіперплазією простати (85 % випадків) патологією [5]. На сучасному етапі дослідження цієї проблеми вважають, що лише 5-10% випадків хронічного простатиту мають бактеріальну природу, близько 60-65% - це не бактеріальні простатити і 30-35% - простатодинія [6, 7, 8]. Одна з основних, прийнятих в Європі класифікацій, класифікація K. Nickel виділяє бактеріальні простати (гострий та хронічний), хронічні абактеріальні простати (ХАП), простатодинія або синдром хронічного тазового болю (СХТБ) [9]. Всі недоліки традиційної системи класифікації стали основою до розробки та утвердження ще в грудні 1995 року в дослідницьких цілях Інститутом національно здоров'я США (НИН) системи класифікації хронічних простатитів. Категорії I (гострий бактеріальний простатит) і II (хронічний бактеріальний простатит) відповідають традиційному поділу на гострий та хронічний бактеріальний простатит. Виділення нових категорій: синдром хронічного тазового болю (СХТБ) запального та незапального простатиту (категорія III) і безсимптомного запального простатиту (категорія IV) – було направлено на вирішення проблем і усунення упущень традиційної класифікації. Лікування хворих з хронічним простатитом I та II категорії досить детально описані в більшості підручників присвячених запальним захворюванням чоловічих статевих органів. Значні труднощі становить проблема вибору груп лікарських препаратів для лікування хворих з хронічним абактеріальним простатитом (ХАП), які належать за класифікацією НИН до IIIA та IIIB категорій. Це пояснюється невизначеністю поняття «ХАП», неясністю етіології і патогенезу цього захворювання. Більше це стосується категорії IIIB (ХАП/СХТБ) [10]. Причини СХТБ/ХАБ до кінця не встановлені. Сьогодні СХТБ/ХАБ розглядається як поліетіологічне захворювання, асоційоване як з неінфекційними факторами (запаленням, аутоімунними процесами, гормо-

нальним дисбалансом, гіпертонусом м'язів тазового дна з міальгією і т. д.) так і з не виявленими традиційними методами агентами: *S. Trachomatis*, *M. Hominis*, *U. urealyticum*, *M. genitalium*, *T. vaginalis* [11]. Згідно з даними літератури, розвитку хронічного простатиту обов'язково передують порушення гемодинаміки. У передміхуровій залозі виникають повнокрів'я, стази, що спричиняють розвитку запалення і є причиною загострення хронічного простатиту [32, 33]. За відсутності чітких уявлень щодо етіології та патогенезу синдрому хронічного тазового болю (СХТБ) лікування пацієнтів з цією патологією має емпіричний характер. Багаторазові й найчастіше малоефективні курси лікування, які проходять ці пацієнти, є причиною зниження їх працездатності, що призводить до економічних втрат [12]. Крім того, терапевтичні заходи традиційно спрямовані на усунення або зменшення інтенсивності больових відчуттів, корекцію сечовипускання та психоемоційного стану, і не враховують супутні наявні порушення. Лікування при хронічному простатиті залежить від ступеня вираженості захворювання, його тривалості, приєднання порушень статевих функцій. Проте ефективність лікування низька. Відновити функцію передміхурової залози дуже важко. У пацієнтів з хронічним простатитом молодого віку може розвинути еректильна дисфункція, порушується репродуктивна функція [12]. У працях останніх років засвідчено, що важливе значення в розвитку хронічного простатиту має стан як системних так локальних імунних механізмів. Важливу роль в розвитку запальних реакцій у хворих СХТБ можуть грати цитокіни, які утворюються в результаті порушення імунної відповіді. У хворих цієї категорії в спермальній плазмі виявлені підвищені рівні таких прозапальних цитокінів як IL-1, IL-1b, IL-6, IL-8, TNF-a, що вказує на запальний процес в передміхуровій залозі і сім'яних протоках [25].

На сучасному етапі все частіше етіологію хронічного абактеріального простатиту пов'язують з вірусами. Вперше припущення про наявність в еякуляті чоловіка вірусу простого герпесу та цитомегаловірусу було опубліковане в кінці 70-х років [42]. Неконтрольоване повсюдне зростання захворюваності генітальним герпесом (ГГ) ставить проблему герпесвірусної інфекції (ГІ) в один ряд з найактуальнішими соціально значущими проблемами охорони здоров'я. Герпесвірусні інфекції (ГВІ), зокрема герпетична (ГІ) і цитомегаловірусна (ЦМВІ), мають значне поширення, а захворюваність ними – щорічну тенденцію до росту в багатьох країнах світу [14, 15, 16]. Близько 90% дорослого населення інфіковано і має антитіла до кількох типів герпесвірусів [17, 18, 19]. Реактивація герпесвірусів з латентної форми виникає на фоні стресів, ендокринних порушень, у хворих з первинним та вторинним імунodefіцитом, а також у пацієнтів, які отримують імуносупресивну терапію (після трансплантації органів). Політропізм герпесвірусів обумовлює різноманітність клінічних проявів, які потрапляють у поле зору різних спеціалістів: дерматовенерологів, гінекологів, урологів, невропатологів, офтальмологів, стоматологів [20, 21]. Захворюваність ГГ в країнах Західної Європи перевищує 80 випадків на 100 тис. населення. За даними V.Naliova et al. (1999), у світі налічується 86 млн. чоловік, інфікованих вірусами простого герпесу 2 типу (ВПГ –II), традиційно асоціюється з ГГ, хоча доведено, що генітальний герпес (ГГ) може бути викликаний і ВПГ 1 типу [43]. Герпетична інфекція – одна з найбільш поширених вірусних інфекцій людини: у 90 % дорослих людей у сироватці крові виявляють антитіла до вірусу простого герпесу ВПГ – 1, у 73 % – до ВПГ – 2, який частіше всього викликає розвиток генітального герпесу [23, 43]. За оцінками різних авторів, простатит викликається чи підтримується вірусом простого герпесу

(ВПГ) у 29–30 % випадків. Найчастіше хронічний простатит при герпетичному уретриті проявляється в катаральній формі, при цьому перебіг захворювання відрізняється частим і наполегливо – рецидивуючим характером [3]. Доведений вплив герпесвірусів на статеву систему чоловіка [22, 23]. Присутність маркерів герпесвірусів в органах і тканинах чоловічої статеві системи, а також дані, які свідчать про підвищену частоту виявлення вірусу простого герпесу в еякуляті чоловіків, вказують про можливу роль герпесвірусної інфекції як етіології хронічної інфекції статеві системи чоловіка [22, 23]. Даних про вплив цитомегаловірусної інфекції на статеву і, зокрема, репродуктивну систему чоловіка дуже мало і вони досить суперечливі. Доведений вплив простого герпесу людини 1 та 2 типу, цитомегаловірусу на перебіг вагітності в жінок [24].

Цитомегаловірусна інфекція – одне з найбільш поширених захворювань на планеті. Цитомегаловірусна інфекція – інфекція, що передається статевим шляхом, через слину, материнське молоко, при вагітності, від матері до дитини. Вірус простого герпесу та цитомегаловірус широко розповсюджені в людській популяції, які здатні передаватися статевим шляхом і викликати широкий спектр захворювань: генітальний герпес, вірусно-бактеріальні епідидіміти, чоловіче безпліддя, еректильна дисфункція [26].

На сучасному етапі проблема хронічного абактеріального простатиту надзвичайно актуальна. Існує багато робіт по етіології даного захворювання, ролі імунної системи при цьому захворюванні, ефективності імунomodуляторів при лікуванні хронічного абактеріального простатиту [27].

Таким чином, широка розповсюдженість ГІ і ЦМВІ, можливість пожиттєвої персистенції герпесвірусів в організмі людини, їх активації при імуносупресії, труднощі клінічної і лабораторної діагностики, відсутність ефективних лікувально-профілактичних засобів є причиною для подальшого комплексного вивчення проблеми цих інфекцій у чоловіків, є актуальною для науки і практики. Удосконалення лікувально-діагностичних і реабілітаційних заходів у чоловіків із ГІ і ЦМВІ має важливе медико-соціальне значення.

Не тільки етіологія і патогенез складають проблему хронічного простатиту. Велику проблему складають і підходи до лікування цього захворювання. Як вважає частина авторів, на сьогодні відсутні в достатній ступені обгрунтовані підходи до лікування хронічного простатиту: терапія повинна бути направлена на ліквідацію інфекційного агента, нормалізацію імунного статусу, регресію запальних змін і відновлення функціональної активності передміхурової залози [6, 29]. До основних принципів лікування необхідно віднести наступні: дія на всі ланцюги етіології та патогенезу захворювання; аналіз та врахування активності, категорії та ступеня розповсюдженості процесу, застосування комплексу терапевтичних заходів [34].

Цілком оправданим і патогенетично обгрунтованим є широке використання у хворих на хронічний простатит нестероїдних протизапальних препаратів, при цьому особливо вдалим вважається ректальний шлях їх введення [34, 35]. У вітчизняній літературі підкреслюють ефективність використання ферментних препаратів при хронічному простатиті.

Новим підходом у лікуванні хронічного простатиту є використання α -адреноблокаторів. Для відновлення кровообігу в малому тазу і мікроциркуляції в передміхуровій залозі у хворих ХП, що патогенетично цілком обгрунтовано, застосовують різноманітні лікарські середники, масаж передміхурової залози, гірудотерапію, фізіотерапевтичні процедури та інші методи лікування. Останнім часом в літературі опубліковано багато робіт про застосування комплексному лікуванні хворих на хронічний простатит препаратів,

одержаних з передміхурової залози великої рогатої худоби, очищених від гормонів і білків (раверон, проставерон, простатилен). На думку деяких фахівців, доцільним є застосування в комплексній терапії простатиту десенсibiliзуючих препаратів з метою нейтралізації впливу гістаміну, як медіатора судинних реакцій у вогнищі запалення. Окремі автори призначали з цією метою димедрол у ректальних свічках [29, 36].

Літературні дані останнього десятиліття свідчать про наявність імунodefіцитного стану у хворих хронічним простатитом, при цьому відзначається, що пригнічується як запальний так і місцевий імунітет. Вказується також на необхідність обов'язкового врахування цих факторів при проведенні комплексної терапії захворювання [36, 37, 38]. Лікарські рослини використовують у різноманітних поєднаннях з метою їх різнобічного впливу на організм. Сучасні фітотерапевти досить часто віддають перевагу різноманітним рослинним сумішам [39]. Деякі автори пропонують для лікування хворих на хронічний простатит гомеопатичні середники. З метою підвищення опірності організму до інфекції, ряд авторів рекомендують при лікуванні хворих простатитом призначення вітамінів. Окремі автори повідомляють про ефективність використання цинку у комплексній терапії хворих на хронічний простатит. Масаж передміхурової залози використовується для лікування хронічного простатиту з 19 століття, але до цих пір немає єдиного погляду на місце цього методу лікування серед інших методів, які використовуються для терапії цього широко розповсюдженого захворювання. Вважається, що в більшості випадків хронічного простатиту необхідно приділяти увагу нормалізації психічного статусу хворого, використовувати як лікарські середники, так і раціональну психотерапію [40]. Українські та російські урологи значно ширше, ніж зарубіжні, для лікування хворих на хронічний простатит використовують різноманітні фізіотерапевтичні процедури, але патогенетична доцільність їх застосування недостатньо обґрунтована, а ефективність вимагає подальшого вивчення [36, 41].

Дуже багато представників фармакологічних груп використовуються для лікування синдрому хронічного тазового болю. Їх різноманітність пояснюється відсутністю чіткого уявлення про етіологію і патогенез патології, а також стійкістю до лікування, яке проводиться, та високою частотою рецидивування больового синдрому.

Отже, сучасні погляди на розвиток, етіологію, патогенез, лікування хронічного простатиту є дуже неоднозначними, існує ряд дискусійних позицій, які потребують подальшого глибокого вивчення з використанням новітніх методик. Актуальним на сучасному етапі є доведення вірусної етіології хронічного абактеріального простатиту. Проте на сьогодні не доведено роль вірусів простого герпесу та цитомегаловірусу як етіології хронічного абактеріального простатиту у чоловіків.

Таким чином, хронічний простатит на сьогоднішній день необхідно вважати захворюванням із складним патогенезом та поліморфною клінічною картиною, сутність клінічних проявів якого та можливість їх адекватної корекції буде наповнюватись новим вмістом в міру розширення спектру методів верифікації цієї патології та впровадження нових лікувальних технологій.

Література

1. Медицинские аспекты здоровья мужчины. Сборник клинических рекомендаций 2014 / [Рекомендації Європейської асоціації урологів - 2014]. – Київ, 2014. – 113 с.
2. Neikel I C, Downey L, Dark I, Ceri H, Olson M. Antibiotic pharmacokinetics in the inflamed prostate. *Journal of Urology*. 1995;

153 (2): 527 – 529.

3. Молочков В. А., Ильин И. И. Хронический уретрогенный простатит / В. А. Молочков, И. И. Ильин // М.: Медицина, 1998, - 303 с.
4. Никитин О.Д. Повышение эффективности комплексной терапии хронического неспецифического простатита, осложненного эскреторно-токсическим бесплодием / О. Д. Никитин // *Здоровье мужчины*. - 2016. - №2(57). – С. 44 – 48.
5. Шамраев С.Н. Современные представления о медикаментозной терапии хронического простатита/ С.Н. Шамраев // *Здоров'я України*. - 2015 р. - №1 (2). – С. 34.
6. Возианов А. Ф. Атлас – руководство по урологии / А. Ф. Возианов, А. В. Люлько. – Д – ськ: Днепр - VAL, 2000. -Т.2. - 473-512 с.
7. Neikel J. C., Sorensen R. Transurethral microwave thermotherapy for nonbacterial prostatitis. *J. Urol*. 1996; 6: 155.
8. Neikel J. C., Rational management of non - bacterial prostatitis and prostatodinia. *Current opinion in urology*. 1996; 6: 53 – 58.
9. Nickel J. C. Prostatitis: Myths and realities. *Urology*. 1998; 51: 362 – 366.
10. Горпинченко И. И. Исследование клинической эффективности $\alpha 1$ – адреноблокатора тамсулозина у мужчин при хроническом абактериальном простатите/ синдроме хронической тазовой боли / И. И. Горпинченко, Ю. Н. Гурженко // *Здоровье мужчины*. - 2013. - №2(45). – С. 42 – 43.
11. Radonic A, Kovacevic V, Markotic A et al. The clinical significance of *Ureaplasma urealyticum* in chronic prostatitis. *J. Chemother*. 2009; 21 (4): 465 - 466.
12. Кришталь В. В. Сексология: [учебное пособие] / В. В. Кришталь, С. Р. Григорян. М. - 2013. – 330 – 332 с.
13. Руденко А. В. Фармакотерапія синдрому хронічного тазового болю в експерименті / А. В. Руденко, Р. В. Савчук // *Урологія*. – 2016. - № 2 (77). – С. 79.
14. Крамарев С.О. Цитомегаловірусна інфекція у дітей / С.О. Крамарев, Л.А. Ходак, Т.І. Навет // *Педіатрія, акушерство та гінекологія*. – 1998. – № 4. – С. 47-50.
15. Мавров И.И. Герпесвирусная инфекция: клинические формы, патогенез, лечение : [руководство для врачей] / И.И. Мавров – Х. : Факт. - 1998. – 80 с.
16. Чернышева Л.И. Цитомегаловирусная инфекция / Л.И. Чернышева // *Сучасні інфекції*. – 1999. – № 3. – С. 71-79.
17. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби : [навч. посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл. III - IV рівн. акред. в 3 т.] / Ж.І. Возіанова. – К. : Здоров'я. 2001. – Т. 3. – 2003. – 848 с.
18. Львова Л.В. Болезнь цивилизации / Л.В. Львова // *Провизор*. – 2000. – № 10. – С. 34-37.
19. Маричев И.Л. Носительство маркеров некоторых персистентных инфекций среди населения Украины / И.Л. Маричев // *Инфекційні хвороби*. – 1998. – № 3. – С. 11-13.
20. Маричев И.Л. Герпесвирусная инфекция у беременных / И.Л. Маричев // *Здоровье женщины*. – 2003. – № 3. – С. 106-109.
21. Марченко Л.А. Генитальная герпетическая инфекция в акушерстве и гинекологии / Л.А. Марченко // *Акушерство и гинекология*. – 1999. – № 1. – С. 18-25.
22. Наумено В. А. Виявлення вірусу простого герпесу і цитомегаловірусу в мужських половых клетках при експериментальній інфекції IN VITRO і в еякуляте чоловіків з порушеннями фертильності: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 03.00.06 «Вирусология» / В. А. Наумено – Москва, 2009. – 3 с.
23. Тюленев Ю. А. Влияние вируса простого герпесу і цитомегаловірусу на мужские половые клетки и сперматогенез при експериментальній інфекції In vitro і in vivo: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 03.01.03 «Молекулярная биология» / Ю. А. Тюленев – Москва, 2012. – 3 – 4 с.
24. Матейко Г. Б. Герпетична і цитомегаловірусна інфекції у вагітних: особливості перебігу, діагностики, лікування: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня доктора мед. наук: спец. 14.01.03. «Інфекційні хвороби» / Г. Б. Матейко – Київ, 2008 р.
25. Гусев Е.Ю. Хроническое системное воспаление как типовой патологический процесс / Е.Ю. Гусев и др. // *Цитокины и воспаление*. 2008. - Т.7, № 4.1. – С. 3-10.
26. Mocarski, E. S. Immunomodulation by cytomegaloviruses: manipulative strategies beyond evasion. *Trends Microbiol*. 2002; 10: 332-339.

27. Дюдюн А. Д. Дерматология. Косметология. Сексопатология / А. Д. Дюдюн, В. П. Федотов. – 1-2 (13). 2009. – С. 125 – 130.
28. Литвинець Є. А. Нові можливості у лікуванні хворих на хронічний абактеріальний простатит / Є. А. Литвинець, В. Є. Литвинець, В. І. Тріщ // Здоров'я чоловіка. - 2014. - № 2. - С. 59-61.
29. Дзюрак В. С. Хронічний простатит / В. С. Дзюрак, В. І. Сапсай, А. В. Сапсай, А. І. Бойко// – К.: «Ходак» 2003. – 124 с.
30. Винник Ю. Ю. Современное состояние вопроса о диагностике хронического простатита / Ю. Ю. Винник // Андрология и генитальная хирургия. – 2004. - № 1 – 2. – С. 8 – 15.
31. Кузнецкий Ю. Я. Критический взгляд на проблему диагностики хронического простатита // Андрология и генитальная хирургия. – 2005. - № 2. – С. 6 – 11.
32. Литвинець Є. А. Ехінацея: фармакологічні та лікувальні властивості // галицький лікарський вісник. – 2000. - № 4. – С. 150 -151.
33. Hong S. J. And ol. Transrectal color Doppler imaging is effective for the posttreatment monitoring of prostatic inflammation. J. Urol. 1996; 155: 480-488.
34. Щеплев П. А. Простатит / П. А. Щеплев. М. “Медпрактика”. – 2005. – 224 с.
35. Person B. E. Evidence for a mechanistic association between nonbacterial prostatitis and levels of urate and creatinine in expressed prostatic secretion. J. Urol. 1996: 155 – 158.
36. Арнольди Э. К. Хронический простатит / Э. К. Арнольди. – Ростов-на-Дону: Феникс. - 1999. – 320 с.
37. Гомелла Л. Г. Простатит и другие заболевания предстательной железы / Л. Г. Гомелла, Д. Д. Фрайд. Пер. с. англ. Яковлева. – М.: Кронпресс, 1998. – 224 с.
38. Doble A. Diagnosis, etiology and pathogenesis of Abacterial prostatitis. Springer-Verlag-Berlin. 1994: 229 -244.
39. Мамчур Ф. І. Фітотерапія в урології. – К.: Здоров'я. – 1991. - 144 с.
40. Пивоваров П. И. Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний простаты. / П. И. Пивоваров Х. Кубильос, А. М Пушкарь. – Винница: Тезис. - 1999. – 187 с.
41. Лопаткин Н. А. Руководство по урологии: [руководство для врачей] / Н. А. Лопаткин. – Т. 2. – М.: Медицина. – 1998. – 303 с.
42. Lang. D J. Kummer J F. Demonstration of cytomegalovirus in

semen. N. Engl. J. Med. 1972; 287: 756 – 758.

43. Борисенко К. К. Генитальный герпес. Неизвестная эпидемия герпес. / Борисенко К. К. – Смоленск: - 1997. – С. 32 -57.

Резюме: Проблема хронического абактериальной простатита или синдром хронической тазовой боли (СХТБ) остается очень актуальной из за широкого распространения этого заболевания среди мужчин молодого, репродуктивного возраста. Именно хронический абактериальный простатит или синдром хронической тазовой боли (СХТБ) относительно этиологии, диагностики и лечения, наиболее дискуссионна проблема в литературе и среди практических врачей. Многие авторы в современной литературе все больше связывают этиологию данного заболевания с вирусами. Однако до сих пор достоверно не подтверждено вирусную этиологию хронического абактериальной простатита.

Ключевые слова: хронический абактериальный простатит, синдром хронической тазовой боли, герпесвирус, цитомегаловирус.

Ye.A. Lytvynets, A.I. Fedoriv

Etiopathogenetic Peculiarities of Diagnosis, Clinical Course and Treatment of Chronic Abacterial Prostatitis

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Abstract. Chronic abacterial prostatitis or chronic pelvic pain syndrome remains an urgent problem due to its high prevalence among young men of reproductive age. Chronic abacterial prostatitis or chronic pelvic pain syndrome, especially its etiology, diagnosis and treatment, is the most discussible issue in the literature and among healthcare professionals. Many modern authors increasingly associate the etiology of this disease with viruses. However, viral etiology of chronic abacterial prostatitis has not been clearly confirmed yet.

Keywords: chronic abacterial prostatitis; chronic pelvic pain syndrome; herpes virus; cytomegalovirus.

Надійшла: 29 жовтня 2017

Звершено рецензування: 28 листопада 2017

Прийнято: 20 грудня 2017