

Интегративный подход к лечению симптомов хронической тазовой боли

Согласно данным Американской медицинской академии боли (ААРМ), более 1,5 млрд человек в мире страдает от простатита и простатического болевого синдрома (ПБС). Заболеваемость, по разным данным, составляет от 2,5 до 85% мужского населения [1, 2]. То есть на данный момент масштаб проблемы сопоставим с заболеваемостью ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом. Это гигантское финансовое бремя для любой системы здравоохранения: расходы на диагностику и лечение простатита составляют 84 млн долларов в год, без учета расходов на фармацевцию. Также это серьезная нагрузка на уролога: в амбулаторной урологии в 35–41% случаев причиной визита мужчин к врачу является хронический простатит (ХП); по другим данным, к урологу с диагнозом ХП обращается 54 пациента в месяц [3–5]. Для многих мужчин это и личная драма: в год 14% пациентов с простатитом теряют работу, 10,8% злоупотребляют алкоголем.



Сведения об авторе:

Е.С. Шпилея, д.м.н., профессор кафедры урологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», заведующий урологическим отделением клиники им. Э.Э. Эйхвальда (СЗГМУ им. И.И. Мечникова)

На сегодняшний день мы имеем устаревшие классификации простатитов (существуют более 25 лет), и ни одна из них не отражает уровень современных знаний о простатите.

В соответствии с МКБ-10 среди воспалительных заболеваний предстательной железы (ПЖ) выделяются: N 41.0 – острый простатит, N 41.1 – ХП, N 41.3 – простатоцистит, N 41.8 – другие воспалительные болезни ПЖ и N 41.9 – неуточненная воспалительная болезнь ПЖ.

В классификации Американского института здоровья (NIH) имеются следующие разделы: I – острый бактериальный простатит; II – хронический бактериальный простатит; III – синдром хронической тазовой боли (СХТБ) / хронический небактериальный простатит (составляет более 90% от ХП), подразделяемый на А – воспалительный (наличие лейкоцитов в секрете ПЖ) и В – невоспалительный (отсутствие лейкоцитов в секрете ПЖ); IV – бессимптомный вос-

палительный простатит (гистологический диагноз).

Термины «ХП» и «ПБС» спорны. Классификация не позволяет ответить на массу вопросов, необходимо ее обновление.

По мнению профессора М.И. Кога, «если при воспалительной форме (только 10% простатитов) болевой синдром можно частично объяснить действием собственно воспаления, то при невоспалительной форме даже скрупулезное обследование тончайшими методами диагностики не выявляет какой-либо органической патологии, обусловливающей стойкость и выраженность боли, не определены механизмы ее развития» [6].

Согласно Клиническим рекомендациям по лечению ПБС Европейской ассоциации урологов (EAU) 2019 г., критериями ХП являются: боль более 3 мес., периодическая или постоянная, воспроизводимая при пальпации простаты, имеющаяся при отсутствии инфекции или другой ло-

кальной патологии, ассоциированная с когнитивными, эмоциональными, поведенческими, сексуальными проблемами, СНМП, т. е. нарушающая качество жизни человека.

Сейчас происходит пересмотр представлений о ПБС – инфекция в ПЖ при заболевании есть всегда. Обзор (856 ссылок) 1980–2017 гг. (1442 пациента) доказал инфекционную этиологию простатита у 74,2% пациентов, из них *C. trachomatis*, *T. vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum* – у 37,2%, 10% и 5%, а *E. coli* – только у 6,6% [7].

Секрет предстательной железы (СПЖ) здоровых мужчин содержит широкий паттерн микроорганизмов с доминированием *Streptococcus*, *Corynebacterium*, *Fingoldia*, *Veillonella*, *Prevotella*, *Staphylococcus*, *Anaerococcus*, *Peptoniphilus* [8]. Причем многие из них относят к неклостридиально-анаэробным бактериям. В 95% случаев из СПЖ выделяется бактериальная микст-инфекция с уровнем обсемененности примерно 10^5 КОЕ /мл. Доминируют неклостридиальные анаэробные бактерии (100%), коагулазоотрицательные стафилококки (71%), коринебактерии (67%), доля энтеробактерий – 10% [9].

В исследовании 2014 г. у медведей коала была выявлена органотропность хламидийной инфекции к простате (при гистологическом исследовании урогенитального тракта инфицированных животных были установлены изменения, характерные для простатита) [10]. В связи с этим можно сделать вывод, что антибиотики нужны хотя бы для начала лечения: от четверти до половины пациентов испытывают улучшение на фоне антибактериальной терапии (АТ) длительностью от 4 до 6 нед. При первичном обращении по поводу ХП АТ чаще успешна независимо от бактериального агента (95% – эмпирическое назначение), а при длительном, хроническом и уже леченом ХП/СХТБ эффект от антибиотиков невысок, целесообразности в их назначении нет [11].

Появились данные, что ПБС в значительной мере обусловлен хронической ишемией в тканях проста-

ты. В 2018 г. М.И. Коган и соавт. опубликовали в журнале «Урология» исследование «Морфологические доказательства ишемической природы фиброза предстательной железы при классическом синдроме хронической тазовой боли / хроническом простатите IIIВ». Специалисты изучили результаты биопсии пациентов и обнаружили снижение плотности сосудов микроциркуляторного русла и стенозирование просвета артериол, уменьшение количества нервных волокон и сдавление их фиброзной тканью. Изменения простатической ткани при СХТБ/ХП IIIВ предполагают наличие хронического тазового ишемического процесса и позволяют исключать его связь с воспалением как с основным патологическим процессом [12].

Еще одна точка зрения, которой придерживаются в настоящее время некоторые исследователи: ПБС является следствием окислительного стресса, дисбаланс между реактивным видом кислорода и антиоксидантами в организме может вызвать повреждение тканей. Окислительный стресс имеет существенное значение в патогенезе ХП, СХТБ и мужского бесплодия [13]. Тогда для лечения можно применять ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа [14].

Рассматривается теория о том, что ПБС – это клиническое проявление сбоя системных гормонально-метаболических процессов. Возникающий при этом окислительный стресс реализуют свое негативное влияние на ПЖ, вызывая тяжелые анатомо-функциональные нарушения, сопровождающиеся нейропатической болью [6]. Исследование С.Ю. Калинченко и И.А. Тюзикова показало у 58,9% мужчин с ПБС наличие дефицита тестостерона, а у 60% мужчин имелись длительные хронические воспалительные заболевания простаты [15].

Некоторые специалисты придерживаются мнения, что ПБС – миофасциальный синдром, и хронический бактериальный простатит следует понимать не как воспаление ткани простаты, обусловленное микроорганизмами, а как совокупность

симптомов, происхождение которых связано не с ПЖ, а с миофасциальным, вертебральным или другими синдромами (синдромом тазовых вен); инфицирование является проходящим и исчезает после нормализации гемодинамики в простате [16].

Выявлены нейрофизиологические механизмы ПБС и сопутствующей ему психопатологии: при СХТБ отмечаются дисфункции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, вегетативной нервной системы, они наблюдаются и при депрессии, тревожных расстройствах [17]. Таким образом, есть много вариантов трактовки патогенеза ПБС, и все они имеют под собой основания. Однако в любом случае психические нарушения являются значимыми звеньями единого центрально-опосредованного патологического процесса, запускающего развитие симптомов СХТБ, группирующимися в так называемый единый функциональный соматический синдром [18]. Пациент всегда нуждается в консультации не только уролога, но и специалиста в области психоневрологии.

Важно помнить, что при ПБС происходит перекрестная сенситизация структур периферической и центральной нервной системы, общая афферентная и эфферентная иннервация, что влияет на кровообращение, мышечно-связочный аппарат органов малого таза. Поражение одного органа часто вовлекает в патологический процесс другие системы, участвующие в регуляции деятельности органов таза и мышечно-суставного аппарата тазового пояса, может повлечь за собой дисплазию тазобедренных суставов и коксартроз, дисфункцию крестцово-подвздошных сочленений с вторичными миофасциальными синдромами тазового дна и тоннельными невропатиями передней брюшной стенки и промежности. Одному урологу в этой системе не разобраться.

В поиске причин, приводящих к ХП, можно пойти и по другому пути. Например, на основе китайского ретроспективного исследования с участием 563 пациентов было установ-

лено, что соотношение рисков развития ХП/СХТБ статистически значимо возрастало с увеличением размеров крайней плоти [19].

Есть потребность в разработке новой классификации СХТБ, поскольку существующую, используемую Международной ассоциацией по изучению болевого синдрома (IAPS) и Европейским обществом урологов (EAU), сложно применять. Предполагается, что ряд специалистов: уролог, сексолог, гастроэнтеролог, психоневролог, проктолог, физиотерапевт, мануальный терапевт, – должны объединиться для лечения одного больного. В реальной практике это почти невозможно, если это не специализированная клиника боли. Поэтому большой интерес вызывает предложенная в 2008 г. доктором D. Shoskes из Кливленда классификация пациентов с урологической тазовой болью, СХТБ – UPOINT, которая предполагает проведение клинического фенотипирования, призванного помочь понять этиологию и разработать адекватную тактику лечения [20]. В соответствии с ней выделяют 6 клинически определенных областей – доменов, каждый из них предполагает специфичную прицельную (targeted) терапию, основанную на фенотипировании:

1. U – urinary (мочевой) – СНМП;
2. P – psychosocial (психологический) – депрессия, беспокойство;
3. O – organ specific (орган-специфический) – пальпация простаты усиливает боль;
4. I – infection (инфекционный) – частые эпизоды инфекции мочевых путей, положительные бакпосевы;
5. N – neurologic/systemic (неврологический/системный) – нейропатическая тазовая боль, синдром раздраженного кишечника, миалгии;
6. T – tenderness of muscles – болезненность и спазм промежности или мышц тазового дна.

Идет дискуссия по 7 пункту – S – sexual (сексуальный) о целесообразности участия в терапии сексолога. По мнению составителя классификации, включение домена эректильных расстройств в классификацию UPOINT не улучшит корреляцию с тя-

жестью симптомов у мужчин с ХП/ПБС [21]. Однако есть и противоположная точка зрения – европейское исследование показало, что предложенная в дополнение к 6 категориям UPOINT категория сексуальной функции усилила корреляцию с тяжестью совокупности симптомов [22]. 72% пациентов с СХТБ/ХП имеют сексуальную дисфункцию – частичное или полное нарушение эрекции (ЭД), снижение полового влечения, боль при эякуляции, преждевременную эякуляцию (ПЭ), сниженное общее сексуальное удовлетворение половым актом [23]. Безусловно, им нужна профессиональная помощь.

Фенотипирование по системе UPOINT(S) для выбора подходящих методов лечения может быть использовано в качестве ориентира для терапии [24]. Также разработан комплексный междисциплинарный подход к изучению хронической тазовой боли – MAPP Multidisciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain. Это сложная научно-исследовательская сеть, подразумевающая сложное оборудование, большой круг врачей. Подход помогает в определении фенотипов пациента и выявлении взаимосвязи между мочеполовой и другими системами [25].

Для валидации классификации UPOINT было проведено интернет-анкетирование 720 пациентов с ХП/СХТБ по классификации UPOINT. Были выявлены следующие проявления заболевания: U (urinary) – 52% в 2008 г. и 76% в 2014 г., P (psychosocial) – 34% и 74%, O (organ specific) – 61% и 75%, I (infection) – 16% и 10%, N (neurologic/systemic) – 37% и 46%, T (tenderness) – 53% и 75%. С таким количеством проблем сложно справиться одному врачу. Тем не менее, по анкете CPSI (индекс симптомов ХП) в среднем домен боли составлял 11,1 балла, домен дизурии – 4,8 балла, домен качества жизни – 7,6 балла и общий балл – 23,6. Была установлена прямая корреляция между баллом CPSI и количеством положительных доменов UPOINT. Это позволяет говорить о полной валидированности использования классификации UPOINT у пациентов с ХП/СХТБ [20].

28 рандомизированных контролируемых исследований доказывают эффективность только комбинированного подхода при полиэтиологическом заболевании. Монотерапия альфа-АБ, антибиотиками, нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС), иммуномодуляторами и физическими методами не демонстрирует достаточной эффективности. ХП/СХТБ имеет многофакторную патофизиологию, поэтому важно предварительно провести фенотипирование пациентов согласно классификации UPOINT, а затем подбирать мультимодальную терапию в зависимости от присутствия и/или преобладания того или иного домена [26].

Таким образом, лечение ХП/ПБС в соответствии с рекомендациями EAU 2019 г. включает большой перечень назначений препаратов и методик: антибиотики (4–6 недель эмпирической терапии); обучение ранжировать виды боли (Pain education); физиотерапия; психотерапия; диета; НПВС; А-блокеры; фитотерапия (цернилтон); танезумаб (моноклональные антитела); 5AP ингибиторы; прегабалин (антиэпилептоидный препарат); ботулотоксин; мышечные релаксанты (диазепам); пентозан полисульфат; акупунктура; УВТ. Хирургические методы не рекомендуется использовать [27].

Успешным результатом в соответствии с классификацией UPOINT(S) считается уменьшение оценок по NIH-CPSI не менее чем на 6 баллов через полгода [28]. В исследовании с участием 914 пациента, фенотипированных по UPOINT(S), которым назначались альфа-блокаторы, S. Repens, ликопин, селен, антибиотики (по показаниям), такой эффект был достигнут у 77,5% пациентов. При отсутствии эффекта назначают: антидепрессанты, анксиолитики, миорелаксанты или ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа [29].

В реальной поликлинической практике все эти задачи выполняет уролог (табл. 1).

Для облегчения работы урологов доктором G. Espinosa была разработана лечебная программа для ХП,

ТАБЛИЦА 1. Занятость уролога

№	Наименование домена	Клиника	Участие уролога
U	Мочевой (мочевыводящий тракт)	Оценка по NIH-CPSI > 4 баллов; позывы к мочеиспусканию, поллактурия, никтурия; количество остаточной мочи > 100 мл	1. U
P	Психосоциальный	Депрессия; катастрофизация проблемы (беспомощность, безнадежность)	P
O	Органоспецифический (простата)	Чувствительность при надавливании на простату; лейкоциты в секрете простаты; гипоспермия; наличие выраженных кальцинатов в простате	2. U
I	Инфекционный	Инфекция подтверждена 4/2-стаканной пробой	3. U
N	Неврологический / системный	Боль; синдром раздраженного кишечника; фибромиалгия; синдром хронической усталости	N
T	Болевой (болезненность/чувствительность при пальпации мускулатуры тазового дна)	Мышечное напряжение/судороги; триггерные точки	M
S	Нарушение сексуальной функции	Эректильная дисфункция; оргазмическая дисфункция; преждевременная эякуляция и т.д.	4. U

ПБС (НРАТ), включающая: диету, фитотерапию (препараты, содержащие пыльцу лекарственных растений, пробиотики), альтернативное лечение (акупунктура, массаж простаты, тазовая реабилитация и терапия), методики снятия стресса, лечебную физкультуру и модификация образа жизни. Это базовые составляющие новой специальности – «натуропатическая урология» [30].

Сравнительный анализ различных немедикаментозных методов лечения (38 исследований 1993–2016 гг. с участием 3187 мужчин с СХТБ/ХП) показал: акупунктура уменьшает боль, но не улучшает сексуальную жизнь, нет информации о влиянии на качество жизни, депрессию или беспокойство; изменение образа жизни – нет достаточной информации; физическая активность дает незначительный эффект, не уменьшает тревогу и депрессию; массаж простаты – нет достаточной информации, экстракорпоральная ударно-волновая терапия вызывает значительное уменьшение симптоматики, трансректальная термотерапия дает незначительный эффект [31].

Поскольку все эти методы не работают, появляются другие методики, в частности в России для лечения ПБС используются фитопрепараты (лопух большой, тимьян, ромашка, пыльца и семена тыквы, зверобой, эхинацея, толокнянка, барбарис, конский каштан, крапива, осина, марена красильная, можжевельник, золотарник, шпанская мушка, арахис).

В качестве альтернативы, при грамотной психологической работе уролога плацебо может быть самостоятельным методом лечения ХП. Систематический обзор и метаанализ результатов лечения ХП/СХТБ показал статистически значимую эффективность при использовании плацебо, которая увеличилась с течением времени. Реакция близких на болезнь также имеет важное значение: «заботливые реакции» увеличивают негативное влияние боли на инвалидность пациента, в то время как «отвлекающие реакции» имеют противоположный эффект [32]. Урологи должны поощрять пациентов участвовать во всех видах повседневной деятельности, если это возможно.

В России утвержден стандарт первичной медико-санитарной помощи при ХП (приказ Минздрава РФ № 907 и от 12 ноября 2012 г.). В перечень лекарственных препаратов, зарегистрированных на территории РФ, входят: спазмолитики (оксибутенин, солифенацин); препараты для лечения ЭД (варденафил, йохимбин, sildenafil, тадалафил, udenafil); альфа-адреноблокаторы (альфузозин, тамсулозин); ингибиторы 5A редуктазы; тетрациклины; цефалоспорины 3 поколения (цефиксим); фторхинолоны (левофлоксацин, цiproфлоксацин); интерфероны; производные уксусной кислоты (диклофенак) и пропионовой кислоты (кетопрофен). Среди немедикаментозных методов профилактики, лечения и медицинской реабилитации больных с ХП: электрофорез лекарственных средств; ректальное импульсное воздействие; ректальное воздействие магнитным полем; ректальная дарсонвализация; лечебная физкультура; массаж простаты; ректальная гипертермия; уретральная гипертермия.

Однако тенденции меняются. Если в 2018 г. лечению ХП было посвящено 9 публикаций, то в 2019 г. их было только 6. Интерес к теме начинает угасать. В отличие от предыдущих лет, когда публикации были посвящены методам исследования, в этом году представлены работы, в которых специалисты пытаются разобраться в причине заболевания.

И.П. Ашмарин, д.б.н., профессор, академик РАМН, лауреат Государственной премии СССР и премии Правительства РФ, разработал цитомедин-биорегулирующую терапию, основанную на эффекте пептидного каскада цитомединов (рис. 1).

Пептид взаимодействует с определенным участком ДНК и непосредственно с конкретным геном. Образуется РНК, синтезируются определенные белки, которые в свою очередь начинают выполнять специфические для данного округа функции. В органах и тканях животных содержатся пептиды, специфически регулирующие функциональную активность того органа или ткани, из которых

они выделены [33]. При жизни ученого работа, посвященная цитомедин-биорегулирующей терапии, была засекречена. Его дело продолжил полковник медицинской службы Х.В. Хавинсон, участвующий в разработке конкретного препарата – пептидный регулятор Витапрост®. Его активное вещество – эндогенная субстанция – комплекс водорастворимых биологически активных пептидов, выделенных из ПЖ ткани простаты быков, достигших половой зрелости, путем жесткого кислотного гидролиза, глубоко разрушающего клеточные структуры [34]. У препарата появилась серьезная доказательная база. Первое открытое несравнительное исследование по изучению эффективности и безопасности препарата Витапрост® в форме суппозиторий (доза по экстракту простаты – 50 мг) при ХП проводилось НИИ урологии Минздрава РФ в 2001 г. Исследование продемонстрировало хорошую эффективность препарата при немногочисленных нежелательных явлениях. Были сделаны выводы, что Витапрост® может быть применен в комплексной терапии бактериального и абактериального ХП, в т. ч. в сочетании с гиперплазией ПЖ, у пациентов всех возрастных групп [35].

За почти 20 лет успешного использования препарата Витапрост® в урологической практике после ряда углубленных исследований появились более четкие представления о его воздействии на возможные звенья патогенеза ХП: в первую очередь, это его иммуностимулирующее и иммуномодулирующее действие, причем влияние распространяется на все звенья иммунной системы: он способен регулировать соотно-

шение субпопуляций Т-лимфоцитов с одновременным уменьшением содержания в сыворотке крови IgG и IgA. Влияние пептида на метаболическую активность фагоцитов выражается в усилении активности кислородзависимых ферментных фагоцитирующих клеток [36].

Клиническая эффективность цитомединов была подтверждена в научном исследовании Д.Н. Солихова 2010 г. Согласно его данным, при лечении больных ХП с нарушением микроциркуляции в ПЖ биорегулирующим пептидом цитомединового ряда Витапрост® наблюдается быстрое и более значительно выраженное восстановление кровотока в этом органе (исчезает застой простаты, на этом фоне увеличивается бактерицидная защита, уменьшается болевой синдром, улучшается половая функция), тогда как при лечении альфа-1-адреноблокаторами, фитопрепаратами и НПВС наблюдается лишь умеренно выраженное улучшение микроциркуляции, а при монотерапии антибактериальными препаратами – только минимальное и статистически недостоверное улучшение кровотока в ПЖ [37].

ПБС и ХП ассоциированы с бесплодием: это связано со снижением концентрации и подвижности сперматозоидов, уменьшением объема спермы, содержания цинка, повышением содержания антиспермальных тел [38]. Было доказано, что применение препарата Витапрост® (ректальные суппозитории 50 мг) с последующим приемом Витапрост® таблеток 100 мг в качестве монотерапии ХП с нарушением сперматогенеза позволило увеличить подвижность сперматозидов в 2,3 раза, восстановить их кон-

центрацию до нормальных величин и улучшить морфологию, что имеет существенное значение для повышения фертильности [39].

В 2008 г. после ряда научных работ был получен Витапрост® Форте (высокой концентрации), в 2009 г. была разработана таблетированная форма, в 2016 г. – Витапрост® Плюс (соединение с ломефлоксацином, усиливающим антибактериальный эффект) [40].

Витапрост® – единственный в мире таблетированный препарат на основе пептидов. Его эффективность и безопасность подтверждены в сравнительном рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании 2008 г. под руководством А.А. Камалова. Было доказано, что применение препарата Витапрост® более чем в 2 раза уменьшает вероятность развития обострений ХП [41]. Также применение данного лекарственного средства уменьшало выраженность симптоматики ХП, в первую очередь боли (дискомфорта), в т. ч. в периоды обострений заболевания. Применение препарата Витапрост® приводило к существенному улучшению качества жизни больных ХП (по шкале симптомов NIH-CPSI), в т. ч. в периоды обострений воспалительного процесса; вызывало статистически достоверное уменьшение объема ПЖ (более чем на 6%). Положительный эффект может объясняться специфическим прямым и непрямым органотропным действием основного действующего вещества препарата (экстракта простаты) на простату, что способствует уменьшению отека органа и снижению активности сопутствующих воспалительных процессов. Применение препарата Витапрост® с целью профилактики обострений ХП не вызывало изменений показателей клинического и биохимического анализа крови и общего анализа мочи, серьезных нежелательных явлений, представляющих угрозу жизни или же приводящих к утрате трудоспособности.

За 20 лет выработались четкие схемы применения препарата в урологии – «терапия в 2 этапа». На 1 этапе

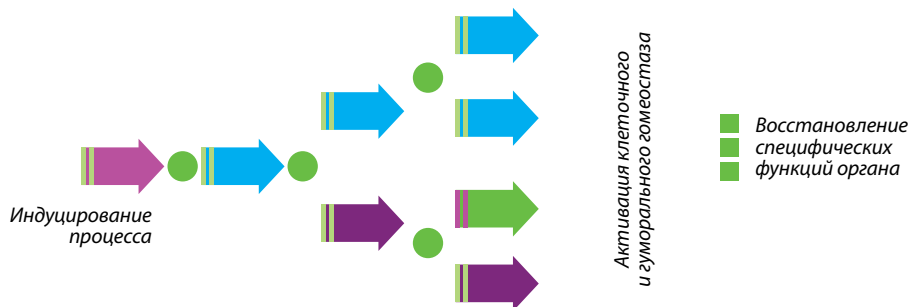


Рис. 1. Концепция регуляторного пептидного каскада

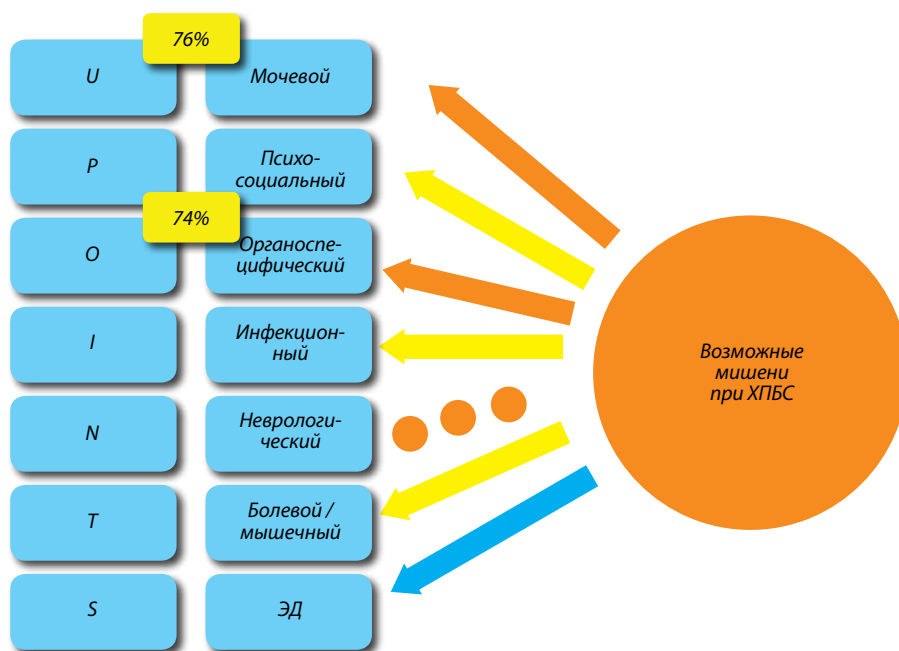


Рис. 2. Действие пептидов при СХТБ (ПБС) по доменам UPOINT

при абактериальном простатите следует назначать Витапрост® суппозитории № 10 (20 дней), при гиперплазии ПЖ – Витапрост® Форте № 10 (20 дней), при бактериальном простатите – Витапрост® Плюс №10 (20 дней). На 2 этапе терапии назначается Витапрост® таблетки № 20 (20 дней).

В заключение отмечу, что этиология ПБС требует дальнейшего изучения, его лечение задача довольно сложная. Применяется большое количество препаратов, привлекаются различные специалисты. Мультидисциплинарный подход – объединение усилий урологов и неврологов, психиатров, специалистов в области мануальной терапии – позволит повысить качество лечения и улучшить результаты. Мультиформальная терапия более успешна, чем эмпирическая монотерапия. Классификация UPOINT позволит проводить дифференцированную терапию с высокими показателями эффективности.

Простатический пептид – мультиформальный препарат для лечения заболеваний ПЖ Витапрост® демонстрирует высокую эффективность. Он имеет несколько патогенетических мишеней: иммунологическую, психосоматическую (приверженность пациентов лечению препаратом Витапрост® достаточно вы-

сока), ишемическую, инфекционную. На рисунке 2 показано действие пептидов при СХТБ (ПБС) по доменам UPOINT (охвачены все, кроме N).

Также Витапрост® обеспечивает нормализацию микроциркуляции и гемостаза простаты; снижение числа лейкоцитов в СПЖ и титра выявленного возбудителя; нормализует сперматогенез; повышает иммунитет, неспецифическую резистентность организма за счет модулирующего влияния на состояние Т- и В-систем. Препарат может быть применен в комплексной терапии гиперплазии ПЖ, бактериального и абактериального ХП (ЛВС, СХТБ) у пациентов всех возрастных групп. Витапрост® является эффективным средством ускоренной послеоперационной реабилитации при эндоурологических операциях на ПЖ.

ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ

1. Clemens J.Q., Meenan R.T., O’Keeffe Rosetti M.C., Kimes T., Calhoun E.A. Prevalence of and risk factors for prostatitis: population based assessment using physician assigned diagnoses. *J Urol.* 2007 Oct;178 (4 Pt 1):1333–1337.
2. Roberts R.O., Lieber M.M., Rhodes T., Girman C.J., Bostwick D.G., Jacobsen S.J.

Prevalence of a physician-assigned diagnosis of prostatitis: the Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status Among Men. *Urology.* 1998 Apr;51(4):578–84.

3. Pontari M.A., Joyce G.F., Wise M., McNaughton-Collins M.; Urologic Diseases in America Project. Prostatitis. *J Urol.* 2007;177(6):2050–73.
4. Кульчавеня Е.В., Холтобин Д.П., Шевченко С.Ю., Потапов В.В., Зулин Я.В. Частота хронического простатита в структуре амбулаторного урологического приема. *Экспериментальная и клиническая урология.* 2015;1:16–19.
5. Hosier G.W., Doiron R.C., Tolls V., Nickel J.C. The X-Y factor: Females and males with urological chronic pelvic pain syndrome present distinct clinical phenotypes. *Can Urol Assoc J.* 2018 Jun;12(6):E270-E275.
6. Черный А.А., Козан М.И., Ибишев Х.С. Сравнительный анализ клинического течения хронического бактериального простатита у пациентов с дефицитом и нормальным уровнем тестостерона крови. *Вестник урологии.* 2013; 2:10–14.
7. Skerk V., Krhen I., Kalenić S., Francetić J., Barsić B., Kuzmić A.C., Derezić D., Jeren T., Kes P., Kraus O., Kuvacić I., Andrasević A.T., Tesović G., Vrcić H.; Croatian Medical Association. Guidelines for antimicrobial treatment and prophylaxis of urinary tract infections. *Lijec Vjesn.* 2004 Jul-Aug;126(7-8):169–81.
8. Wu J., Hou D., Qin Z., Dai X., Zhang Z., Zhao J. Erbium fiber laser-based direct frequency comb spectroscopy of Rb two-photon transitions. *Opt Lett.* 2013 Dec 1;38(23):5028–31.
9. Шангичев А.В., Набока Ю.Л., Ибишев Х.С., Козан М.И. Микробный спектр и антибиотикочувствительность микроорганизмов секрета простаты при хроническом бактериальном простатите. *Кубанский научный медицинский вестник.* 2010;3–4 (117–118):207–2011.
10. Burach F., Pospischil A., Hanger J., Loader J., Pillonel T., Greub G., Borel N. Chlamydiae and Chlamydia-like organisms in the koala (*Phascolarctos cinereus*)-organ distribution and histopathological findings. *Vet Microbiol.* 2014 Aug 6;172(1–2):230–40.
11. Krieger J.N., Riley D.E., Roberts M.C., Berger R.E. Prokaryotic DNA sequences in patients with chronic idiopathic prostatitis. *J Clin Microbiol.* 1996 Dec;34(12):3120–8.

12. Коган М.И., Мационис А.Э., Белоусов И.И., Повилайтите П.Е. Морфологические доказательства ишемической природы фиброза предстательной железы при классическом синдроме хронической тазовой боли/хроническом простатите IIIБ. Урология. 2018;3:12–18.
13. Ihsan A.U., Khan F.U., Khongorzul P., Ahmad K.A., Naveed M., Yasmeen S., Cao Y., Taleb A., Maiti R., Akhter F., Liao X., Li X., Cheng Y 1., Khan H.U., Alam K., Zhou X. Role of oxidative stress in pathology of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and male infertility and antioxidants function in ameliorating oxidative stress. *Biomedicine & pharmacotherapy*. 2018 Jul 11, 106:714–723.
14. Benelli A., Mariani S., Varca V., Gregori A., Barrese F., Capra M. Once-daily 5 mg tadalafil oral treatment for patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Ther Adv Urol*. 2018 Dec; 10(12): 377–381.
15. Тюзиков И.А., Калинин С.Ю., Тишова Ю.А. Ноктурия как актуальная междисциплинарная проблема интегративной медицины XXI века: эпидемиология и связь с возраст-ассоциированной коморбидностью // *Клиническая нефрология*. 2014. № 5. С. 48–55.
16. Газимиев М.А., Григорян В.А., Есилевский Ю.М., Демидко Ю.Л., Мянник С.А., Байдувалиев А.М., Васильев Д.К. Применение тренировки мышц таза под контролем биологической обратной связи в лечении синдрома хронической тазовой боли // *Медицинский вестник Башкортостана*, том 10. 2015. № 3. С. 112–4.
17. George A.K., Sadek M.A., Saluja S.S., Fariello J.Y., Whitmore K.E., Moldwin R.M. The impact of neuropathic pain in the chronic pelvic pain population. *J Urol*. 2012 Nov;188(5):1783–7.
18. Potts J. M., Payne C.K. Urologic chronic pelvic pain. *Pain*. 2012 Apr;153(4):755–8.
19. Zhao Y.Y., Xu D.L., Zhao F.J., Han B.M., Shao Y., Zhao W., Xia S.J. Redundant prepuce increases the odds of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS). *Asian J Androl*. 2014 Sep–Oct;16(5):774–7.
20. Shoskes D.A., Nickel J.C., Rackley R.R., Pontari M.A. Clinical phenotyping in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and interstitial cystitis: a management strategy for urologic chronic pelvic pain syndromes. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2009;12(2):177–83.
21. Samplaski M.K., Li J., Shoskes D.A. Inclusion of erectile domain to UPOINT phenotype does not improve correlation with symptom severity in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol*. 2011;78(3):654–8.
22. Magri V., Wagenlehner F., Perletti G., Schneider S., Marras E., Naber K.G., Weidner W. Use of the UPOINT chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome classification in European patient cohorts: sexual function domain improves correlations. *J Urol*. 2010 Dec;184(6):2339–45.
23. Tran C.N., Shoskes D.A. Sexual dysfunction in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *World J Urol*. 2013 Aug;31(4):741–6.
24. Набер К.Г., Валендик В., Вагенленер Ф.М.Е. Острый и хронический простатит – что важно для практики // *Вестник урологии*. 2016. №2. С. 71–83.
25. Clemens J.Q., Mullins C., Kusek J.W., Kirkali Z., Mayer E.A., Rodríguez L.V., Klumpp D.J., Schaeffer A.J., Kreder K.J., Buchwald D., Andriole G.L., Scott M.L., Landis J.R., Clauw D.J. The MAPP research network: a novel study of urologic chronic pelvic pain syndromes. *BMC Urol*. 2014;14: 57.
26. Magistro G., Wagenlehner F.M., Grabe M., Weidner W., Stief C.G., Nickel J.C. Contemporary Management of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. *Eur Urol*. 2016 Feb;69(2):286–97.
27. Сивков А.В., Ромих В.В., Захарченко А.В. Хронический простатит категории IIIБ/синдром хронической тазовой боли и сексуальные дисфункции. *Андрология и генитальная хирургия*. 2015;16(4):18–26.
28. Shoskes D.A., Nickel J.C., Kattan M.W. Phenotypically directed multimodal therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective study using UPOINT. *Urology*. 2010 Jun;75(6):1249–53.
29. Magri V., Marras E., Restelli A., Wagenlehner F.M., Perletti G. Multimodal therapy for category III chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in UPOINTS phenotyped patients. *Exp Ther Med*. 2015 Mar;9(3):658–66.
30. Espinosa G. NPAT Prostatitis Treatment Program.
31. Franco J.V., Turk T., Jung J.H., Xiao Y.T., Iakhno S., Garrote V., Vietto V. Non-pharmacological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Jan 26;1:CD012551.
32. Cohen J.M., Fagin A.P., Hariton E., Niska J.R., Pierce M.W., Kuriyama A., Whelan J.S., Jackson J.L., Dimitrakoff J.D. Therapeutic intervention for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2012;7(8):e41941.
33. Яковлев Г.М., Морозов В.Г., Хавинсон В.Х. Современные представления о цитокинах и проблемы биорегулирующей терапии // *Военно-медицинский журнал*. 1987. №6. С.37–40.
34. Горбачев А.Г., Бобков Ю.А., Аль-Шукри С.Х. Роль простатилена в патогенетическом лечении хронического простатита. *Материалы Международного симпозиума «Геронтологические аспекты пептидной регуляции функций организма»*. Санкт-Петербург; 1996; 36.
35. Камалов А.А., Дорофеев С.Д. Современные взгляды на проблему хронического простатита. *Русский медицинский журнал*. 2003; №4. С. 229–34.
36. Аль-Шукри С.Х., Горбачев А.Г., Боровец С.Ю. и др. Лечение больных аденомой предстательной железы простатиленом. *Урология*. 2006;6:22–26.
37. Селихов Д.Н. 2010.
38. Condorelli R.A., Russo G.I., Calogero A.E., Morgia G., La Vignera S. Chronic prostatitis and its detrimental impact on sperm parameters: a systematic review and meta-analysis. *J Endocrinol Invest*. 2017 Nov;40(11):1209–18.
39. Неймарк А.И., Неймарк Б.А., Давыдов А.В., Клепикова И.И., Ноздрачев Н.А. Применение препарата Витапрост у пациентов с хроническим простатитом, сопровождающимся нарушениями сперматогенеза // *Урология*. 2014. № 4. С. 56–9.
40. Ткачук В.Н., Ткачук И.Н., Боровец С.Ю. Результаты 12-летнего исследования эффективности Витапроста у больных хроническим простатитом // *Урологические ведомости*. 2016;6(4):5–9.
41. Логвинов Л.А., Кудрявцев Ю.В., Кумачев К.В., Попов С.В., Черников С.С. Эффективность препарата Витапрост® плюс в лечении больных хроническим бактериальным простатитом // *Урология*. 2013;6:67–72.

STADA



ВИТАПРОСТ®

УДАРНАЯ ТРОЙКА ПРОТИВ ПРОСТАТИТА И АДЕНОМЫ



ЛЕЧЕНИЕ
И ПРОФИЛАКТИКА
ПРОСТАТИТА



ЛЕЧЕНИЕ
АДЕНОМЫ
ПРОСТАТЫ

- НОРМАЛИЗУЕТ МОЧЕИСПУСКАНИЕ
- УСТРАНЯЕТ БОЛЬ И РЕЗЬ
- ПОМОГАЕТ СОХРАНИТЬ СЕКСУАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ

ВИТАПРОСТ ТАБЛЕТКИ РУ № 002487 ОТ 18.05.2012, ВИТАПРОСТ СУППОЗИТОРИИ
РУ № Р N001136/01 ОТ 10.05.2007, ВИТАПРОСТ ФОРТЕ РУ № ЛСР-002488/07 ОТ 16.03.2012.
АО «НИЖФАРМ». РОССИЯ, 603950, Г. НИЖНИЙ НОВГОРОД, УЛ. САЛГАНСКАЯ Д.7