

Lėtinis prostatitas su lėtiniu dubens skausmo sindromu

Antanas Balvočius

Viešoji įstaiga Vilniaus miesto Karoliniškių poliklinika

Raktažodžiai: lėtinis prostatitas, lėtinis dubens skausmo sindromas, klasifikacija, diagnostika, gydymas.

Santrauka. Prostatitu serga beveik 10 proc. visų suaugusių vyrų (1). Tarptautinis prostatito bendrojo tyrimo tinklas (IPCN – International Prostatitis Collaborative Network) sukūrė ir patvirtino klinikiniu požiūriu informatyvią prostatito klasifikaciją, kuri naudinga urologams ir pirminės sveikatos priežiūros gydytojams. Vadovaujantis šia klasifikacija, aišku, kad lėtinis bakterinis prostatitas yra infekcinė liga. Ligoniai, sergantys lėtiniu prostatitu ir lėtiniu dubens skausmo sindromu (3 kategorijos prostatitas), serga ir uždegimine arba neuždegimine liga. Lėtinis bakterinis prostatitas pasitaiko retai, lėtinis prostatitas ir lėtinis dubens skausmo sindromas – labai dažnai. Lėtinį bakterinį prostatitą ir uždegiminį lėtinį dubens skausmo sindromą rekomenduotina gydyti antibiotikais. Florochinolonai pasirodė esą saugūs ir veiksmingi bakteriniam prostatitui gydyti. Neuždegiminis lėtinis dubens skausmo sindromas 3b kategorijos prostatitas, literatūros duomenimis, gydomas α^1 -adrenoblokatoriais, tricikliais antidepresantais, benzodiazepiniais, nesteroidiniais priešuždegiminiais vaistais, fizioterapija.

Įvadas

Prostatitas – priešinės liaukos uždegimas, ypač jo lėtinės formos, yra labai paplitusi vyrų liga. Ja serga įvairaus amžiaus vyrai. Apskritai sergamumas prostatitu 18 metų ir vyresnių vyrų grupėje svyruoja tarp 5–9 proc. (3, 4). Juo serga 15 proc. visų suaugusių vyrų. Tai vienas didžiausių poliklinikos urologų rūpesčių, nes neišspręsti šių ligonių nedarbingumo, invalidumo klausimai. Nors diagnozė paprastai grindžiama anamneze ir fizine ligonio apžiūra, negalima laikyti nė vieno klinikinio arba laboratorinio tyrimo rodmenų galutiniu. Nedaug žinoma apie šios ligos patofiziologiją, nepakankamai žinoma, net kaip ją veikia bakterijos. Nesukurta optimalių visuotinai pripažintų gydymo būdų, tinkančių daugumai prostatitu sergančių vyrų. JAV Viskonsino valstijoje vienas urologas patikrina vidutiniškai 173 prostatitu sergančių ligonių (5). Vilniaus Karoliniškių poliklinikoje dėl lėtinio prostatito per metus vidutiniškai vienas urologas patikrina 317 ligonių; 22 proc. iš jų prostatitas diagnozuojamas pirmą kartą. Prostatitas – alinanti liga. Ja serga jauni ir pagyvenusio amžiaus vyrai. Jos įtaka gyvenimo kokybei matuojama įvairiais būdais. Lėtiniu prostatitu sergančio ligonio gyvenimo kokybė beveik tokia, kaip ir asmenų, sergančių ūminiu miokardo infarktu arba nestabilia krūtinės angina (7, 8).

Lėtinio prostatito diagnozė, klasifikacija, simptomų skalė

Lėtiniu prostatitu sergančio ligonio klinikinis

įvertinimas apima simptomus (padažnėjęs šlapinimasis, maudžiantis skausmas tarpvietėje, kryžkaulio, sėklidžių srityje ar papilvėje ir kt.), prostatos tyrimą pirštu per tiesiąją žarną, uždegimo parametrus (leukocitų skaičius prostatos sekrete arba šlapime po prostatos masažo), bakterijų buvimas ar jų nebuvimas. Bakterijų nepasitaiko arba jų neįmanoma išskirti maždaug 95 proc. sergančiųjų lėtiniu prostatitu. Ir tada nustatoma, kad šie ligoniai esą serga lėtiniu nebakteriniu prostatitu arba prostatodenija. Taigi būtų galima manyti, kad daugelis šių ligonių neserga prostatos liga. Tradiciniu prostatito skirstymu į ūminį bakterinį prostatitą, lėtinį bakterinį, nebakterinį arba bakterinį prostatitą ir prostatodeniją klinikiniame darbe sunku naudotis (9). Todėl Tarptautinis prostatito bendrojo tyrimo centras (Internacional Prostatitis Collaborative Network – IPCN) 1998 m. parengė naują prostatito klasifikaciją, atitinkančią klinikinę tikrovę apibūdinančius prostatito sindromų apibrėžimus (10, 11, 12):

1. Ūminis bakterinis prostatitas.
2. Lėtinis bakterinis prostatitas.
- 3a. Uždegiminis – lėtinis dubens skausmo sindromas.
- 3b. Neuždegiminis – lėtinis dubens skausmo sindromas.
4. Besimptomis uždegiminis prostatitas.

Ūminis bakterinis prostatitas (1 kategorija) – ūminė priešinės liaukos infekcija pasireiškia ūminio šlapimo takų infekcijos simptomais: dažnu šlapinimusi, karščiavimu, skausmais. Bakteriuriją ir piuriją sukelia

įprastiniai uropatogenai, dažniausiai *Escherichia coli*. Ūminį bakterinį prostatitą lengva atpažinti. Laiku pradėjus gydyti be vargo išgydomas. Blogai gydomas virsta lėtiniu bakteriniu prostatitu.

Lėtinis bakterinis prostatitas (2 kategorija) susijęs su pasikartojančiais ūminės šlapimo takų infekcijos epizodais, kuriuos sukelia tas pats mikroorganizmas, paprastai *E. coli*, bet kartais ir kitos gramneigiamos bakterijos arba enterokokai – tai infekcinė priešinės liaukos liga. Kad priešinėje liaukoje yra infekcijos židiny, galima spręsti iš bakteriurijos epizodų, priešinės liaukos sekreto arba šlapimo po prostatos masažo bei spermos bakteriologinio ištyrimo. Lėtinis bakterinis prostatitas susijęs su ejakuliacine infekcija (bakteriospermija ir epididimitu). Beveik pusei šių ligonių būdinga bakteriospermija, o prostatos sekreto pH esti padidėjęs (13). Lėtinis bakterinis prostatitas pasitaiko ne dažnai, Karoliniškių poliklinikoje 1999–2001 m. iš atlikto 61 prostatos sekreto bakteriologinio tyrimo bakterijos išaugo tik 5 ligoniams, t. y. apie 7 proc. tarp simptomų turinčių pacientų.

Lėtinis dubens skausmo sindromas (LDSS, 3 kategorija) – tai naujas terminas, vartojamas apibūdinti būklei tų ligonių, kuriuos kamuoja nebakterinės kilmės simptominis prostatitas. Jis rodo, kad simptomų gali atsirasti ir iš kitų organų. Šiems ligoniams iš priešinės liaukos sekreto arba šlapimo po priešinės liaukos masažo įprastais mikrobiologiniais metodais išauginti ir mikroskopiškai ištirti kultūrą nepavyksta. LDSS (ne bakteriniai prostatitai) sudaro 90–95 proc. visų prostatitų. Šie ligoniai neserga kita urologine ar neuro-

logine, su šlapimo pūsle susijusia liga. Sergantiems uždegiminiu LDSS (3a kategorija) ligoniams priešinės liaukos sekrete, šlapime arba spermoje po priešinės liaukos masažo padaugėja leukocitų. Neuždegiminiu LDSS (3b kategorija) sergančių ligonių prostatos tyrimo duomenys uždegimo nerodo, tokie ligoniai sudaro apie 9 proc. sergančiųjų nebakterinės kilmės prostatitu. Preliminarūs duomenys leidžia manyti, kad uždegiminį ir neuždegiminį lėtinį dubens skausmo sindromą atitinka skirtingi algoritmai.

Besimptomis uždegiminis prostatitas (4 kategorija) diagnozuojamas tuomet, kai yra infekcija arba uždegimo rodmenų, bet nėra ir nėra buvę genitourinarinio skausmo. Šis prostatitas paprastai diagnozuojamas atsitiktinai dėl kitų priežasčių tiriant urogenitalinį traktą. Vyrams, kurių PSA (prostatos specifinis antigenas) lygmuo aukštas, šios kategorijos prostatitas yra antroji pagal dažnumą pasitaikanti liga, o pirmoji – vėžys (13).

Lėtiniam prostatitui arba lėtinio dubens skausmo sindromui atsirasti priežasčių yra daug (2, 22):

1. Šlaplės turinio refliuksas į prostatos latakus.
2. Apatinių šlapimo takų anatominiai nukrypimai.
3. Disfunkcinis aukštaslėgis šlapinimasis.
4. Autoimuniniai mechanizmai.
5. Cheminių medžiagų sukeliamas suerzinimas (mukoproteinų arba uratų refliuksas į priešinės liaukos latakus).
6. Neuropatiniai procesai: neuroraumeninė disfunkcija, neurogeninis tarpvietės arba dubens uždegimas.

1 lentelė. Mikroorganizmai, turintys įtakos lėtinio prostatito etiologijai ir patogenezai

Turi ryšį su prostatitu	Mikroorganizmas
Pripažinti prostatos patogenai	Gramneigiami uropatogenai (<i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella</i> rūšis, <i>Pseudomonas</i> rūšis ir t. t.)
Galimi prostatos patogenai	<i>Enterococcus faecalis</i>
Galimi prostatos patogenai	Anaerobinės bakterijos <i>Chlamidia</i> rūšis <i>Koagulaze</i> – neigiami stafilokokai <i>Corynebacterium</i> rūšis <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Trichomonas</i> rūšis <i>Ureaplasma</i> rūšis Mielės (<i>Candida</i>)
Pripažinti (?) prostatos nepatogenai	Difteroidai <i>Lactobacillus</i> rūšis
Slapti organizmai, kurių išauginti nepavyksta	Bioplėvelinės bakterijos
Ląstelės sienelės neturinčios bakterijos	Mikroorganizmai, kuriuos dar teks atrasti Virusai

7. Intersticinis cistitas (neaišku, kas sukelia cistitą).
 8. Mikroorganizmai (1), (lentelė pagal Nickel JC. Infekt Urol, 2000).

Anksčiau manyta, kad pieno lazdelės, difteroidai ir *Corynebacterium* įvairios rūšys priešinėje liaukoje ligos nesukelia, tačiau naujausi tyrimų duomenys leidžia manyti, kad šie mikroorganizmai kaip ir įvairios chlamidijų, ureaplazmų rūšys koaguliazėi neišvengiamai stafilokokai bei anaerobinės bakterijos yra susiję su uždegimine liga (3a kategorija LDSS) (21). Yra duomenų, kad yra patogeninių mikroorganizmų, kurių neįmanoma išauginti naudojant turimus mikrobiologijos metodus. Tai primena neseniai išaiškinimą *Helicobacter pylori* vaidmenį esant peptinei opai (22).

Lėtinio prostatito diagnozė paprastai nustatoma po tris mėnesius trukusio genitouretralinio skausmo laikotarpio. Diagnozuojant prostatitą, ypač patogiu naudoti NIH sukurtą lėtinio prostatito simptomų skalę (2 lentelė) (15).

Klinikinėje praktikoje retai naudojamas diagnostinis „auksinis standartas“, t. y. Maeres-Stamey fragmentuotas kultūros metodas. Diagnozės tikslumą padidina naudojama paprasta procedūra: šlapimo, surinkto prieš ir po prostatos masažo, baltųjų kraujo

kūnelių skaičiaus nustatymas ir išauginta bei mikroskopiškai ištirta kultūra (17). Ji žinoma kaip „iki ir po masažo testo“ arba „dviejų stiklinių testo“ pavadinimu.

Lėtinio prostatito gydymas

Dabar beveik visiems ligoniams, kuriems diagnozuotas lėtinis priešinės liaukos uždegimas, skiriamas bent vienas kursas antibiotikų (5, 6, 18). Tai daroma nepaisant to, ką rodo prostatos sekreto ar šlapimo po prostatos masažo bakteriologinis tyrimas, ir tada, kai šis tyrimas nedaromas. Tačiau reikėtų skirti tinkamą gydymą, gydyti tik tada, kai to reikia, imti mėginius, pagal kuriuos bus skiriamas gydymas. Dabar IPCN (Tarptautinis prostatito bendrojo tyrimo centras) atliekamų tyrimų atsitiktinės atrankos būdu, dalyvaujant „placebo“ kontrolinei grupei, paskelbtų duomenų nėra. Todėl kol kas patariama naudotis praktine veikla pagrįstomis rekomendacijomis (10-12):

1 kategorija. Skiriama antibiotikų, iš pradžių į veną, po to pagal antibiotikogramą, pritaikius antibiotikus konkrečiai kultūrai. Šis gydymas analogiškas ūminio pielonefrito gydymui, išskyrus tai, kad daugeliui ligonių reikalinga uretrinė arba suprapubinė šlapimo pūslės kateterizacija. Susiformavus abscesui, taikomas

2 lentelė. NIH lėtinio prostatito simptomų rodyklė (NIH-CPSI)

Skausmas arba sunkumas		
1. Ar per pastarąją savaitę jautėte skausmą arba sunkumą (diskomfortą) šiose srityse:		
	Taip	Ne
A. Tarpvietėje (srityje tarp tiesiosios žarnos ir sėklidžių).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
B. Sėklidėse.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
C. Varpoje.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
D. Žemiau juosmens, gaktos ar šlapimo pūslės srityje.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Ar per pastarąją savaitę jautėte:		
A. Skausmą ar deginimą šlapinantis.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
B. Skausmą ar sunkumą ejakuliacijos metu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Kaip dažnai per pastarąją savaitę jautėte skausmą arba sunkumą bet kurioje iš minėtųjų sričių?		
<input type="checkbox"/> 0 Niekada.		
<input type="checkbox"/> 1 Retai.		
<input type="checkbox"/> 2 Retkarčiais.		
<input type="checkbox"/> 3 Dažnai.		
<input type="checkbox"/> 4 Dažniausiai.		
<input type="checkbox"/> 5 Nuolat.		
4. Koks skaičius geriausiai apibūdino jūsų vidutinišką skausmą arba sunkumą, kai jį jautėte per praėjusią savaitę?		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10		
Neskauda	Skauda	Labai skauda

2 lentelės tęsinys**Šlapinimasis**

5. Kaip dažnai per pastarąją savaitę, baigę šlapintis, jutote, kad ne iki galo išsituštino šlapimo pūslė?

- ☐ 0 Niekada.
- ☐ 1 Mažiau kaip 1 iš 5 kartų.
- ☐ 2 Mažiau kaip pusę visų kartų.
- ☐ 3 Pusę visų kartų.
- ☐ 4 Daugiau kaip pusę visų kartų.
- ☐ 5 Beveik visada.

6. Kaip dažnai per pastarąją savaitę jums tekdavo vėl šlapintis nepraėjus dviem valandoms po paskutinio šlapinimosi?

- ☐ 0 Niekada.
- ☐ 1 Mažiau kaip 1 kartą iš 5.
- ☐ 2 Mažiau kaip pusę visų kartų.
- ☐ 3 Pusę visų kartų.
- ☐ 4 Daugiau kaip pusę visų kartų.
- ☐ 5 Beveik visada.

Simptomų įtaka

7. Kaip šie simptomai pastarąją savaitę jums trukdė daryti tą, ką paprastai darote?

- ☐ 0 Leido viską daryti.
- ☐ 1 Trukdė tik truputį.
- ☐ 2 Gerokai trukdė.
- ☐ 3 Labai trukdė.

8. Kiek pastarąją savaitę galvojote apie savo negalavimus?

- ☐ 0 Visiškai negalvojau.
- ☐ 1 Tik truputį.
- ☐ 2 Daugokai.
- ☐ 3 Daug.

Gyvenimo kokybė

9. Jeigu jums tektų su tokiais simptomais, kokius jautėtė pastarąją savaitę, nugyventi likusį gyvenimą, kokia būtų jūsų būseną?

- ☐ 0 Džiaugčiausi.
- ☐ 1 Būčiau laimingas.
- ☐ 2 Labai patenkintas.
- ☐ 3 Vidutiniškai.
- ☐ 4 Labai nepatenkintas.
- ☐ 5 Nelaimingas.
- ☐ 6 Tai būtų baisu.

Balų skaičiavimas

Skausmas: punktų – 1a, 1b, 1c, 2a, 2b, 3 ir 4 suma.

Šlapinimosi simptomai: punktų 5 ir 6 suma.

Įtaka gyvenimo kokybei: punktų 7, 8 ir 9 suma.

Bendra suma:

Skausmo, šlapinimosi simptomų, gyvenimo kokybės punktų sumos vertinimas:

- Ligos simptomai nereikšmingi = 0–9.
- Vidutinio sunkumo simptomai = 10–18.
- Sunki liga = 19–43.

3 lentelė. Lėtinio bakterinio prostatito gydymas fluorohinolonais

Floročinolonas	Dienos dozė (mg)	Gydymo trukmė (dienos)	Pacientų skaičius	Pasveikimo procentas
Ciprofloksacinas	1000	28	16	63
Norfloksacinas	800	28	14	64
Ofloksacinas	400	14	21	67

chirurginis gydymas.

2 kategorija. Pagrindinis gydymas – antibiotikais, nuo 4 iki 12 savaičių, nors per tą laiką bakterijos išnyksta tik 60–80 proc., toks gydymas neturėtų trukti ilgiau kaip 6 mėnesius (1). Be to, bakterijų išnykimas ne visuomet sutampa su simptomų susilpnėjimu. Kai prostatitis skiriamais vaistams atsparus, kartu su antibiotikais atliekamas prostatos masažas.

Optimali terapija – fluoročinolonai. Gydymas ciprofloksacinu, norfloksacinu, ofloksacinu duoda panašius rezultatus (3 lentelė) (22).

Vokietijoje atlikti tyrimai parodė, kad, gydant ciprofloksacinu, bakterinio prostatito išgydymas siekia 92 proc. po 3 mėnesius trukusio kontrolinio stebėjimo, 70–80 proc. – po 12–24 mėnesių (23). Kai prostatitis atsparus vaistams, kartu su antibiotikais atliekamas prostatos masažas.

3a kategorija. Apie 60 proc. sergančių LDSS ligonių, gydant antibiotikais, pasiekiami teigiamų rezultatų, todėl gydymas antibiotikais rekomenduotinas, nors jo veikimo mechanizmas nežinomas. Gydymo veiksmingumą kartais padidina prostatos masažas (19). Teigiamai veikia α -adrenoblokatoriai (alfuzosinas, doksazosinas ir kt.) (14, 16, 20). Tyrimai parodė, kad finasteridas arba fitoterpija veiksmingesnė už placebo. Teigiamai veikia transuretrinė ir transuretrinė adatų mikrobangų termoterapija (24). Dabar bandoma vartoti NSAID (nesteroidinius priešuždegiminius vaistus), ciklooksiginazės (COX-2) inhibitorius. Gali būti veiksmingas pentosano sulfatas, kuris kartais veiksmingas gydant ir intersticinę cistitą (21).

3b kategorija. Remiantis literatūros apžvalga, manoma, kad dieta (nevartojant alkoholio, kavos ir aštrių

prieskonių), α -adrenoblokatoriai, diazepamai, tricikliai antidepresantai, benzodiazepinai, nesteroidiniai priešuždegiminiai vaistai, analgetikai bei įvairios fizioterapinės procedūros sušvelnina šiai kategorijai priskiriamų ligonių negalavimus.

4 kategorija. Gydymas nereikalingas išskyrus, kai padidėjęs PSA (ir nediagnozuojamas vėžys), ligonis nevaisingas, arba kai reikalinga endoskopinė arba chirurginė intervencija (22).

Išvados

Prostatitas – labai paplitusi alinanti vyrų liga. Ūminį bakterinį prostatitą (1 kategorija) diagnozuoti ir gydyti nesudėtinga. Lėtinis bakterinis prostatitas (2 kategorija) – priešinės liaukos infekcinė liga su besikartojančiais šlapimo takų infekcijos simptomais nedažna. Šie prostatitai gydomi antibiotikais, fluoročinolonais. Su LDSS susijusiu lėtiniu prostatitu (3 kategorija) yra dauguma prostatitu sergančių ligonių; jis būna uždegiminis arba neuždegiminis.

Beveik 60 proc. ligonių, sergančių uždegiminiu LDSS (3a kategorijos prostatitas), pasveiksta po antibiotikų terapijos, net jeigu nepavyksta gauti duomenų apie bakterijų buvimą priešinėje liaukoje. Kol atliekami tikslesni tyrimai, kaip geriausiai gydyti neuždegiminį lėtinį dubens skausmo sindromą (3b kategorijos prostatitas), jis gydomas α^1 -adrenoblokatoriais, tricikliais antidepresantais, benzodiazepinais, nesteroidiniais priešuždegiminiais vaistais, fitoterapija, fizioterapija. Besimptomiam uždegiminiui prostatitui (4 kategorija) paprastai gydymas nereikalingas.

Fluoročinolonai saugiai ir veiksmingai gydo lėtinį bakterinį ir lėtinį nebakterinį uždegiminį prostatitą.

Chronic prostatitis with chronic pelvic pain syndrome

Antanas Balvočius

Public Institution Karoliniškės Polyclinic, Vilnius, Lithuania

Key words: chronic prostatitis, chronic pelvic pain syndrome, classification, diagnosing, treatment.

Summary. Almost 10% of the adult male population suffer from prostatitis. The International Prostatitis

Collaborative Network has devised and validated a clinically useful classification of prostatitis that urologists and primary care clinicians will find helpful. According to this schema, chronic bacterial prostatitis is clearly an infectious disease, and patients with chronic prostatitis associated with chronic pelvic pain syndrome can have either inflammatory or noninflammatory disease. Chronic bacterial prostatitis is uncommon, chronic nonbacterial prostatitis (CPPS) is extremely common. Antibiotic therapy is indicated in management of chronic bacterial prostatitis and inflammatory chronic pelvic pain syndrome. Fluoroquinolones are safe and effective in managing chronic bacterial prostatitis. Based on literature, noninflammatory chronic pelvic pain syndrome α can be treated using adrenergic blockade, analgesic, tricyclic antidepressants, benzodiazepine, physical therapy.

Correspondence to A. Balvočius, Public Institution Karolinischkes Policlinic, Asanavičiūtės 27^a, 2000 Vilnius, Lithuania

Literatūra

1. Nickel JC. Chronic prostatitis: an infectious disease? *Infect Urol* 2000;13:31-8.
2. Grannum R, Sant, Andrej Kaminski 1997 International research symposium on interstitial cystitis, 1997.
3. Moon TD, Hagen L, Heisey DM. Urinary symptomatology in younger men. *Urology* 1997;50:700-3.
4. Roberts RO, Jacobsen SJ, Rhodes T. A community based study on the prevalence of prostatitis. *J Urol* 1997;157:242A.
5. Moon TD. Questionnaire survey of urologists and primary care physicians' diagnostic and treatment practices for prostatitis. *Urology* 1997;50:543-7.
6. Jane L Miller, Ivan Rothman, et al. Prostatodeniija and interstitial cystitis: one and the same? *Urology* 1995;45:467-9.
7. Nickel JC, Nigro M, Valiquette L, et al. Diagnosis and treatment of prostatitis in Canada. *Urology* 1998;52:797-802.
8. Wenninger K, Heiman JR, Rothman I, et al. Sickness impact of chronic nonbacterial prostatitis and its correlates. *J Urol* 1996;155:965-8.
9. McNaughton-Collins M, O'Leary MP, Litwin MS, et al. Quality of life is impaired in men with chronic prostatitis: results from the NIH Cohort study (abstract). *J Urol* 2000; 163:23.
10. Drach GW, Fair WR, Meares EM, et al. Classification of benign diseases associated with prostatic pain: prostatitis or prostatodynia? *J Urol* 1978;120:266.
11. Krieger JN, Nyberg LJr, Nickel JC, for the International Prostatitis Collaborative Network. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA* 1999;282:236-7.
12. National Institutes of Health Summary Statement: National Institutes of Health/National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease workshop on chronic prostatitis. Bethesda, 1995.
13. Nickel JC, Nyberg LM, Hennenfent M. Research guidelines for chronic prostatitis: consensus report from the first National Institutes of Health International Prostatitis Collaborative Network. *Urology* 1999;54:229-33.
14. Krisiloff Diet: a simple dietary cure for prostatitis. IPCN Prostatitis meeting, 2001.
15. Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler FJr, et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. *J Urol* 1999;162:369-75.
16. Nickel JC. The Pre and Post Massage Test (PMMT): a simple screen for prostatitis. *Tech Urol* 1997;3:38-43.
17. McNaughton-Collins M, Fowler FJ, Elliott DB, et al. Diagnosing and treating chronic prostatitis: do urologists use the four-glass test? *Urology* 2000;55:403-7.
18. Bjerklund-Johansen T, Gruneberg RN, Guibert J, et al. The role of antibiotics in the treatment of chronic prostatitis: a consensus statement. *Eur Urol* 1998;34:457-66.
19. Osborn DE, George NJR, Rao PN. Prostatodynia - physiological characteristics and rational management with muscle relaxants. *Br J Urol* 1981;156:621-3.
20. Nickel JC. Prostatitis: evolving management strategies. *Urol Clin North Am* 1999;26:743-51.
21. Krhen I, Schonwald S, et al. The role of chlamydia trachomatis in the etiology of chronic prostatitis. *Europea urology supplements* 2002;1:176.
22. Nicel JC, Weidner W. Chronic prostatitis: current concepts and antimicrobial therapy. *Infections in Urology* 2000;13:22-9.
23. Weidner W, Ludwig M, Brahler E, Schiefer HG. Outcome of antibiotic therapy with ciprofloxacin in chronic bacterial prostatitis. *Drugs* 1999;58:103-6.
24. Leskinen M, Kilponen AE, et al. The effects of transurethral needle ablation (tuna) on symptoms of chronic pelvis pain syndrome. *European urology supplements* 2002;1:176.

Straipsnis gautas 2002 03 14, priimtas 2002 04 17

Received 14 March 2002, accepted 17 April 2002