

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ХРОНИЧЕСКОМ УРЕТРОГЕННОМ ПРОСТАТИТЕ,
МЕТОДАХ ЕГО ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

А.С. МУГУТДИНОВА, П.М. АЛИЕВА, А.М. МАГОМЕДОВА, Г.Д. МАМАШЕВА

*ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»,
пл. Ленина, 1, Махачкала, 367000, Россия, e-mail: maida2012@mail.ru*

Аннотация. Целью исследования явилась разработка нового комплексного метода диагностики и лечения хронического хламидийного простатита с оценкой его эффективности на основе использования метода молекулярной биологии в «реальном времени». Обследовано 50 больных хроническим хламидийным простатитом в возрасте от 18 до 65 лет. При обследовании всем пациентам проводилась сухая тотальная уретроскопия, осуществлялось трансректальное ультразвуковое сканирование предстательной железы и исследование иммунного и интерферонового статусов. Исследование клинического материала уретры проводилось методом полимерной цепной реакции «в реальном времени». Было установлено, что в каждом из 50 случаев хронический хламидийный простатит ассоциировался с уретритом, при чем в 48 случаях с хроническим, а в 2 случаях со свежим; в 10 случаях инфекционный процесс был обусловлен моноинфекцией *Chlamydia trachomatis*, а в 40 случаях в сочетании с другими возбудителями инфекций, передающихся половым путем.

Проведённое комплексное клинико-лабораторное обследование, позволило провести достоверную детекцию возбудителей и установить топический диагноз, и на этом, обоснованно назначить адекватную комплексную терапию. Полученные результаты лечения продемонстрировали хорошую переносимость пациентами и высокую эффективность.

Ключевые слова: хламидийный простатит, уретроскопия, полимерная цепная реакция, уретрит, топический диагноз.

**THE MODERN IDEAS ABOUT CHRONIC URETHROGENIC PROSTATE AND METHODS
OF DIAGNOSIS AND TREATMENT**

A.S. MUGUTDINOVA, P.M. ALIEVA, A.M. MAGOMEDOVA, G.D. MAMASHEVA

*SBEI HPE «Dagestan State Medical Academy», Lenin Square, 1, Makhachkala, 367000, Russia,
e-mail: maida2012@mail.ru*

Abstract. The research purpose is to develop a new integrated method for diagnosis and treatment chronic chlamydial prostatitis and the evaluation of its effectiveness on the basis of the method of molecular biology: PCR in “real time”. The study involved 50 patients with chronic chlamydial prostatitis aged from 18 to 65 years. Dry total ureteroscopy, transrectal ultrasound scan of the prostate and the study of the immune and interferon status carried out in all patients. The study of clinical material of the urethra was using the PCR method “in real time”. It was found that in each of 50 cases of chronic prostatitis was associated with chlamydial urethritis; in 48 cases – with chronic; in 2 cases - with fresh form of prostatitis; in 10 cases the infection process was due to monoinfected *Chlamydia trachomatis*, and in 40 cases - in combination with other agents of STIs. The performed complex clinical and laboratory examination allowed to detect the pathogens and to determine a topical diagnosis for adequate complex therapy. The obtained results of the treatment of patients demonstrated good tolerability and high effectiveness.

Key words: chlamydial prostatitis, ureteroscopy, PCR, urethritis, topical diagnosis.

Введение. Согласно Европейским рекомендациям по лечению инфекций, вызванных *Chlamydia trachomatis*, до 90% случаев хламидийной инфекции у женщин и до 50% случаев у мужчин протекает бессимптомно, что приводит к развитию осложнений со стороны репродуктивной системы. Согласно исследованиям, основанным на принципах доказательной медицины, урогенитальная хламидийная инфекция может вызывать уретрит, эпидидимит и мужское бесплодие. Клинические проявления хламидийной инфекции зависят от вирулентности возбудителя, длительности пребывания хламидий в организме, топографии поражения, выраженности местных и общих реакций макроорганизма. Несмотря на значительное количество исследований, до сих пор не существует однозначного мнения о роли хламидийной инфекции в развитии простатита, что во многом объясняется трудностями идентификации возбудителя в ткани предстательной железы [8].

Настоящий период характеризуется чрезвычайно высокой распространенностью *инфекций, передающихся половым путем* (ИППП), что наряду с расширением их спектра свидетельствует о серьезной медицинской, социальной и демографической опасности вызванных ими заболеваний и осложнений, одним из которых является хронический хламидийный простатит.

Хронический хламидийный простатит – наиболее частое осложнение урогенитального хламидиоза, характеризующееся затяжным рецидивирующим течением и трудно поддающееся лечению [5]. Поскольку *Chlamydia trachomatis* относится к наиболее распространенным возбудителям ИППП, [6] она является одной из наиболее частых причин неблагоприятных последствий урогенитального хламидиоза, таких как нарушение половой функции и infertility и, таким образом, представляет собой важную социально значимую проблему, наносящую обществу существенный экономический и демографический ущерб [7]. Высокая частота хламидийной микстинфекции, а также одинаковая клиническая картина хронического простатита и ассоциирующегося с ним уретрита (часто бессимптомного) вне зависимости от вида вызвавших эти процессы микроорганизмов [5], требуют использования при обследовании таких больных целого комплекса современных лабораторных исследований [3], а также постановки топического диагноза, в том числе поражения мочеиспускательного канала [4]. Между тем широко используемые для диагностики урогенитального хламидиоза только *полимерная цепная реакция* (ПЦР) или культуральное исследование, являющиеся методами выбора при острой инфекции, при восходящей инфекции могут быть ложноотрицательными.

Что касается сложности лечения хронического хламидийного простатита, то она обусловлена: во-первых, высокой частотой вызывающей его смешанной хламидийной инфекции [10], при которой повышается как патогенность каждого возбудителя, так и устойчивость их к антибактериальным препаратам, что способствует более тяжелому течению воспалительного процесса с активацией гуморального, угнетением клеточного звеньев иммунитета и активацией системы интерферона [1]. Проблема лечения хронического хламидийного простатита связана с тем, что все группы противохламидийных антибиотиков (тетрациклины, макролиды, фторхинолоны) обеспечивают достаточно высокую концентрацию в отношении внутриклеточных метаболически активных ретикулярных телец (что важно учитывать в связи с возрастанием в последние годы роли в развитии хронического простатита внутриклеточных микроорганизмов, в первую очередь хламидий и микоплазм), однако внеклеточные элементарные тельца хламидий метаболически неактивны, устойчивы к антибиотикотерапии [2]. Ввиду этого антибиотикотерапия при хроническом урогенитальном хламидиозе, во избежание неудач в лечении, должна проводиться на протяжении не менее 3 недель (с целью перекрытия 8 циклов деления хламидий) [5].

Нерешенность проблемы лечения хронического хламидийного простатита связана с отсутствием четких критериев установления выздоровления от этого заболевания. При этом в качестве лабораторных критериев эрадикации *C. trachomatis* у мужчин с хроническими воспалительными заболеваниями мочеполювой сферы редко используется метод ПЦР в «реальном времени».

Цель исследования – разработка более эффективного подхода к выявлению всего спектра бактериальных возбудителей хронического хламидийного простатита и установление топички поражения урогенитального тракта, для оптимизации существующих подходов к лечению простатита.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 50 больных хроническим хламидийным простатитом в возрасте от 18 до 65 лет (в среднем $34 \pm 5,4$ года), с давностью заболевания – от 0,4 до 10 лет (в среднем $3,4 \pm 0,2$ года). По поводу простатита ранее безуспешно лечились 23 (46%) пациента.

Обследование пациентов включало сбор анамнеза заболевания с выяснением источника заражения, половых партнеров, данных о наличии ИППП в прошлом, характере и эффективности их лечения.

Клиническое обследование складывалось из изучения субъективных симптомов, оценки общего объективного статуса, специального исследования мочеполювых органов на основании которых устанавливался клинический диагноз, отражающий форму и характер течения, топичку поражения, наличие осложнений.

Сухая тотальная уретроскопия проводилась с целью установления топического диагноза по характеру выявленных патологических изменений в мочеиспускательном канале (включая кондиломы, папилломы и другие новообразования уретры), оценки эффективности (безуспешности) проводимой терапии, определения степени остаточных явлений, влияющих на восстановление анатомической целостности уретры.

Всем больным осуществлялось *трансректальное ультразвуковое сканирование* (ТРУЗИ).

Материалом для лабораторных исследований больных и здоровых лиц служило отделяемое мочеиспускательного канала (после задержки мочеиспускания на 4-5 часов).

В связи с использованием в комплексном лечении хронического хламидийного простатита довольно широкого спектра антибактериальных препаратов, наше внимание было привлечено к антибиотик-макролиду вильпрафену – препарату с 16-членным лактоновым кольцом. Для фармакокинетики этого препарата характерно быстрое распространение в организме и накопление в высокой концентрации в

клетках (более чем в 20 раз, превышающая таковую во внеклеточной жидкости) и тканях, что обеспечивает эффективную защиту от внутриклеточных микроорганизмов, включая хламидии и урогенитальные микоплазмы. Однако, в нашей стране вильпрафен применялся в основном при свежем не осложненном урогенитальном хламидиозе, при котором его эффективность достигала 83-97% [6]. Изучения же эффективности вильпрафена в комплексном лечении больных хроническим хламидийным простатитом с использованием для выявления спектра возбудителей и оценки их эррадикации метода ПЦР в «реальном времени» не проводилось. Не исследовалась также эффективность вильпрафена при хроническом простатите, вызванном *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum*, хотя их резистентность к эритромицину (монотерапия) при уретритах достигает 50 и 12,5% соответственно [9].

Исследование иммунного и интерферонового статусов с целью оценки влияния «Виферона» на различные звенья иммунитета проводилось до и после лечения (на 2 день после его окончания).

Статистическая обработка результатов исследований проводилась с использованием пакета анализа «Statistica», версия 5,5 (StatSoft Ins., США). Для расчета *t*-критерия использовалась программа *STAT. EXE MS-DOS*.

Результаты и их обсуждения. Диагноз хронического простатита в каждом случае устанавливался методами ТРУЗИ, и пальпаторного исследования предстательной железы с исследованием ее секрета (варьирование количества лейкоцитов от 15 до 100 в поле зрения ($\times 400$) микроскопа).

У 9 (18%) пациентов заболевание протекало бессимптомно, у 41 (82%) – с постоянными или периодическими объективными или субъективными, в том числе функциональными, расстройствами (складывавшимися из симптомов переднего и заднего уретрита, сексуальных расстройств и т.д.). В частности, по характеру дизурических расстройств были выделены следующие клинические проявления: жжение и рези при мочеиспускании – у 31 (62%), выделения из уретры – 8 (16%), затруднения мочеиспускания – 12 (24%), учащение мочеиспускания – 13 (26%). Что касается локализации болевого синдрома, то наиболее часто пациенты предъявляли жалобы на боли в пояснице и крестце – 15 (30%), промежности – 2 (4%), паху – 6 (12%), уретре – 15 (30%), половом члене – 10 (20%), внутренней поверхности бедер – 16 (32%). Сравнительно часто отмечались боли при пальпации предстательной железы – 35 (70%). Основными проявлениями сексуальных расстройств были снижение эрекции – 15 (30%) и преждевременное семяизвержение – 12 (24%). У 26 (52%) мужчин жалобы на сексуальные расстройства отсутствовали.

Среди невротических расстройств доминировали повышенная утомляемость – 36 (72%) и бессонница – 30 (60%).

Перечисленные симптомы и/или их сочетание встречались у 41 (82%) пациентов. Остальные больные считали себя здоровыми и хронический простатит у них был впервые выявлен после пальпаторного (с микроскопией секрета предстательной железы) или ультразвукографического обследования предстательной железы. При этом среди больных хроническим простатитом у 20 (40%) имела место катаральная стадия заболевания, при которой предстательная железа была не изменена при пальпации; у 18 (36%) фолликулярная стадия, в таких случаях на ее поверхности определялись участки уплотнения и размягчения, а также сглаженность междолевой бороздки, у 12 (24%) – паренхиматозная стадия хронического простатита, характеризующаяся увеличением всей железы или ее доли, асимметрией этого органа, нечеткостью его границ. В 22 (44%) случаях хронический простатит ассоциировался с хроническим везикулитом (у 4 двусторонним у 11 левосторонним, у 7 правосторонним), в 5 (10%) с пальпаторными признаками хронического эпидидимита (в каждом случае левостороннего). В 22 случаях имела место ассоциация хронического везикулита с хроническим эпидидимитом. Это обуславливало особенности клинического течения инфекции урогенитального тракта у обследуемых больных. Хотя в секрете предстательной железы всех пациентов было обнаружено повышение уровня лейкоцитов (от 20 до 100 в поле зрения $\times 400$), но в 33 (66%) случаях повышенное количество лейкоцитов было отмечено только при повторных (от 2 до 5 раз) исследованиях секрета этого органа.

Как показали результаты тотальной сухой уретроскопии (табл. 1), клинического и ультразвукографического обследования, в каждом случае хронический хламидийный простатит ассоциировался с тотальным уретритом, причем в 2 (4%) случаев со свежим, а в 48 (96%) – с хроническим, в 22 (44%) случаях с хроническим односторонним везикулитом, в 5 (10%) случаев с хроническим односторонним эпидидимитом, причем в 22 (44%) случаях хронический хламидийный простатит ассоциировался с хроническим везикулитом и хроническим эпидидимитом.

Таблица 1

Результаты уретроскопии больных хроническим хламидийным простатитом

Диагноз	Количество больных
Хронический тотальный уретрит	50 (100%)
Мягкий инфильтрат уретры	32 (64%)
Переходный инфильтрат уретры	12 (24%)
Твердый инфильтрат уретры	7 (14%)
Литреит	17 (34%)
Морганит	25 (50%)
Колликулит	31 (62%)
Поверхностный колликулит	22 (44%)
Эрозивный колликулит	2 (4%)
Интерстициальный колликулит	7 (14%)

В табл. 2 представлены данные о частоте выявления каждого из возбудителей урогенитальных инфекций.

Таблица 2

Частота выявления возбудителей урогенитальных инфекций при хроническом хламидийном простатите

Возбудители	Частота выявления
<i>Chlamydia trachomatis</i>	50 (100%)
<i>Mycoplasma genitalium</i>	24 (48%)
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	20 (40%)
<i>Mycoplasma hominis</i>	6 (12%)
<i>Gardnerella vaginalis</i>	25 (50%)
<i>Trichomonas vaginalis</i>	14 (28%)
<i>Candida albicans</i>	8 (16%)

В табл. 3 представлены данные о частоте ассоциации *C. trachomatis* с другими возбудителями ИППП и условно-патогенными микроорганизмами по данным ПЦР в «реальном времени».

Таблица 3

Частота ассоциации возбудителей при хроническом хламидийном простатите

Возбудители простатита	Частота
<i>C. trachomatis</i> (моноинфекция)	10 (20%)
<i>C. trachomatis</i> + <i>U.urealyticum</i>	9 (18%)
<i>C. trachomatis</i> + <i>T.vaginalis</i> + <i>G.vaginalis</i>	7 (14%)
<i>C. trachomatis</i> + <i>M.genitalium</i>	6 (12%)
<i>C. trachomatis</i> + <i>U.urealyticum</i> + <i>M.genitalium</i> + <i>G.vaginalis</i>	6 (12%)
<i>C. trachomatis</i> + <i>U.urealyticum</i> + <i>M.genitalium</i> + <i>G.vaginalis</i> + <i>C.albicans</i>	5 (10%)
<i>C. trachomatis</i> + <i>M.genitalium</i> + <i>T.vaginalis</i> + <i>G.vaginalis</i>	4 (8%)
<i>C. trachomatis</i> + <i>M.genitalium</i> + <i>T.vaginalis</i> + <i>G.vaginalis</i> + <i>C.albicans</i>	3 (6%)

Наиболее тяжелые эндоуретральные осложнения были отмечены нами при ассоциации *C. trachomatis* и *M. genitalium*, которая имела место в 10 из 12 случаев переходного и в 5 из 7 случаев твердого инфильтрата уретры (в целом эта ассоциация отмечалась в 72% случаев твердого и переходного инфильтрата уретры), реже они имели место при хламидийно-уреаплазменной инфекции (в 2 из 12 случаев переходного и в 2 из 7 – твердого инфильтрата уретры).

Таким образом, в результате проведенного комплексного клиничко-лабораторных исследований было установлено, что в каждом из 50 случаев хронический хламидийный простатит у обследованных больных ассоциировался с уретритом, причем в 48 (96%) случаях с хроническим и лишь в 2 (4%) случаях с

остым; в 10 (20%) случаях инфекционный процесс был обусловлен моноинфекцией *C.trachomatis*, в 40 (80%) случаях – ассоциацией возбудителей, включая *C. trachomatis*, *U. urealiticum*, *M. genitalium*, *T. vaginalis*, *G. vaginalis*. Причем обнаружение в 25 случаях одновременно *C. trachomatis* и *G.vaginalis* может свидетельствовать не только о важной роли такой ассоциации в этиологии хронического простатита, но и о необходимости своевременного лечения бактериального вагиноза у женщин – половых партнеров таких больных.

Согласно клиническим рекомендациям *Российского общества дерматовенерологов и косметологов* (РОДВК) 2013, длительность курса терапии хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других органов зависит от выраженности клинических проявлений воспалительного процесса мочеполовых органов, результатов лабораторных и инструментальных исследований. Препаратами выбора являются доксициклина моногидрат или джозамицин.

Полученные результаты (наряду с данными иммунного и интерферонового статуса) учитывались при разработке новых подходов к лечению хронического хламидийного простатита и сопутствующих ему поражений уретры.

При этом отмечавшиеся нами существенные нарушения иммунного и интерферонового (снижение уровня интерферона – α у 20 (50%) и интерферона- γ у 40 (100%) больных) статуса при хроническом хламидийном простатите указывали на целесообразность использования в его комплексной терапии препарата виферон (ректально по 3 млн. МЕ 1 раз в сутки в течение 20 дней). Виферон стимулирует пролиферацию фибробластов и увеличивает продукцию ими простагландинов, ростовых факторов и ряда цитокинов, включая колониестимулирующие факторы, интерлейкины, интерферон.

Необходимость включения в комплекс терапии вобэнзима вытекала из наличия у пациентов хронических рубцовых поражений уретры и предстательной железы.

Таким образом, результаты обследования 50 больных хроническим хламидийным простатитом свидетельствуют о целесообразности комплексного лечения с применением этиотропных (вильпрафен), патогенетических (виферон, вобэнзим) препаратов, соответствующей местной (инстилляции уретры 0,5% раствором нитрата серебра через день №8, массажи предстательной железы (№12) терапии и физиотерапии (эндоуретральный вибромассаж на аппарате «Интрамаг», 10 сеансов через день).

В результате лечения клиническое выздоровление было достигнуто в 45 (90%) случаях, улучшение – в 5 (10%) случаях.

Эффективность комплексной терапии хронического хламидийного простатита оценивалась по совокупности клинических и лабораторных данных (контроль) через 1 месяц после окончания лечения (табл. 4).

Таблица 4

Данные контрольного обследования пациентов

Результат	Контроль через 1 месяц после окончания лечения (n=50)
Клиническое излечение	
– полное	45 (90%)
– частичное	5 (10%)
– без эффекта	0
Этиологическое излечение	
– эрадикация возбудителя(ей)	49 (98%)
– без эффекта	1 (2%)

Как видно из табл. 4, через 1 мес. после лечения полное клиническое выздоровление отмечалось в 45 (90%) случаев, эрадикация хламидий и других возбудителей мочеполовых инфекций – в 49 (98%) случаях (в одном случае для эрадикации *C. trachomatis* потребовалось проведение повторного курса лечения путём лимфотропного введения абактала).

На основании полученных результатов комплексного клинико-лабораторного обследования и лечения 50 больных хроническим хламидийным простатитом нами предложен ряд схем его лечения.

Схема №1 (для лечения больных 1 группы – с моноинфекцией *C.trachomatis*):

- Вильпрафен внутрь по 500 мг 2 раза в день через 1-1,5 часа после еды в течение 21 дня;
- Виферон ректальные суппозитории 3 млн МЕ 1 раз в день в течение 20 дней;
- Вобэнзим внутрь по 5 таблеток 3 раза в сутки за 30 минут до еды запивая большим количеством жидкости (не менее 150 мл.) в течение 20 дней.

Лечение 2-й группы пациентов (хламидиоз в сочетании с другими ИППП) заключалось в применении антибиотикотерапии, иммуностропного препарата Виферон, системной ферментотерапии Вобэнзимом в сочетании с другими препаратами, действующие на обнаруженные возбудители.

Схема № 2

- Вильпрафен внутрь по 500 мг 2 раза в день через 1-1,5 часа после еды в течение 21 дня.
 - Виферон ректальные суппозитории 3млн МЕ 1 раз в день в течение 20 дней.
 - Вобэнзим внутрь по 5 таблеток 3 раза в сутки за 30 минут до еды запивая большим количеством жидкости (не менее 150 мл.) в течение 20 дней.
 - Тиберал внутрь по 500 мг 2 раза в день после еды в течение 5 дней.
 - Флюкостат внутрь 150 мг однократно на 3-й и 7-й дни лечения.
- Применение этих схем терапии обеспечивало 98% излечение больных от хламидийной инфекции и сопутствующих ей других инфекционных агентов.

Выводы. Разработанный нами эффективный, патогенетически обоснованный, комплексный метод лечения хронического хламидийного простатита на основе использования вильпрафена, виферона, вобэнзима и адекватной местной терапии очагов поражения мочеполовой сферы, – обеспечивает полное клиническое выздоровление в 90%, эрадикацию хламидий и ассоциированных с ними возбудителей ИППП в 98% случаев, нормализацию и тенденцию к нормализации иммунного и интерфероновому статусу.

Литература

1. Бутов Ю.С, Васенова В.Ю. Современные данные об иммунологии хламидийной инфекции // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2005. №4. С. 1–4.
2. Брагина Е.Е., Орлова О.Е., Дмитриев Г.А. Некоторые особенности жизненного цикла хламидий. Атипичные формы существования //ЗППП. 1998. №1. С. 3–9.
3. Дмитриев Г.А. Лабораторная диагностика бактериальных уrogenитальных инфекций. М.: Медицинская книга, 2003. 336 с.
4. Ильин И.И. Негонококковые уретриты у мужчин. М.: Медицина, 2005. 292 с.
5. Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит. М.: Медицина, 1998. 288 с.
6. Молочков В.А. Уrogenитальный хламидиоз. М.: Бином, 2006. 212 с.
7. Чеботарев В.В. Дискуссионные вопросы уrogenитальных инфекций // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2002. №1. С. 1–3.
8. Чернова Н.И. Хламидийная инфекция у мужчины // Журнал Consilium medicum. 2014.
9. Taylor-Robinson D, Thomas B.G. The role of Chlamydia trachomatis in genital tract and associated diseases // G.Clin. Pathol. 1980. V. 33. P. 205–233.
10. Ward M.E. The immunobiology and immunopathology of Chlamydia infections // APMIS. 1995. V. 103. P. 769–795.

References

1. Butov YS, Vasenova VY. Sovremennyye dannyye ob immunologii khlamidiynoy infektsii [Modern data on the Immunology of Chlamydia infection]. Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney. 2005;4:1-4. Russian.
2. Bragina EE, Orlova OE, Dmitriev GA. Nekotorye osobennosti zhiznennogo tsikla khlamidiy. Atipichnyye formy sushchestvovaniya [Some features of the life cycle of chlamydia. Atypical forms of existence]. ZPPP. 1998;1:3-9. Russian.
3. Dmitriev GA. Laboratornaya diagnostika bakterial'nykh urogenital'nykh infektsiy [Laboratory diagnosis of bacterial urogenital infections]. Moscow: Meditsinskaya kniga; 2003. Russian.
4. Il'in II. Nekonokokkovyye uretrity u muzhchin [NGU in men]. Moscow: Meditsina; 2005. Russian.
5. Molochkov VA, Il'in II. Khronicheskiiy uretrogennyy prostatit [Chronic urethrogonic prostatitis]. Moscow: Meditsina; 1998. Russian.
6. Molochkov VA. Urogenital'nyy khlamidioz [Urogenital chlamydiosis.]. Moscow: Binom; 2006. Russian.
7. Chebotarev VV. Diskussionnyye voprosy urogenital'nykh infektsiy [Discussion questions urogenital infections]. Rossiyskiy zhurnal kozhnykh i venericheskikh bolezney. 2002;1:1-3. Russian.
8. Chernova NI. Khlamidiynaya infektsiya u muzhchiny [Chlamydia infection in men]. Zhurnal Consilium medicum. 2014. Russian.
9. Taylor-Robinson D, Thomas BG. The role of Chlamydia trachomatis in genital tract and associated diseases. G.Clin. Pathol. 1980;33:205-33.
10. Ward ME. The immunobiology and immunopathology of Chlamydia infections. APMIS. 1995;103:769-95.

Библиографическая ссылка:

Мугутдинова А.С., Алиева П.М., Магомедова А.М., Мамашева Г.Д. Современные представления о хроническом уретрогенном простатите, методах его диагностики и лечения // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2016. №4. Публикация 2-10. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2016-4/2-10.pdf> (дата обращения: 01.11.2016). DOI: 10.12737/22630.