

Хронические воспалительные заболевания прямой кишки и предстательной железы (обзор литературы)

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

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

Контакты: Зиёратшо Абдуллоевич Кадыров zieratsho@yandex.ru

Статья посвящена анализу отечественной и зарубежной литературы о хронических воспалительных заболеваниях прямой кишки и хроническом простатите. Общеизвестные анатомические и сосудистые взаимосвязи предстательной железы и прямой кишки указывают на корреляцию развития хронического простатита и заболеваний прямой кишки.

Ключевые слова: хронический простатит, заболевания прямой кишки, предстательная железа, синдром хронической тазовой боли

DOI: 10.17650/2070-9781-2016-17-1-12-19

Chronic inflammatory diseases of the rectum and prostate: a review of literature

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

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 paper analyzes the Russian and foreign literature on chronic inflammatory diseases of the rectum and chronic prostatitis. The universally known anatomic and vascular relationships of the prostate and rectum indicate that there is a correlation of the development of chronic prostatitis and rectal diseases.

Key words: chronic prostatitis, rectal diseases, prostate, chronic pelvic pain syndrome

Хроническим заболеваниям прямой кишки и предстательной железы, самым распространенным заболеваниями у мужчин, посвящено огромное количество научных работ. Последние десятилетия все воспалительные заболевания органов малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства объединены термином «хроническая тазовая боль» (ХТБ). ХТБ является мультидисциплинарной проблемой, и в рамках этого диагноза осуществляют дифференцированный подход к диагностике и лечению этих болезней [1–3].

ХТБ локализуется в области таза, не обусловлена злокачественными новообразованиями, беспокоит пациента на протяжении более 6 мес, нарушая привычную жизнедеятельность [1].

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные проблеме ХТБ, интенсивность научных работ в этом направлении возрастает [4–5]. Главными причинами являются отсутствие какого-либо конкретного заболевания у отдельно обследованных пациентов или, наоборот, наличие нескольких различных болезней, включая психосоциальные, а также малая эффективность проводимой терапии [6–9].

С учетом существования множества симптомов синдрома ХТБ (СХТБ), обусловленных заболеваниями органов малого таза, для их оценки в практике стали широко использовать систему UPOINT (Urinary – мочевой, Psychosocial – психологический, Organ specific – органоспецифический, Infection – инфекция, Neurologic/systemic – неврологический/системный, Tenderness of skeletal muscle – состояние скелетной мускулатуры), которая позволяет индивидуально подходить к диагностике и специфическому лечению этих больных [10–14].

В. Riegel и соавт., изучив влияние психосоциальных факторов на хронический простатит (ХП) и СХТБ, установили, что они являются распространенными хроническими болевыми синдромами, существенно ухудшающими состояние здоровья. В систематическом обзоре, проведенном в соответствии с формой отчетности PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – наиболее предпочтительные параметры отчетности для систематических обзоров и метаанализов), были изучены различные базы данных (MEDLINE, EMBASE, PsychINFO). Авторы включили 69 оригинальных научных статей, в которых



рассмотрены психосоциальные переменные, и работы, освещающие различные психосоциальные факторы (боль, стресс, личностные факторы, социальные аспекты), сопутствующие патологические психические расстройства (депрессия, тревога и травмы, связанные с нарушениями, расстройство соматизации, токсикомания) и качество жизни. Доказано, что важную роль в понимании ХП/СХТБ играют не только психологические, но и психосоциальные факторы, а также сопутствующие психиатрические заболевания, которые в настоящее время включены в систему UPOUNT. Необходимо проводить как можно больше исследований, чтобы понять взаимодействие психосоциальных факторов с ХП/СХТБ. Кроме того, эти факторы должны быть включены в подходы к лечению [8].

Наиболее частой жалобой у мужчин в амбулаторной практике остается боль различной интенсивности в малом тазу, причиной которой чаще всего является ХП или воспалительные заболевания прямой кишки, составляющие, по данным литературы, до 40 % [13, 15]. По данным отечественных авторов, ХП становится причиной боли у 8–35 % мужчин в возрасте 20–40 лет [16, 17]. Клиническая картина при этой патологии нередко завуалирована хроническими заболеваниями прямой кишки.

В 2003 г. Х.С. Ишонаков описал связь заболеваний прямой кишки и предстательной железы, обследовав больных с острыми воспалительными заболеваниями прямой кишки (ОВЗПК) и оценив у них состояние предстательной железы. Проанализировав клинический материал и специальные исследования, проведенные у 238 пациентов с ОВЗПК, автор выявил острый тромбоз геморроидальных узлов (ОТГУ) у 135 больных, острый парапроктит – у 103. При этом сопутствующие проктологические заболевания были зафиксированы у 68 (50,4 %) из 135 пациентов с ОТГУ в виде трещин заднего прохода, полипов и свищей прямой кишки, криптита и у 54 (52,4 %) из 103 больных острым парапроктитом в виде геморроя, трещин заднего прохода, криптита и папиллита. Автор разделил пациентов с ОВЗПК на 2 группы: основную составили больные ОТГУ ($n = 97$) и острым парапроктитом ($n = 71$), у которых при поступлении были проанализированы клинические проявления поражения предстательной железы и ее морфофункциональное состояние, в контрольную группу вошли пациенты с ОТГУ ($n = 38$) и острым парапроктитом ($n = 32$) без проведенного обследования предстательной железы. На основании комплексного анализа в основной группе ХП выявлен у 85 (87,7 %) из 97 больных ОТГУ и у 57 (80,3 %) из 71 больного острым парапроктитом. Конгестивный простатит чаще диагностировали у пациентов с ОТГУ (45,9 %), чем с острым парапроктитом (26,3 %), в то же время инфекционную форму простатита чаще встречали при остром парапроктите (73,7 %

против 54,1 %). Инфекционный простатит в основном был бактериального происхождения (у 39 из 46 больных ОТГУ и у 32 из 42 пациентов с острым парапроктитом). Если ОТГУ и острый парапроктит обычно встречаются в возрасте 30–50 лет, то ХП при ОТГУ начинается и завершается на 10 лет раньше (20–40 лет), а при остром парапроктите охватывает 30-летний период (20–50 лет). Диагноз ХП установлен до поступления у 41,2 % больных ОТГУ и у 59,6 % пациентов с острым парапроктитом. При поступлении простатит был выявлен у 58,8 % пациентов с ОТГУ и у 40,4 % больных острым парапроктитом [18].

Таким образом, автор пришел к выводу, что при ОВЗПК в подавляющем большинстве случаев наблюдаются сопутствующий ХП. При ОТГУ чаще диагностируют конгестивный простатит, а при остром парапроктите – инфекционный. Обычно ОТГУ и сопутствующий простатит сопровождаются повышением коагуляционных свойств крови. ХП усугубляет плохую клиническую картину ОВЗПК, проявляясь различными симптомами (болевым, дизурическим, психоневрологическим синдромом, сексуальные нарушения), характерными для простатита. При использовании комплекса методов исследования ХП выявляют множество клинических проявлений, морфологических изменений функционального состояния предстательной железы у данной категории больных, которые требуют определенного лечения [18].

В связи с этим авторы предлагают использовать широкий подход к ведению пациентов с данной патологией, обязательно привлекая не только урологов и проктологов, но и врачей смежных специальностей.

Многие авторы указывают на частое рецидивирование заболеваний прямой кишки и развитие большого количества послеоперационных осложнений, что заставляет искать новые современные методы лечения этих заболеваний [6, 7, 15, 18, 19].

Среди хронических заболеваний прямой кишки, точнее ее терминального отдела, чаще встречаются хронический геморрой, хронические анальные трещины и хронические парапроктиты (свищи).

Геморрой наиболее распространен в проктологии, удельный вес его составляет 34–41 %, частота встречаемости среди взрослого населения ≥ 10 %, причем мужчины и женщины болеют одинаково часто [18, 20].

Сочетание других заболеваний прямой кишки с геморроем указывает на общность анатомо-функциональных взаимоотношений. Так, сопутствующие заболевания анального канала, прямой и ободочной кишки выявлены у 33 % больных [21].

Анальная трещина составляет 11–15 % среди заболеваний прямой кишки и занимает 2–3-е место [18, 22, 23]. С.В. Маль и соавт. зафиксировали частоту встречаемости анальной трещины в сочетании с геморроем и другими воспалительными заболеваниями

желудочно-кишечного тракта в 70 % случаев [24]. По данным различных авторов, заднюю анальную трещину наблюдают у 81,4–92,0 % больных, переднюю — у 5,1–14,3 %, сочетание передней и задней — у 2,0–6,1 %, боковую — у 0,4–3,0 % [22].

Причины возникновения анальной трещины разнообразные, среди них выделяют механическое повреждение слизистой оболочки анального канала, сосудистые нарушения, изменения перианального эпителия (паракератоз), нейромышечные изменения анального сфинктера, инфекционный фактор [23]. На сегодняшний день считают, что анальная трещина представляет собой полиэтиологичное заболевание, в патогенезе которого ведущую роль играет болевой синдром, приводящий к спазму внутреннего сфинктера и, как следствие, к нарушению процесса заживления тканей [1, 3, 25].

Другим воспалительным заболеванием прямой кишки является хронический парапроктит, или свищи прямой кишки, удельный вес которого в структуре колопроктологических заболеваний составляет 15–40 % [26–29].

Многие авторы едины во мнении, согласно которому свищи прямой кишки — следствие острого парапроктита, который, в свою очередь, считается криптогландулярным абсцессом, связанным с самого начала с просветом прямой кишки и с последующим распространением гноя в параректальное и перианальное пространство [30, 31].

Стандартное клиническое и инструментальное обследование (ректороманоскопия, проба с витальным красителем, зондирование свищевого хода, сфинктерометрия, трансректальное ультразвуковое исследование тканей параректальной зоны и фистулография) по возможности проводят всем больным [28, 32].

ХП остается самым распространенным заболеванием органов малого таза у мужчин. От симптомов, характерных для ХП, страдают 15–50 % мужчин в разные периоды жизни [33]. По другим данным, распространенность ХП достигает 30–73 % среди всей урологической патологии [16, 34].

Чаще всего это заболевание возникает у мужчин преимущественно молодого и среднего возраста, в результате оно нередко осложняется нарушением копулятивной и генеративной функций [16, 35–37]. По мнению многих авторов, у 95 % имеет место абактериальный ХП и только у 5 % — бактериальный [36, 38, 39].

Следует отметить, что в последние годы в мировой литературе часто появляются публикации о нарушениях, ассоциированных с ХП/СХТБ, что можно объяснить взаимосвязью ХТБ с ХП, доказанной в клинических и экспериментальных работах [40, 41]. В связи с этим имеется много данных о лечении ХП как самостоятельного заболевания, вызывающего ХТБ.

До сих пор интерес к ХП как к самостоятельному заболеванию не ослабевает [42, 43], о чем свидетельст-

вуют многочисленные публикации, множество фундаментальных работ о связи ХП с инфекционным фактором [37, 44–47], что еще раз подтверждает распространенность данного заболевания. Следует отметить, что за последние годы возросло число публикаций относительно лечения ХП, в частности простатином [36] и местной терапией [42].

V. Magri и соавт. (2013, 2015) проанализировали степень влияния инфекции по системе UPOINT, которая может модифицировать структуру оценки симптомов ХП/СХТБ. Алгоритм UPOINT включал 6 основных фенотипических сфер ХП/СХТБ: мочевую, психосоциальную, органоспецифическую, инфекционную, неврологическую/системную и состояние скелетной мускулатуры. При этом у 935 пациентов учитывали наличие или отсутствие инфекции предстательной железы. Более выраженные симптомы выявлены при наличии у пациентов инфекции предстательной железы (общий балл по шкале симптомов ХП Национального института здоровья США (National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index, NIH-CPSI) — 24 балла против 20 баллов у больных без инфекции предстательной железы; $p < 0,001$). Деление пациентов на 6 наиболее известных фенотипических кластеров UPOINT свидетельствовало о том, что кластер «сексуальная дисфункция, связанная с инфекцией предстательной железы» с учетом большого числа пациентов с признаками инфекций (80 %) набрал наибольшее количество баллов NIH-CPSI среди всех кластеров. Результаты подтвердили, что присутствие инфекции в предстательной железе может существенно влиять на клиническую картину ХП/СХТБ. Инфекционный домен может быть фактором, определяющим тяжесть ХП/СХТБ в кластерах пациентов, фенотипированных по системе UPOINT [48, 49].

На взаимосвязь простатита с заболеваниями прямой кишки указывают ряд авторов. В первую очередь среди предрасполагающих факторов называют расширение геморроидальных вен (геморрой) и их флебит, хронические колиты, проктиты, трещины и свищи заднего прохода и др. [50, 51]. В.Н. Ткачук и соавт. (1989) выявили наличие геморроя у 17,7 % больных ХП, трещины заднего прохода — у 18 % [17]. При пальцевом исследовании прямой кишки они обнаружили, что у 5,8 % обследованных пациентов с простатитом был внутренний геморрой, причем у большинства с признаками хронического воспаления геморроидальных узлов. На трудности диагностики ХП при аноректальном варикозном симптомокомплексе, трещине заднего прохода указывают В.А. Молочков и И.И. Ильин [52]. С.С. Бабатаев и Д.Р. Абдурахимов (2002) выявили аноректальные заболевания у 69,7 % больных ХП IIIA типа и 30,3 % — IIIB типа, причем более чем в 60 % случаев это были пациенты с наружным или внутренним геморроем [53]. К.М. Курбанов и соавт. одной

из причин неэффективности геморроидэктомии считают не выявленные до операции воспалительные заболевания предстательной железы и прямой кишки, которые протекают под клинической картиной геморроя [54].

По мнению некоторых авторов, взаимосвязь между воспалительными заболеваниями предстательной железы, особенно застойным простатитом, и прямой кишки обусловлена анатомическими особенностями венозных анастомозов и их изменениями [55]. Вены предстательной железы впадают в мочепузырное и предстательное венозные сплетения. Последние широко анастомозируют с геморроидальным и крестцовым сплетениями [55], которые способны накапливать значительный объем венозной крови. Вены таза, бедра и предстательной железы имеют обильные анастомозы с большим просветом, поэтому венозный стаз распространяется на предстательную железу. Эти сведения говорят о том, что при воспалительных заболеваниях прямой кишки и предстательной железы имеется большая вероятность попадания инфекции из одного органа в другой. О.Л. Тиктинский (2006), В.А. Молочков и И.Н. Ильин (1998) среди патогенетических факторов, способствующих развитию инфекционных простатитов, ведущее место отводят проникновению инфекции в предстательную железу лимфогенным путем из соседних органов при таких заболеваниях, как тромбоз геморроидальных узлов, проктиты, свищи прямой кишки, нагноившиеся геморроидальные узлы [50, 52].

Е. Diaz-Mohedo и соавт. провели углубленное исследование для определения распространенности симптомов ХТБ в Малаге и ее провинции, а также выявления факторов риска [56]. Были обследованы пациенты в возрасте 18–65 лет, которых распределили по половому признаку, возрасту и округам. Для дифференцирования пациентов с ХТБ и без него все участники заполнили анкету. Распространенность симптомов ХТБ составила 22,8 % в общей популяции (частота встречаемости 1,974 для женщин по сравнению с мужчинами; 95 % доверительный интервал (ДИ) 1,53–2,55; $p < 0,001$). После коррекции по половому признаку и возрасту физически активные пациенты имели более низкий балл при оценке симптомов по сравнению с неактивными (средняя разница $0,65 \pm 0,27$). Они получили более высокие баллы при подъеме и/или перемещении тяжестей в повседневной жизни ($1,34 \pm 0,33$), потреблении слабительных и/или диете с высоким содержанием клетчатки ($2,09 \pm 0,48$), развитии в прошлом от урогенитальных инфекционных заболеваний цистита и простатита ($1,77 \pm 0,55$), геморроя/анальной трещины ($1,31 \pm 0,40$) или травмы таза ($1,21 \pm 0,61$). Лица, которые проводили много времени в положении стоя, имели более высокие баллы (коэффициент регрессии с поправкой на пол и возраст – 0,078 точки в час; $T = 0,04$; $p < 0,068$).

Авторы пришли к выводу о том, что в Малаге высокая распространенность СХТБ (22,8 %), что связано со многими факторами риска, включая хронические заболевания прямой кишки.

Возбудителями инфекционного простатита в 80–90 % случаев являются грамотрицательные микробы, в частности *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Proteus* spp. и *Pseudomonas* spp. Реже встречаются стрептококки, стафилококки, а также гонококки, хламидии, трихомонады, микобактерии, микоплазмы, вирусы и др. [45, 57, 58].

Ж. Nickel считает, что чаще всего этиология, патогенез и патофизиология ХП неизвестны. Существование бактериального и абактериального простатитов доказано. Некоторые урологи рассматривают абактериальный простатит как начальную стадию развития болезни, тогда как большинство других считают его самостоятельным заболеванием [15]. Один из механизмов попадания микроорганизмов в предстательную железу – недостаточное раскрытие шейки мочевого пузыря при некоторых патологических состояниях при мочеиспускании, которое приводит к возникновению турбулентного тока мочи в этом отделе уретры, рефлюксу мочи в выводные протоки предстательной железы и развитию асептического (химического) воспаления [59].

Хроническое воспаление предстательной железы проявляется разнообразием патоморфологических изменений, когда наряду с малоизмененными участками образуются зоны с выраженным склерозом, очаговой гиперплазией паренхимы, ее атрофией, кистозным перерождением и участками гнойного воспаления [50].

Среди многочисленных классификаций простатитов [50] общепринятой является предложенная Национальным институтом здоровья США (1995) (см. таблицу), о чем писали многие отечественные и зарубежные авторы [37, 38].

Классификация простатитов, предложенная Национальным институтом здоровья США

Тип	Простатит
I	Острый бактериальный
II	Бактериальный ХП
III	ХП/СХТБ
IIIA	Воспалительный
IIIB	Невоспалительный
IV	Асимптоматический воспалительный

В клинической картине ХП зафиксировано множество симптомов. О.Л. Тиктинский и С.Н. Калинина (2010) различают 3 группы симптомов ХП: болевые,

дизурические и сексуальные. В.Н. Ткачук и соавт. считают целесообразным у больных ХП выделение следующих симптомов: болевой, расстройства мочеиспускания и половой функции, нарушение функции почек и верхних половых путей, изменение количества и качества эякулята, нейровегетативные и психические нарушения [17]. В отдельную группу отнесены симптомы склероза предстательной железы. Все симптомы могут встречаться по отдельности или в сочетании, что позволяет говорить о том или ином варианте клинического течения ХП [50]. Дизурия, нарушение функции почек и верхних мочевых путей, расстройства половой функции, патоспермия, свойственная больным ХП, доказаны многочисленными работами [59].

W. Fu и соавт. провели систематический обзор литературы и метаанализ, чтобы оценить связь между ХП/СХТБ и основными параметрами спермы у взрослых мужчин [60]. Исследования данных литературы выполнили с помощью PubMed, Embase и Cochrane Library. Метаанализ провели с использованием программы Review Manager и программного обеспечения Stata. Стандартные средние значения (ССЗ) параметров спермы были определены с 95 % ДИ в модели случайных эффектов. Проанализированы 12 исследований, включая 999 случаев ХП/СХТБ и 455 контрольных. Результаты показали, что концентрации прогрессивно подвижных и морфологически нормальных сперматозоидов у пациентов с ХП/СХТБ значительно ниже, чем в контрольной группе. Тем не менее объем спермы в группе ХП/СХТБ был больше, чем в контрольной (ССЗ 0,50; 95 % ДИ 0,11–0,89). По результатам исследования было доказано негативное влияние ХП/СХТБ на концентрации спермы, прогрессивно подвижных сперматозоидов и нормальную морфологию сперматозоидов.

Диагностика ХП выполняется с помощью пальцевого ректального исследования, которое также позволяет выявить заболевания, способствующие развитию простатита или имитирующие его симптомы, такие как геморроидальные узлы, трещины заднего прохода, воспалительные инфильтраты, парапроктит и др. [50].

J.S. Koh и соавт. (2014) провели исследование, чтобы изучить влияние депрессии и соматизации на тяжесть заболевания и качество жизни у пациентов с ХП/СХТБ [61]. Для этого были введены 3 анкеты: анкета здоровья пациента 9 (АЗП-9) для депрессии, анкета здоровья пациента 15 (АЗП-15) для соматизации и анкета качества жизни 5-го измерения (КЖ-5И). Были включены 80 больных. Общая оценка оказалась значительно выше у пациентов с депрессией (25,3 %; $p = 0,01$) или соматизацией (23,2 %; $p = 0,03$), чем у пациентов без этих симптомов. Предварительные результаты показали, что депрессия и соматизация могут иметь негативное влияние на тяжесть симптомов и качество жизни у пациентов с ХП/СХТБ.

Помимо стандартных лабораторных методов (общий анализ мочи, трехстаканная проба, микроскопия секрета предстательной железы) выполняют бактериологическое исследование секрета предстательной железы, эякулята по показаниям [50, 59]. Кроме того, определенное значение придают биохимическим анализам эякулята и секрета предстательной железы, которые выявляют состояние функций предстательной железы. Среди них наиболее изученными являются определение содержания лимонной кислоты, кислой фосфатазы предстательной железы, простатического специфического антигена, цинка и микроэлементов секрета предстательной железы, фруктозы.

Ультразвуковое исследование предстательной железы, особенно трансректальным способом, позволяет не только определять размеры, симметричность, эхоструктуры, но и выявлять структурные изменения вследствие рубцово-дистрофических изменений в предстательной железе, которые выглядят как эхопозитивные образования. Ряд авторов отмечают наличие микрополостей в предстательной железе при ее воспалении [50, 59].

Для определения уродинамических нарушений, оценки состояния мочеиспускания при простатите предложено проведение цистометрии, цистосфинктерометрии, урофлоуметрии [50].

Лечение ХП должно быть комплексным с учетом этиологии и патогенеза, направленным на восстановление морфологических и функциональных параметров предстательной железы [2, 7, 16, 36, 59].

Этиотропное лечение заключается в выборе антибактериальных или противовирусных препаратов, должно быть нацелено на патогенные микробы и другие возбудители (вирус герпеса, уреаплазма, хламидии, гарднереллы и т. д.). При этом обязательным является назначение антибиотиков с учетом посева секрета предстательной железы на флору и чувствительности к антибиотикам [3].

В целях улучшения микроциркуляции в предстательной железе назначают антикоагулянтные и ферментные препараты, такие как лидаза, лонгидаза, трипсин, химопсин, калликреин, фибринолизин, террилитин, гепарин, ангиотрофин, компламин, трентал, венорутин, эскузан [50], а также спазмолитики, препараты из предстательной железы, в частности простатил, витапрост, сампрост и др.

Широкое применение получили физиотерапевтические методы лечения ХП, среди них ректальное использование ультразвука, ультрафонофорез, антибиотики, синусоидальные модулированные и интерференционные токи, диадинамические токи, прямая электростимуляция предстательной железы эндоуретрально, магнитотерапия низкочастотным постоянным или переменным магнитным полем, радиоволны (гипертермия), лазерное излучение, грязелечение, гальванотерапия, парафинотерапия, озокеритотерапия и другие тепловые процедуры [36, 50].

Анализ отечественной и зарубежной литературы показал, что хронические воспалительные заболевания прямой кишки и ХП являются широко распространенными с хорошо известными методами диагностики и лечения. ХП как полиэтиологическое заболевание остается сложной проблемой для урологов. Известно, что в его основе кроме инфекционного фактора лежат нарушения гемодинамики в предстательной железе. Общеизвестные анатомические и сосудистые взаимосвязи предстательной железы и прямой кишки указывают на корреляцию развития ХП и заболеваний прямой кишки. В литературе мало работ о связи хронических воспалительных заболеваний прямой кишки и ХП, преимущественно они датиру-

ются несколькими десятилетиями назад, базируются на данных клинической картины заболевания, пальпаторного исследования прямой кишки и предстательной железы, устаревших лабораторных методов исследования, что не соответствует современным требованиям. Поэтому дальнейшее изучение клинических проявлений, особенностей диагностики и комплексного лечения сочетанных хронических воспалительных и невоспалительных заболеваний прямой кишки и предстательной железы, особенно рецидивирующих, с учетом современных лабораторных и инструментальных методов, а также использования современных классификаций и опросников, является актуальной задачей проктологии и урологии.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Белова А.Н., Крупина В.Н. Хроническая тазовая боль. Руководство для врачей. М.: Антидор, 2007. С. 15–6. [Belova A.N., Krupina V.N. Chronic pelvic pain. Guideline for physicians. Moscow: Antidor, 2007. Pp. 15–6. (In Russ.).]
2. 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.
3. Benjamin-Pratt A.R., Howard F.M. Management of chronic pelvic pain. *Minerva Ginecol* 2010;62(5):447–65.
4. Pierce A.N., Christianson J.A. Stress and chronic pelvic pain. *Prog Mol Biol Transl Sci* 2015;131:509–35.
5. Reichard C.A., Makovey I., Shoskes D.A. Phenotype, symptom severity and treatment in a “cured” cohort of chronic pelvic pain syndrome patients. *Can J Urol* 2015;22(1):7623–6.
6. Butrick C.W., Sanford D., Hou Q., Mahnken J.D. Chronic pelvic pain syndromes: clinical, urodynamic, and urothelial observations. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20(9): 1047–53.
7. Persu C., Cauni V., Gutue S. et al. From interstitial cystitis to chronic pelvic pain. *J Med Life* 2010;3(2):167–74.
8. Riegel B., Bruenahl C.A., Ahyai S. et al. Assessing psychological factors, social aspects and psychiatric co-morbidity associated with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome (CP/CPPS) in men – a systematic review. *J Psychosom Res* 2014;77(5):333–50.
9. Pontari M., Giusto L. New developments in the diagnosis and treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Curr Opin Urol* 2013;23(6):565–9.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. Nickel J.C., Stephens A., Landis J.R. Search for Microorganisms in Men with Urologic Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Culture-Independent Analysis in the MAPP Research Network. *J Urol* 2015;194(1):127–35.
16. Лоран О.Е., Лукьянов И.В., Марков А.В. Актуальные проблемы хронического простатита. Качество жизни. Медицина 2005;2(9):18–22. [Loran O.E., Luk'yanov I.V., Markov A.V. Actual problems of chronic prostatitis. Life quality. *Meditsina* = *Medicine* 2005;2(9):18–22. (In Russ.).]
17. Ткачук В.Н. Хронический простатит. М.: Медицина для всех, 2006. 112 с. [Tkachuk V.N. Chronic prostatitis. Moscow: Meditsina dlya vseh, 2006. 112 p. (In Russ.).]
18. Ишонаков Х.С. Особенности диагностики и лечения острых воспалительных заболеваний прямой кишки при сопутствующем хроническом простатите. Дис. ... 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 of medical sciences. Dushanbe, 2003. 123 p. (In Russ.).]
19. Загрядский Е.А. Операции HAL-RAR в лечении больных геморроидальной болезнью. В сб.: Материалы XII Съезда хирургов России. Ростов-на-Дону, 7–9 октября 2015 г. С. 20. [Zagryadsky E.A. HAL-RAR operations in the treatment of patients with hemorrhoidal diseases. In: Materials of the XII Congress of Surgeons of Russia. Rostov-on-Don, 7–9 October 2015. P. 20. (In Russ.).]
20. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. Руководство для практикующих врачей. М., 2010. [Vorob'ev G.I., Shelygin Yu.A., Blagodarnyy L.A. Hemorrhoid. Manual for practicing physicians. Moscow, 2010. (In Russ.).]
21. Султанов Г.А., Гумматов А.Ф., Алиев Э.А., Аббасов А.Г. Иссечение анальной фистулы с закрытием внутреннего отверстия: функциональные и манометрические результаты. Актуальные вопросы колопроктологии. Уфа, 2007. С. 106. [Sultanov G.A., Gummatov A.F., Aliev E.A., Abbasov A.G. Ablation of the anal fistula with closure of the internal aperture: functional and manometric results. Actual issues of coloproctology. Ufa, 2007. P. 106. (In Russ.).]



22. Прошилин В.С. Комплексное лечение анальных трещин. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Волгоград, 2010. 43 с. [Groshilin V.S. Comprehensive treatment of anal fissures. Author's abstract of thesis ... of doctor of medical sciences. Volgograd, 2010. 43 p. (In Russ.)].
23. Соловьев Д.П. Эффективность местного использования нифедипина для консервативного лечения анальной трещины. В сб.: Материалы XII Съезда хирургов России, Ростов-на-Дону, 7–9 октября 2015 г. С. 306. [Solov'ev D.P. Efficiency of the local application of nifedipine for the conservative treatment of the anal fissure. In: Materials of the XII Congress of Surgeons of Russia. Rostov-on-Don, 7–9 October 2015. P. 306. (In Russ.)].
24. Маль С.В., Безкровный С.Н., Байгушева М.В. Анальная трещина как проявление синдрома портальной гипертензии. Актуальные вопросы хирургии. Сборник научно-практических работ 2010;(8):142–4. [Mal' S.V., Bezкровnyy S.N., Baygusheva M.V. Anal fissure as a feature of the portal hypertension syndrome. Actual problems of surgery. Sbornik nauchno-prakticheskikh rabot = Volume of Scientific & Practical Works 2010;(8):142–4. (In Russ.)].
25. Савельева В.С., Кириенко А.И. Клиническая хирургия. Национальное руководство. Том III. М.: Геотар-Медиа, 2010. 960 с. [Savel'eva V.S., Kirienko A.I. Clinical surgery. National guidelines. Volume III. Moscow: Geotar-Media, 2010. 960 p. (In Russ.)].
26. Мамедов М.М., Мамедов Н.И. Эффективность применения новых лазерных технологий при многоэтапном методе хирургического лечения больных с высокими посттравматическими свищами прямой кишки. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 2010;(2):54–61. [Mamedov M.M., Mamedov N.I. Efficiency of new laser technologies at the multi-stage method of the surgical treatment of patients with high post-traumatic fistulas of the rectum. Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii = Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology 2010;(2):54–61. (In Russ.)].
27. Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Чернов А.А., Краснова В.Н. Применение нового метода лечения параректальных свищей – LIFT (the Ligation of Intersphincteric Fistula Tract). В сб.: Материалы XII Съезда хирургов России. Ростов-на-Дону, 7–9 октября 2015 г. С. 889. [Katorkin S.E., Zhuravlev A.V., Chernov A.A., Krasnova V.N. Application of the new method of pararectal fistulas – LIFT (the Ligation of Intersphincteric Fistula Tract). In: Materials of the XII Conference of surgeons of Russia. Rostov-on-Don, 7–9 October 2015. P. 889. (In Russ.)].
28. Разин А.Н., Каторкин С.Е., Журавлев А.В. и др. Выбор оперативного вмешательства при лечении больных параректальными свищами. В сб.: Материалы XII Съезда хирургов России. Ростов-на-Дону, 7–9 октября 2015 г. С. 819–20. [Razin A.N., Katorkin S.E., Zhuravlev A.V. et al. Selection of the operative interference in the treatment of patients with pararectal fistulas. In: Materials of the XII Conference of surgeons of Russia. Rostov-on-Don, 7–9 October 2015. Pp. 819–20. (In Russ.)].
29. Dietrich C.F., Barreiros A.P., Nuernberg D. et al. Perianal ultrasound. Z Gastroenterol 2008;46(6):625–30.
30. Сергачкий К.И., Никольский В.И. Прогнозирование динамики гнойно-воспалительного процесса у больных острым аэробным парапроктитом. В сб.: Материалы XII Съезда хирургов России. Ростов-на-Дону, 7–9 октября 2015 г. С. 59–60. [Sergatskiy K.I., Nikolskiy V.I. Forecasting of the dynamics of the pyoinflammatory process at patients with acute aerobic paraproctitis. In: Materials of the XII Conference of surgeons of Russia. Rostov-on-Don, 7–9 October 2015. Pp. 59–60. (In Russ.)].
31. van Koperen P.J., Wind J., Bemelman W.A., Slors J.F. Fibrin glue and transanal rectal advancement flap for high transsphincteric perianal fistulas; is there any advantage? Int J Colorectal Dis 2008;23(7):697–701.
32. Черданцев Д.В., Поздняков А.А., Литвинов И.В. и др. Вариант малоинвазивного хирургического лечения трансфинктерных свищей прямой кишки. В сб.: Материалы XII Съезда хирургов России. Ростов-на-Дону, 7–9 октября 2015 г. С. 349–50. [Cherdantsev D.V., Pozdnyakov A.A., Litvinov I.V. et al. Option of the minimally invasive surgery of transsphincteric rectal fistulas. In: Materials of the XII Conference of surgeons of Russia. Rostov-on-Don, 7–9 October 2015. Pp. 349–50. (In Russ.)].
33. Набер К.Г., Сухорукова М.В. Микробиологические аспекты диагностики хронического простатита. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия 2006;8(1):4–17. [Naber K.G., Sukhorukova M.V. Microbiologic aspects of the chronic prostatitis diagnostics. Klinicheskaya mikrobiologiya i antimikrobnaya khimioterapiya = Clinical Microbiology and Antimicrobial Chemotherapy 2006;8(1):4–17. (In Russ.)].
34. Дорофеев С.Д., Камалов А.А. Современные взгляды на проблему хронического простатита. Русский медицинский журнал 2003;11(4):24–9. [Dorofeev S.D., Kamalov A.A. Modern views of the chronic prostatitis problem. Russkiy meditsinskiy zhurnal = Russian Medical Journal 2003;11(4):24–9. (In Russ.)].
35. Мазо Е.Б. Хронический инфекционный простатит. В сб.: Материалы Пленума правления Российского общества урологов. М., 2004. С. 267–89. [Mazo E.B. Chronic infectious prostatitis. In: Materials of the Plenum of Board of Russian Urologists' Society. Moscow, 2004. Pp. 267–89. (In Russ.)].
36. 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.)].
37. 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.
38. Сегал А.С. Диагностика и лечение хронического простатита. Российский медицинский журнал 2003;11(8):453–5. [Segal A.S. Diagnostics and treatment of chronic prostatitis. Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal = Russian Medical Journal 2003;11(8):453–5. (In Russ.)].
39. Пушкарь Д.Ю. Лечение хронического бактериального простатита. В сб.: Материалы Пленума правления Российского общества урологов. М., 2004. С. 289–314. [Pushkar' D.Yu. Treatment of the chronic bacterial prostatitis. In: Materials of the Plenum of board of the Russian Urologists' Society. Moscow, 2004. Pp. 289–314. (In Russ.)].
40. 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.
41. Murphy S.F., Schaeffer A.J., Done J. et al. IL17 Mediates Pelvic Pain in Experimental Autoimmune Prostatitis (EAP). PLoS One 2015;10(5).
42. 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». 2015. С. 104. [Krupin V.N., Krupin A.V. Symptoms of chronic prostatitis. Association with the restoration of the prostate tissue. In: Materials of the XV congress of the Russian Urologists' Society "Urology in XXI century". 2015. P. 104. (In Russ.)].

43. 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.
44. Ризоев Х.Х. Хронический обструктивный простатит. *Андрология и генитальная хирургия* 2012;(3):21–7. [Rizoev Kh.Kh. Chronic obstructive prostatitis. *Andrologiya i genitalnaya khirurgiya* = *Andrology and Genital Surgery* 2012;(3):21–7. (In Russ.)].
45. 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.)].
46. 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». 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". 2015. P. 101. (In Russ.)].
47. Park H., Sim S.M., Lee G. The presence of *Chlamydia* is associated with increased leukocyte counts and pain severity in men with chronic pelvic pain syndrome. *Urology* 2015;85(3):574–9.
48. Magri V., Wagenlehner F.M., Marras E. et al. Influence of infection on the distribution patterns of NIH-Chronic Prostatitis Symptom Index scores in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS). *Exp Ther Med* 2013;6(2):503–8.
49. Magri V., Marras E., Restelli A. et al. Multimodal therapy for category III chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in UPOINTS phenotyped patients. *Exp Ther Med* 2015;9(3):658–66.
50. 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.)].
51. Савинов В.А. Хронический простатит. М.: Асклепейн, 1998. 108 с. [Savinov V.A. Chronic prostatitis. Moscow: Asklepeyn, 1998. 108 p. (In Russ.)].
52. Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит. М.: Медицина, 1998. 288 с. [Molochkov V.A. Ilyin I.I. Chronic prostatitis urethrogenic. Moscow: Medicine, 1998. 288 p. (In Russ.)].
53. Бабатаев С.С., Абдурахимов Д.Р. Эффективность α1-адреноблокатора Теразозин в послеоперационном периоде при некоторых категориях хронического простатита у больных с заболеваниями аноректальной области. В сб.: IV Международная конференция молодых ученых-медиков стран СНГ. Алма-Ата, 2002. С. 257–8. [Babataev S.S., Abdurakhimov D.R. Efficacy of α1-andrenoblocator Terazosin during postoperative period with several categories of chronic prostatitis in patients with diseases of anorectal area. In: IV International Conference of Young Medical Scientists. Alma-Ata, 2002. Pp. 257–8. (In Russ.)].
54. 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., Mukhabbatov D.K., Daminova N.M., Ishonakov Kh.S. Classification of posthemorrhoidectomy complications. *Vestnik Avitsenny* = *Avicenna Herald* 2002;(3–4):32–6. (In Russ.)].
55. 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.)].
56. Díaz-Mohedo E., Hita-Contreras F., Luque-Suárez A. et al. Prevalence and risk factors of pelvic pain. *Actas Urol Esp* 2014;38(5):298–303.
57. Божедомов В.А., Семенов А.В., Конышев А.В. и др. Репродуктивная функция мужчин при хроническом простатите: клинико-anamnestические и микробиологические аспекты. *Урология* 2015;(1):70–8. [Bozhedomov V.A., Semenov A.V., Konyshev A.V. et al. Men's reproductive function at chronic prostatitis: clinical & anamnestic and microbiologic aspects. *Urologiya* = *Urology* 2015;(1):70–8. (In Russ.)].
58. Rudick C.N., Berry R.E., Johnson J.R. et al. Uropathogenic *Escherichia coli* induces chronic pelvic pain. *Infect Immun* 2011; 79(2):628–35.
59. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Ахледиани Н.Д. Хронический простатит и сексуальные нарушения. В сб.: 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. In: Materials of the Plenum of board of Russian Urologists' Society. Moscow, 2004. Pp. 169–77. (In Russ.)].
60. Fu W., Zhou. Z., Liu S. et al. The effect of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS) on semen parameters in human males: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014;9(4):e94991.
61. Koh J.S., Ko H.J., Wang S.M. et al. Depression and somatic symptoms may influence on chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a preliminary study. *Psychiatry Investig* 2014;11(4):495–8.