

Массаж предстательной железы: клиническое руководство

В современной урологической практике массаж предстательной железы (МПЖ) занимает уникальное и противоречивое положение. С одной стороны, это одна из старейших манипуляций, применяемая с конца XIX века, с другой – метод, который в эру доказательной медицины подвергается жесткой критике и переоценке. Для практикующего врача-уролога крайне важно отделить исторические догмы от современных клинических данных, чтобы определить место этой процедуры в алгоритмах лечения пациентов с патологией предстательной железы.



1. Введение. История и современный контекст

Исторически, до открытия антибиотиков, повторный массаж простаты был «золотым стандартом» и практически единственным методом лечения ■

простатита. Логика вмешательства базировалась на механистической концепции дренирования: удаление гнойного детрита из ацинусов должно способствовать разрешению воспаления. С появлением сульфаниламидов и антибиотиков популярность метода резко снизилась, однако в последние десятилетия интерес к нему возродился на фоне роста антибиотикорезистентности и признания сложности патогенеза синдрома хронической тазовой боли (СР/СРРР) [1].

Актуальность глубокого анализа обусловлена тем, что хронический простатит и СР/СРРР остаются одними из самых частых причин обращения мужчин к урологу, значительно снижая качество жизни пациентов. Традиционная фармакотерапия часто оказывается неэффективной: антибиотики и альфа-блокаторы не всегда купируют симптомы, что заставляет врачей искать адъювантные методы, включая физическое воздействие на орган [3].

Целью данного отчета является предоставление исчерпывающего обзора доказательной базы по применению массажа простаты, дифференциация его диагностических и терапевтических ролей, а также четкое разграничение между массажем паренхимы железы и миофасциальным релизом мышц тазового дна.

2. Анатомо-физиологические и патогенетические механизмы воздействия

Понимание потенциальной эффективности массажа невозможно без детального анализа анатомии простаты и микробиологических аспектов хронического воспаления. Современная наука предлагает несколько теорий, объясняющих действие МПЖ.

2.1. Теория обструкции протоков и дренирование ацинусов

Предстательная железа представляет собой сложный тубуло-альвеолярный орган, секрет которого выводится через систему выводных протоков в простатический отдел уретры. При хроническом воспалении (категория II NIN) или невоспалительном синдроме боли (категория IIIВ) в просвете ацинусов накоп-

ливаются лейкоциты, десквамированный эпителий, макрофаги и бактерии, формируя микроабсцессы и ретенционные кисты. Со временем этот детрит может кальцифицироваться, образуя микролиты, которые механически блокируют выводные протоки.

Согласно «теории обструкции железистых протоков», этот застойный секрет является не только средой для персистенции инфекции, но и фактором химического раздражения ткани простаты (химический простатит), вызывая перерастяжение капсулы и боль [1].

Механизм действия массажа предстательной железы

Механическое давление пальца врача, направленное от периферии долей к центральной борозде, создает повышенное гидростатическое давление внутри долек (рис. 1).

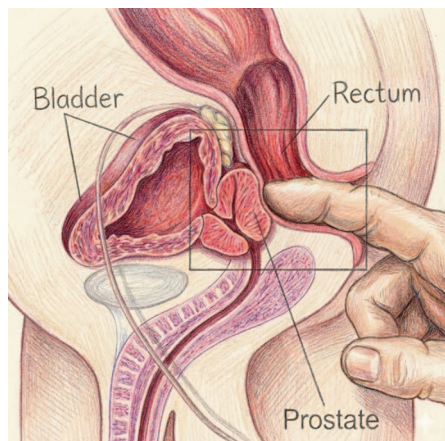


Рис. 1. Массаж предстательной железы

Это позволяет:

- 1. Преодолеть обструкцию.** Физически «протолкнуть» вязкие пробки в уретру.
- 2. Эвакуировать токсины.** Удалить продукты воспаления, снижая локальное тканевое напряжение.
- 3. Восстановить проходимость.** Регулярный дренаж предотвращает повторную закупорку и формирование новых микрокальцинатов [1].

2.2. Нарушение биофильмов и бактериальная персистенция

Одной из причин рефрактерности хронического бактериального простатита (ХБП) к антибиотикотерапии является способность бактерий (особенно *E. coli*, ■

Enterococcus faecalis, *Pseudomonas aeruginosa*) формировать биопленки на эпителии протоков и поверхности простатических конкрементов. Биопленка – это конгломерат микроорганизмов, погруженных в выделяемый ими внеклеточный матрикс, который защищает бактерии от иммунной системы хозяина и антибиотиков.

Роль массажа в разрушении биопленок

Доказательная медицина предполагает, что механическая деформация ткани при массаже может нарушать целостность биопленок, высвобождая планктонные формы бактерий. Планктонные формы метаболически более активны и значительно более чувствительны к антимикробным препаратам. Это обосновывает применение комбинированной терапии (массаж + антибиотики), так как массаж делает бактерии «доступными» для лекарств [2, 3].

2.3. Гемато-простатический барьер и фармакокинетика

Проникновение антибиотиков в ткань простаты затруднено наличием гемато-простатического барьера. Кроме того, воспалительный процесс часто изменяет рН секрета простаты в щелочную сторону (до 7,4–8,0 и выше), в то время как нормальный секрет имеет кислую реакцию (рН 6,4). Это влияет на ионизацию лекарственных средств – многие антибиотики (например, макролиды, триметоприм) являются слабыми основаниями и лучше концентрируются в кислой среде, которая исчезает при воспалении [4-6].

Влияние массажа на микроциркуляцию

Массаж стимулирует локальный кровоток (гиперемия), что теоретически увеличивает концентрацию антибиотиков в интерстиции железы. Клинические исследования подтверждают, что улучшение перфузии коррелирует с более быстрым разрешением симптомов [2].

2.4. Нейромодуляция и иммунологический ответ

При хроническом простатите/синдроме хронической тазовой боли (СР/СРПС)

ведущим патогенетическим звеном часто является не инфекция, а нейрогенное воспаление и центральная сенситизация. Длительная ноцицептивная импульсация от простаты приводит к снижению порога болевой чувствительности в спинном мозге.

Массаж может действовать через механизм «воротного контроля» боли, активируя толстые миелинизированные волокна (А-бета), которые тормозят проведение болевых импульсов по тонким волокнам (С-волокна). Кроме того, удаление антигенов при эвакуации секрета может снижать аутоиммунный компонент воспаления, прерывая каскад иммунологических реакций [7].

3. Диагностический массаж: краеугольный камень фенотипирования

В отличие от терапевтического массажа, диагностический массаж простаты имеет прочную доказательную базу и входит во все основные клинические рекомендации (EAU, AUA, RSU) как обязательный этап обследования пациента с подозрением на хронический простатит. Без получения биоматериала из простаты невозможно корректно классифицировать заболевание по системе NIH (категория II vs IIIA vs IIIB) и назначить таргетную терапию.

3.1. Сравнительный анализ диагностических проб

Золотым стандартом диагностики остается 4-стаканная проба Meares-Stamey, однако в клинической рутине она применяется редко из-за трудоемкости. Достойной альтернативой является 2-стаканная проба (PPMT), предложенная J.C. Nickel. *(читать тут ссылка на нашу статью <https://uroweb.ru/news/optimizatsiya-diagnosticheskikh-algoritmov-pri-hronicheskom-prostatite-kompleksniy-sravnitelnyy-analiz-mikroskopii-i-metodov-suhoy-himii-v-ramkah-dvuhstakannoy-probi>).*

Клиническая интерпретация

Согласно рекомендациям AUA, 2-стаканная проба считается диагностически значимой, если в постмассажной порции мочи (VB3) или секрете (EPS) количество бактерий или лейкоцитов значительно превышает таковое в ■

Таблица 1. Сравнение диагностической эффективности методов получения секрета предстательной железы

Характеристика	4-стаканная проба (Meares-Stamey)	2-стаканная проба (Nickel)	Анализ спермы
Состав проб	VB1 (уретра), VB2 (пузырь), EPS (секрет), VB3 (после массажа)	VB2 (пре-массаж), VB3/EPS (пост-массаж)	Эякулят
Чувствительность	Эталон (100% по определению)	>90% (в сравнении с 4-стаканной) [8]	Высокая для Грам (+) флоры [10]
Специфичность	Высокая (исключает уретральную и пузырную контаминацию)	Высокая (при условии стерильности VB2)	Низкая (риск контаминации уретрой)
Трудозатраты	Высокие (требует времени и 4 посевов)	Умеренные (оптимально для скрининга)	Низкие
Рекомендации AUA/EAU	Рекомендована как стандарт	Рекомендована как разумная альтернатива [8]	Дополнительный метод [10]

премассажной порции (VB2). Исследования показывают, что предсказательная ценность положительного результата (PPV) 2-стаканной пробы составляет более 96% при правильном выполнении [9].

3.2. Значение микроскопии секрета и лейкоцитов

Наличие лейкоцитов в секрете простаты (более 10 в поле зрения при большом увеличении) является маркером воспаления (категория IIIA), но, как показывают крупные когортные исследования (CPCRN), **слабо коррелирует с выраженностью симптомов**. Пациенты с высоким лейкоцитозом могут не испытывать боли, и наоборот. Тем не менее, диагностический массаж необходим для выявления бактериального агента, так как наличие бактерий (Категория II) требует принципиально иного подхода – длительной антибиотикотерапии, в то время как абактериальный простатит (Категория III) лечится мультимодально [12].

3.3. Технические аспекты выполнения

Для получения валидного образца массаж должен быть достаточно интенсивным, чтобы получить секрет, но не травматичным. Рекомендуется методика поглаживания от периферии к центру с финальным надавливанием на центральную борозду. Если секрет (EPS) не выделяется из уретры (что бывает у 30-50% пациентов), сбор мочи сразу после массажа (VB3) является обязательным, так как она содержит вымытый из уретры простатический секрет и обладает эквивалентной диагностической ценностью [9].

4. Терапевтический массаж при хроническом бактериальном простатите (ХБП)

Применение массажа как лечебной процедуры (курсовое применение) при доказанном бактериальном простатите (NIH Категория II) имеет патофизиологическое обоснование и ряд клинических подтверждений, несмотря на скепсис некоторых руководств.

4.1. Доказательная база комбинированной терапии

Систематический обзор литературы, проведенный Mishra et al. (2008) и обновленные данные (2015–2025), указывают на эффективность массажа в группе пациентов с **рефрактерным** простатитом, у которых предшествующие курсы антибиотиков были неуспешны [5].

Исследование «Манильский протокол» (Nickel et al., 1999)

В классическом исследовании пациентов с рефрактерным простатитом подвергали повторному массажу простаты (3 раза в неделю) в сочетании с антибиотиками.

• **Результат.** У значительной части пациентов, ранее не отвечавших на терапию, была достигнута клиническая и микробиологическая ремиссия. ■

- **Вывод.** Комбинация механического опорожнения и антимикробной терапии работает синергично. Массаж «открывает двери» для антибиотиков в ранее заблокированные инфекционные очаги [11].

4.2. Метаанализы и эффективность симптоматического контроля

Метаанализ 2024 года, рассматривающий механические методы воздействия (включая массаж и вибрацию), показал значимое снижение индекса симптомов NIH-CPSI. В исследовании, комбинирующем массаж с экстракорпоральной ударно-волновой терапией (Li-ESWT), средний балл NIH-CPSI снизился с 27,2 до 18,0, что является клинически значимым улучшением (>6 баллов) [1].

Синергия с альфа-адреноблокаторами

Применение альфа-блокаторов (тамсулозин) снижает тонус гладкой мускулатуры простаты и шейки мочевого пузыря, уменьшая турбулентность потока мочи и интрапростатический рефлюкс. Добавление массажа к этой терапии способствует более полному опорожнению железистых долек. Исследования показывают, что такая «тройная терапия» (антибиотик + альфа-блокатор + массаж/противовоспалительные) превосходит монотерапию [15].

5. Терапевтический массаж при синдроме хронической тазовой боли (CP/CPPS)

Категория III (CP/CPPS) представляет собой наиболее сложную группу, так как этиология часто не связана с активной инфекцией. Здесь роль классического массажа простаты наиболее спорна, и доказательная база смещается в сторону других методов.

5.1. Позиция Кокрейновского сообщества (Cochrane Review)

Систематический обзор Franco JVA et al. (обновленный в 2019-2020 гг.) является наиболее авторитетным источником данных.



- Авторы проанализировали исследования по немедикаментозным вмешательствам. Вывод гласит, что качество доказательств эффективности массажа простаты как изолированного метода лечения CP/CPPS является **низким**.

- Некоторые исследования показали снижение симптомов, но недостатки дизайна (отсутствие двойного ослепления, малые выборки) не позволяют рекомендовать его как стандарт лечения.

- В том же обзоре акупунктура и ударно-волновая терапия (ESWT) показали более убедительные результаты по снижению симптоматики с умеренным уровнем доказательности [17].

5.2. Сравнение с физиотерапевтическими методами

Современные данные свидетельствуют о том, что аппаратные методики могут превосходить ручной массаж по стандартизации и глубине воздействия.

- **Ударно-волновая терапия (Li-ESWT)**. Метаанализы подтверждают, что Li-ESWT достоверно снижает боль и улучшает качество жизни при CP/CPPS, возможно, за счет неоангиогенеза и подавления воспаления, с меньшим дискомфортом для пациента, чем ректальный массаж [3].

- **Электромагнитная стимуляция**. Исследования показывают эффективность магнитной стимуляции в расслаблении мышц тазового дна, что патогенетически обосновано при миофасциальном синдроме [21].

6. От массажа простаты к миофасциальному релаксу

Одним из ключевых инсайтов доказательной медицины последнего десятилетия стало понимание того, что у 50-80% мужчин с диагнозом «простатит» источником боли является не простата, а спазм мышц тазового дна (levator ani, obturator internus). Это требует фундаментального пересмотра техники мануального воздействия. ■

6.1. Фенотипирование по системе UPOINT (Домен «Т»)

Система UPOINT, рекомендованная EAU и AUA, включает домен Т (**Tenderness of skeletal muscles**). Пациенты с положительным доменом Т имеют болезненные триггерные точки при пальпации мышц таза, но сама простата может быть безболезненной.

Для этой группы пациентов классический массаж простаты (давление на железу) является ошибкой. Он может усилить отек и боль. Вместо этого показан **миофасциальный релакс (MFR)** – техника, при которой врач воздействует на спазмированные участки мышц, растягивая их и инактивируя триггерные точки [22].

6.2. Доказательная база миофасциального релакса

Рандомизированное контролируемое исследование Fitzgerald et al. сравнивало эффективность миофасциальной физиотерапии (MPT) и классического общеукрепляющего массажа тела (Global Therapeutic Massage).

Таблица 2. Дифференциальная диагностика и выбор мануальной техники

Критерий	Классический массаж простаты	Миофасциальный релиз (MFR)
Патология	Хронический бактериальный простатит (Cat II)	CP/CPPS (Cat IIIB), миофасциальный синдром
Цель	Дренаж, получение секрета	Релаксация мышц, инактивация триггеров
Точка приложения	Паренхима предстательной железы	Мышцы: <i>Levator ani</i> , <i>Obturator int.</i> , <i>Piriformis</i>
Техника	Поглаживание/надавливание на доли	Ишемическая компрессия, растяжение мышц
Болезненность	Умеренная («неприятное давление»)	Высокая (воспроизведение типичной боли пациента)
Рекомендация EAU/AUA	Опционально / Спорно	Рекомендовано (при наличии мышечного спазма)

- Оно показало, что в группе МРТ уровень ответа на терапию (Global Response Assessment) составил 57-59%, тогда как в контрольной группе – только 21-26%.

- Специфическая работа с мышцами тазового дна через ректальный доступ является доказанным методом лечения (Уровень 1b), превосходящим неспецифические методы. EAU присваивает рекомендации по миофасциальной терапии высокий рейтинг силы (Strength rating: Strong) для женщин и мужчин с миофасциальным болевым синдромом [7].

7. Риски, осложнения массажа предстательной железы и противопоказания

Несмотря на кажущуюся простоту, массаж простаты является инвазивной процедурой с потенциально серьезными осложнениями. Врач обязан оценивать риски перед каждой процедурой.

7.1. Острый бактериальный простатит – абсолютное противопоказание

Самым грозным осложнением массажа является генерализация инфекции. При остром бактериальном простатите (ОБП, Категория I) ткань предстательной железы гиперемирована, отечна, а сосудистая проницаемость повышена.

- **Риск сепсиса.** Энергичный массаж приводит к массивному поступлению бактерий и эндотоксинов в системный кровоток (бактериемия). Учитывая высокую вирулентность возбудителей (часто *E. coli*), это может вызвать септический шок.

- **Рекомендация.** При наличии лихорадки, озноба, острой боли в промежности и дизурии массаж простаты **категорически запрещен**. Диагноз ОБП ставится на основании анализа средней порции мочи (MSU) и посева крови. Пальцевое исследование должно быть предельно осторожным, только для подтверждения болезненности и флюктуации (абсцесс) [8]. ■

7.2. Нежелательные явления

Согласно систематическим обзорам, частота осложнений при правильном выполнении процедуры у пациентов с хроническим процессом невысока, но они существуют.

- **Транзиторная бактериемия.** Даже при хроническом простатите массаж может вызывать кратковременный выход бактерий в кровь. Хотя клинически значимый сепсис редок, у пациентов с пороками сердца или иммунодефицитом риск выше.

- **Геморрой и повреждение слизистой.** Обострение геморроя, трещины анального канала, кровотечение (до 13-14% случаев дискомфорта/кровотечений по данным опросов) [29].

- **Задержка мочи.** Отек предстательной железы после интенсивного массажа может вызвать острую задержку мочи (ОЗМ), особенно у пациентов с сопутствующей ДГПЖ. Описаны случаи ОЗМ, потребовавшие катетеризации [31].

- **Гемоспермия.** Появление крови в сперме пугает пациентов, но обычно является доброкачественным и самоограничивающимся явлением.

7.3. Онкологическая настороженность

Массаж простаты вызывает транзиторное повышение уровня простат-специфического антигена (ПСА) (рис. 2). Это может привести к ложноположительным результатам скрининга на рак простаты. Рекомендуется воздержаться от сдачи крови на ПСА в течение 24-48 часов после массажа (лучше – 1 неделя). При подозрении на рак (узлы при пальпации, высокий ПСА) массаж не рекомендуется до выполнения биопсии или МРТ, чтобы избежать теоретического риска диссеминации клеток, хотя клинически этот риск не доказан однозначно [30].



Массаж простаты вызывает транзиторное повышение уровня простат-специфического антигена (ПСА). Это может привести к ложноположительным результатам скрининга на рак простаты.

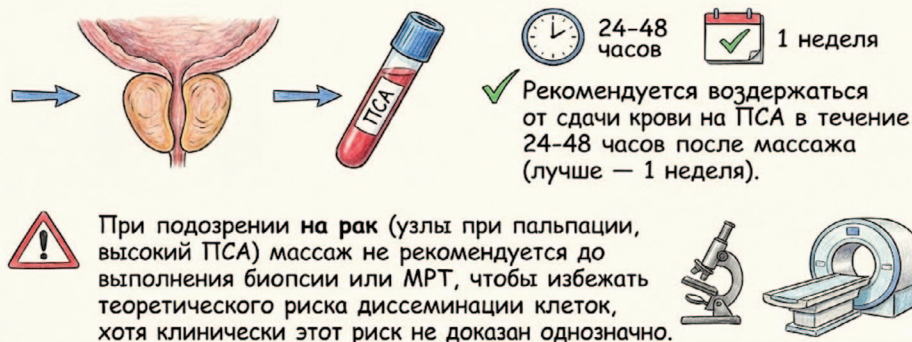


Рис. 2. Влияние массажа простаты на уровень ПСА

8. Анализ актуальных клинических рекомендаций (2020-2025)

Для врача-уролога правовой и профессиональной основой действий являются клинические рекомендации.

8.1. EAU Guidelines (Европейская ассоциация урологов)

- Подтверждает необходимость 2-стаканной или 4-стаканной пробы.

• Акцент на мультимодальном подходе. Массаж предстательной железы как монотерапия не имеет сильных рекомендаций. Однако **миофасциальная физиотерапия** (включая интравектальные техники) рекомендована с высоким уровнем доказательности (Grade A/B) для пациентов с мышечным гипертонусом [7].

8.2. AUA Guidelines (Американская урологическая ассоциация)

• В гайдлайнах 2024-2025 гг. отмечается, что роль повторного терапевтического массажа предстательной железы остается «неясной» из-за недостатка качественных RCT. ■

- Предпочтение отдается фармакотерапии и физиотерапии тазового дна. Массаж простаты может рассматриваться в индивидуальном порядке, но не как стандарт первой линии. Подчеркивается необходимость фенотипирования UPOINT [20].

8.3. Практика в России и странах СНГ

В российской урологической школе традиции применения массажа более сильны. Многие эксперты и локальные протоколы рассматривают его как важную часть комплексной терапии застойного простатита. Это создает определенный диссонанс с западными гайдлайнами, который врач должен преодолевать, опираясь на персонализированный подход и объективные данные (наличие застоя, лейкоцитов, ответ на процедуру).

9. Выводы и клинический алгоритм

Проведенное глубокое исследование позволяет сделать следующие выводы для практикующего врача:

1. Массаж простаты не является универсальным средством. Его эффективность зависит от фенотипа пациента. Он наиболее оправдан при **хроническом бактериальном простатите (категория II)** с доказанной инфекцией и явлениями обструкции протоков, особенно в комбинации с антибиотиками.

2. У пациентов с синдромом хронической тазовой боли (категория IIIВ) без инфекции «массаж простаты» должен быть заменен на **«Миофасциальное расслабление мышц тазового дна»**. Воздействие должно быть направлено на спазмированные мышцы, а не на железу.

3. Строгое соблюдение противопоказаний (острый простатит, абсцесс) критически важно для предотвращения септических осложнений.

4. Монотерапия массажем неэффективна. Максимальный результат достигается в сочетании с антибиотикотерапией (при инфекции), альфа-блокаторами и изменением образа жизни.

Предлагаемый алгоритм принятия решений:

1. Пациент с болью в тазу > 3 месяцев.

2. Шаг 1. Диагностика. Пальцевое ректальное исследование (DRE) + 2-стаканная проба (РРМТ). Оценка:

- Есть ли болезненность простаты?
- Есть ли болезненность мышц таза (Т-домен)?
- Есть ли бактерии/лейкоциты в постмассажной порции?

3. Шаг 2. Выбор тактики.

• *Есть бактерии (Категория II):* антибиотики + альфа-блокаторы. Рассмотреть **терапевтический массаж простаты** (2-3 раза в неделю, 3-4 недели) для улучшения дренажа и проникновения антибиотиков.

• *Нет бактерий, есть мышечный спазм (Категория IIIВ, Фенотип Т):* антибиотики не показаны. Назначить миофасциальную релаксацию (физиотерапию), упражнения на релаксацию, миорелаксанты.

• *Нет бактерий, нет спазма (Категория IIIВ, Фенотип U/O):* альфа-блокаторы, противовоспалительные, фитотерапия. Массаж простаты малоэффективен, рассмотреть ESWT.

Таким образом, массаж предстательной железы трансформируется из рутинной процедуры «для всех» в тонкий инструмент таргетной терапии, требующий от врача высокой квалификации и понимания патофизиологии. ■

*Материал подготовлен Шадеркиным Игорем Аркадьевичем,
основателем Uroweb.ru.*

Литература

1. Lin W, Wang Y, Chen Y. Efficacy Analysis of Physical Therapy in Treating Chronic Prostatitis: Unlocking Obstructed Glandular Ducts Could Be a Novel Treatment Strategy. Res Rep Urol. 2023;15:553-561. <https://doi.org/10.2147/RRU.S442844>.

дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10742744/>.

2. *Chronic Prostatitis and Massage Therapy* – Prof.Dr. Emin ÖZBEK, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://dreminozbek.com/en/chronic-prostatitis-and-massage-therapy/>.

3. Qin Z, Zhang C, Wei X, Cui J, Yu Y, Pang R, Li X, Kwong JSW, Doiron RC, Nickel JC, Wu J. *Comparative efficacy of non-pharmacological management for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a systematic review and network meta-analysis protocol*. *BMJ Open*. 2024;14(12):e088848. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-088848>. дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39627138/>.

4. *Diagnosis and Management of Male Chronic Pelvic Pain (Chronic Prostatitis – American Urological Association*, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://www.auanet.org/documents/Guidelines/PDF/2025%20Guidelines/PPP%20Unabridged%202025.pdf>.

5. *Role of repeated prostatic massage in chronic prostatitis: a systematic review of the literature*, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, https://www.academia.edu/106352927/Role_of_Repeated_Prostatic_Massage_in_Chronic_Prostatitis_A_Systematic_Review_of_the_Literature.

6. *Chronic prostatitis—an infectious disease?* | *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* | Oxford Academic, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://academic.oup.com/jac/article/46/2/157/881384>.

7. *EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain* – Cloudfront.net, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Chronic-Pelvic-Pain-2025.pdf>.

8. *Prostatitis: Diagnosis and Treatment* – AAFP, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2010/0815/p397.html>.

9. *How Does the Pre-Massage and Post-Massage 2-Glass Test Compare to the Meares-Stamey 4-Glass Test in Men With Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome?* *Journal of Urology*, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://www.auajournals.org/doi/abs/10.1016/S0022-5347%2806%2900498-8>.

10. Magri V, Perletti G, Stamatou K. *Pathogen Detection and Diagnostic Scenarios in Chronic Prostatitis*. *Diagnostics (Basel)*. 2025;15(6):762. <https://doi.org/10.3390/diagnostics15060762>. дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11941190/>.

11. *Chronic Prostatitis and Chronic Pelvic Pain Syndrome in Men* – StatPearls – NCBI Bookshelf, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK599550/>.

12. *Diagnosis and Management of Male Chronic Pelvic Pain (Chronic Prostatitis/ Chronic Pelvic Pain Syndrome and Chronic Scrotal Content Pain): AUA Guideline (2025)*, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://www.auanet.org/documents/Guidelines/PDF/2025%20Guidelines/PPP%20Unabridged%20041025.pdf>.

13. *Prostatitis – diagnosis and treatment* – RACGP, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://www.racgp.org.au/afp/2013/april/prostatitis>.

14. Shoskes DA, Zeitlin SI. *Use of prostatic massage in combination with antibiotics in the treatment of chronic prostatitis*. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 1999;2(3):159-162. <https://doi.org/10.1038/sj.pcap.4500308>. дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12496826/>.

15. *Diagnosis and Management of Male Chronic Pelvic Pain (Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome and Chronic Scrotal Content Pain): AUA Guideline (2025)*, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://www.auanet.org/guidelines-and-quality/guidelines/male-chronic-pelvic-pain>.

16. *Long-term Results of Multimodal Therapy for Chronic Prostatitis/chronic Pelvic Pain Syndrome*. *Journal of Urology*, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://www.auajournals.org/doi/10.1097/01.ju.0000055549.95490.3c>.



17. *Non-pharmacological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome* – Franco, JVA – 2018. *Cochrane Library*, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012551.pub2/full/en>.
18. *Intervention for treating chronic prostatitis and chronic pelvic pain in men*. *Cochrane*, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, https://www.cochrane.org/evidence/CD012551_intervention-treating-chronic-prostatitis-and-chronic-pelvic-pain-men.
19. *Prostatitis treatments*, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://prostatecanceruk.org/prostate-information-and-support/just-diagnosed/other-prostate-problems/prostatitis-treatments>.
20. *Alternative Interventions for Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome in Men* | AAFP, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0601/p677.html>.
21. Zhu M, Huang F, Xu J, Zhou Q, Ding B, Shen Y. *Efficacy and factors of myofascial release therapy combined with electrical and magnetic stimulation in the treatment of chronic pelvic pain syndrome*. *Open Med (Wars)*. 2024 May 28;19(1):20240936. <https://doi.org/10.1515/med-2024-0936>. дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11151395/>.
22. Ajimsha MS, Ismail LA, Al-Mudahka N, Majzoub A. *Effectiveness of external myofascial mobilisation in the management of male chronic pelvic pain of muscle spastic type: A retrospective study*. *Arab J Urol*. 2021;19(3):394–400. <https://doi.org/10.1080/2090598X.2021.1954414>. дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8451701/>.
23. *EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain – MANAGEMENT* – Uroweb, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://uroweb.org/guidelines/chronic-pelvic-pain/chapter/management>.
24. *AUA Guideline: Part II Treatment of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome* – *Journal of Urology*, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://www.auajournals.org/doi/pdf/10.1097/JU.0000000000004565>
25. *Benign Prostate Disorders – Endotext* – NCBI Bookshelf – NIH, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279008/>.
26. *The four categories of prostatitis: A practical approach to treatment*, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://www.cjom.org/content/ccjom/68/5/389.full.pdf>.
27. *Acute Bacterial Prostatitis: Diagnosis and Management* – AAFP, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2016/0115/p114.html>.
28. *EAU Guidelines on Urological Infections* – Uroweb, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://uroweb.org/guidelines/urological-infections/chapter/the-guideline%20%20>.
29. *Evaluation of an At-Home-Use Prostate Massage Device for Men with Lower Urinary Tract Symptoms*, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://openurologyandnephrologyjournal.com/VOLUME/2/PAGE/20/FULLTEXT/>.
30. *A Complete Guide to Prostate Massage* – Healthgrades Health Library, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://resources.healthgrades.com/right-care/mens-health/prostate-massage>.
31. Hennenfent BR, Lazarte AR, Feliciano AE Jr. *Repetitive prostatic massage and drug therapy as an alternative to transurethral resection of the prostate*. *MedGenMed*. 2006;8(4):19. дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1868377/>.
32. *EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain – INTRODUCTION*, дата последнего обращения: декабря 24, 2025, <https://uroweb.org/guidelines/chronic-pelvic-pain>.