

DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-12-160-165>

# Эффективность экстракта простаты В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫМИ ПАТОГЕНАМИ

К.В. КУМАЧЁВ<sup>1</sup>, Л.А. ЛОГВИНОВ<sup>2</sup><sup>1</sup> Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 69 Департамента здравоохранения г. Москвы»: 111558, Россия, г. Москва, Федеративный пр-т, д. 31<sup>2</sup> ООО «Бест Клиник»: 117218, Россия, г. Москва, ул. Новочеремушкинская, д. 34, корп. 2**Информация об авторах:**

**Кумачёв Кирилл Васильевич** – к.м.н., врач-уролог Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская поликлиника № 69 Департамента

здравоохранения города Москвы; окружной уролог ВАО г. Москвы; тел.: +7 (903) 241-35-24; e-mail: [dr\\_kumachev@rambler.ru](mailto:dr_kumachev@rambler.ru)

**Логвинов Леонид Алексеевич** – к.м.н., врач-уролог, заведующий урологическим отделением ООО «Бест Клиник»; тел.: +7 (903) 270-40-16; e-mail: [leolog@rambler.ru](mailto:leolog@rambler.ru)

**РЕЗЮМЕ**

Хронический простатит (ХП), по данным различных статистических исследований, – это наиболее распространенное урологическое заболевание среди мужчин в возрасте от 20 до 40 лет. Этиологическая природа внутриклеточных патогенов в развитии ХП находит в настоящее время все больше подтверждений. С учетом многообразия патогенетических механизмов развития ХП особый интерес представляет воздействующий на различные звенья патогенеза препарат экстракта простаты. Проведено изучение эффективности и безопасности экстракта простаты (суппозитории ректальные) в комплексе с джозамицином. Результаты. Пациенты с ХП, обусловленным внутриклеточными патогенами, получали терапию джозамицином. В первой группе в терапию был включен экстракт простаты (суппозитории ректальные). В обеих группах отмечено значительное улучшение симптоматики и качества жизни по шкале NIH-CPSI как суммарно, так и по отдельным доменам, при этом различия между группами были статистически незначимыми. Количество лейкоцитов в секрете предстательной железы более выражено снизилось в основной группе.

Таким образом, использование экстракта простаты повышало клиническую эффективность лечения, что коррелирует с данными проведенных ранее исследований.

**Ключевые слова:** хронический простатит, экстракт простаты, джозамицин, антибактериальная терапия

**Для цитирования:** Кумачёв К.В., Логвинов Л.А. Эффективность экстракта простаты в лечении больных хроническим простатитом, обусловленным внутриклеточными патогенами. *Медицинский совет*. 2019;12:160-165. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-12-160-165>.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## Efficacy of prostate extract IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS CAUSED BY INTRACELLULAR PATHOGENS

Kirill V. KUMACHEV<sup>1</sup>, Leonid A. LOGVINOV<sup>2</sup><sup>1</sup> State Budgetary Healthcare Institution «City Outpatient Clinic No 69 of Moscow Health Department»: 111558, Russia, Moscow, Federativny Prospekt, 31<sup>2</sup> Best Clinic LLC: 117218, Russia, Moscow, Novocheremushkinskaya St., 34, Bldg. 2**Author credentials:**

**Kumachyov Kirill Vasilyevich** – Cand. of Sci. (Med.), Urologist, State Budgetary Healthcare Institution «City Outpatient Clinic No 69 of Moscow Health

Department»; District Urologist of Eastern Administrative District of Moscow; Tel.: +7 (903) 241-35-24; e-mail: [dr\\_kumachev@rambler.ru](mailto:dr_kumachev@rambler.ru)

**Logvinov Leonid Alekseevich** – Cand. of Sci. (Med.), Urologist, Head of Urology Department, Best Clinic LLC; Tel.: +7 (903) 270-40-16; e-mail: [leolog@rambler.ru](mailto:leolog@rambler.ru)

**ABSTRACT**

Different statistical studies showed that chronic prostatitis (CP) is the most common urological disease among men aged 20 to 40 years. The etiological nature of intracellular pathogens in the development of CP is currently finding more and more evidence. The prostate extract acting on various pathogenesis units is of particular interest, taking into account the variety of pathogenetic mechanisms of the development of CP. A study of the efficacy and safety of prostate extract (rectal suppositories) combined with josamycin was conducted. Findings. Patients with CP caused by intracellular pathogens received josamycin therapy. The prostate extract was included in the treatment (rectal suppositories) in Group I. Both groups showed a significant improvement in symptoms and quality of life on the NIH-CPSI scale, both in total and in individual domains, and the differences between the groups were

statistically insignificant. The number of leukocytes in the prostate gland secret reduced more significantly in the active treatment group.

Thus, the use of prostate extract increased the clinical efficacy of treatment, which correlates with data from the previous studies.

**Keywords:** chronic prostatitis, prostate extract, josamycin, antibacterial therapy

**For citing:** Kumachev K.V., Logvinov L.A. Efficacy of prostate extract in the treatment of patients with chronic prostatitis caused by intracellular pathogens. *Meditsinsky Sovet.* 2019;12:160-165. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-12-160-165>.

**Conflict of interest:** The authors declare no conflict of interest.

## ВВЕДЕНИЕ

Хронический простатит (ХП), по данным различных статистических исследований, – это наиболее распространенное урологическое заболевание среди мужчин в возрасте от 20 до 40 лет [1–4]. Согласно классификации Национального института здоровья США, основанной на разделении всех форм простатита в зависимости от наличия или отсутствия бактериального агента, лейкоцитов в секрете ПЖ и клинических проявлений, выделяют 4 категории простатита:

- категория I: острый простатит – острая инфекция предстательной железы;
- категория II: хронический бактериальный простатит (ХБП);
- категория III: хронический абактериальный простатит / синдром хронической тазовой боли;
  - категория IIIA: воспалительный синдром хронической тазовой боли;
  - категория IIIB: невоспалительный синдром хронической тазовой боли;
- категория IV: бессимптомный простатит [5].

Частота отдельных форм простатита различна в популяции. Так, острый бактериальный простатит (ОБП) встречается в 5–10%, ХБП – в 5–10%, хронический абактериальный простатит / синдром хронической тазовой боли (СХТБ) – в 80–90% случаев [6]. Несмотря на широкое распространение классификации NIH NIDDK, она не является повсеместно признанной. Более новый принцип классификации UPOINT основан на клиническом фенотипе ХП/СХТБ при прогнозах улучшения состояния пациентов вследствие лечения и ведения заболевания. UPOINT расшифровывается как мочевого (Urinary), психосоциальный (Psychosocial), органоцентрический (Organ-centric), инфекционный (Infection), неврогенный/системный (Neurogenic/systemic), болевой (Tenderness). Эту систему используют для классификации ХП/СХТБ, чтобы определить их уникальный клинический фенотип для дальнейшего выбора терапии. Показано, что число положительных доменов UPOINT строго коррелирует с тяжестью и длительностью симптомов простатита, оцененного NIH-CPSI [7].

Наиболее часто возбудителями ХБП являются представители семейства *Enterobacteriaceae*. Штаммы *Escherichia coli* вызывают 65–80% случаев ХБП. Различные виды *Serratia*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter*, *Acinetobacter* выявляют в 10–15%. Большинство исследователей полагают, что на долю *Enterococcus faecalis* приходится от 5%

до 10% подтвержденных инфекций простаты [5]. По данным М.И. Когана и соавт. (2010), в этиологической структуре ХБП доминировали неклостридиальные анаэробы, которые обнаруживали у 100% больных, коагулазо-негативные стафилококки выделяли из секрета предстательной железы (ПЖ) у 88% пациентов, коринеформные бактерии регистрировали в 65% случаев. Доля представителей семейства *Enterobacteriaceae*, которые, по данным отечественных и зарубежных исследователей, признаны ведущим этиологическим фактором бактериального простатита, была незначительной (10%) [8, 9].

На сегодняшний день остается дискуссионным вопрос относительно этиологии ХП III категории. Ряд исследователей находит, что превалирование этой категории простатита над инфекционным может быть связано с нарушением дренажной функции простаты и, как следствие, невозможностью получить полноценный материал для бактериологического исследования. Кроме того, не исключается роль персистирующих микроорганизмов, не выявляемых стандартными методами исследований [10].

К инфекционным факторам, вызывающим воспаление при стерильном посеве, относят некоторые внутриклеточные персистирующие микроорганизмы (*C. trachomatis*, *U. urealyticum*, *M. hominis* и др.) и анаэробы. Поэтому антибиотикотерапия в половине случаев оказывается эффективной для устранения воспаления при неинфекционном ХП [11]. В исследовании, проведенном в 2016 г., показано, что распространенность инфекции, вызванной *M. genitalium*, была статистически достоверно выше у пациентов с простатитом по сравнению с контрольной группой (10% vs 3%,  $p = 0,005$ ) [12].

Диагностический алгоритм лабораторных исследований при ХП включает в себя оценку анамнестических данных, объективных и субъективных симптомов, пальцевое ректальное исследование предстательной железы (ПЖ), общий анализ мочи, посев средней порции мочи, исключение атипичной внутриклеточной инфекции методами полимеразной цепной реакции, микроскопию секрета простаты, бактериологическое исследование (посев) трех порций мочи и секрета (тест, предложенный Meares – Stamey в 1968 г.) [13]. Этот локализационный тест считается трудным для применения в урологической практике и, по мнению ряда авторов, может быть заменен на двустаканную пробу [14]. Больным старше 45 лет целесообразно определение уровня общего простатического специфического антигена (ПСА) сыворотки крови с целью ранней диагностики рака ПЖ.

Перспективным и хорошо себя зарекомендовавшим методом диагностики является также иммуногистохимическое исследование. Такое исследование позволяет выявить тип тканевой реакции и определить стадию воспалительного процесса, которые имеют корреляцию с категориями ХП. Оно позволяет оценить степень агрессивности воспалительного процесса, что имеет важное прогностическое значение. Кроме того, с помощью иммуногистохимического исследования определяются изменения местного иммунитета, способствующие поддержанию воспалительного процесса [15].

Антимикробные препараты из группы фторхинолонов (левофлоксацин, цiproфлоксацин) на сегодняшний день являются препаратами первой линии для лечения ХБП, однако рост резистентности микроорганизмов и наличие побочных эффектов требуют осторожности и обоснованности при назначении фторхинолонов.

В 2016 г. Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами США (US food and drug administration, US FDA) опубликовало официальное обращение, в котором призывает ограничить применение системных фторхинолонов для лечения ряда инфекций, в т. ч. неосложненных инфекций мочевых путей. Ограничение связано с тем, что риск серьезных побочных эффектов, по мнению экспертов, превышает предполагаемую пользу от лечения этими препаратами у описанных категорий пациентов. При этом указывается, что фторхинолоны допустимо использовать, когда нет других альтернативных препаратов [16].

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов по лечению инфекций мочевыводящей системы, если при ХП обнаружены или подозреваются внутриклеточные возбудители (*C. trachomatis*, *M. species*, *U. urealyticum*), следует назначать тетрациклины или макролиды. Кроме того, у пациентов с верифицированным абактериальным простатитом (ХП/СХТБ), не получавших ранее антибактериальную терапию, рекомендуется проведение курса антибактериальной терапии фторхинолонами или тетрациклинами [17].

Отечественное многоцентровое исследование TAURUS [18] было посвящено применению тетрациклинов и макролидов при ХП и показало их высокую эффективность.

Между тем изолированная антибактериальная терапия нередко оказывается малоэффективной при лечении ХБП. Даже при удачной эрадикации микроорганизма, являющегося причиной бактериального простатита, нередко приходится использовать несколько лекарственных препаратов, действующих на разные звенья патогенеза этого заболевания: уменьшающих отек тканей ПЖ, нормализующих кровообращение в ней, устраняющих спазм ее гладкомышечных элементов и нормализующих иммунные реакции.

Среди препаратов животного происхождения, обладающих этими свойствами, можно выделить комплекс водорастворимых биологически активных пептидов, выделенных из ткани простаты быков и бычков, достигших половой зрелости. Действующее вещество экстракт простаты

обладает органотропным действием в отношении ПЖ и позволяет осуществлять патогенетическую терапию заболеваний ПЖ и функционально связанных с ней органов. Кроме того, они обладают противовоспалительным и иммуномодулирующим эффектом, влияют на показатели гемостаза, усиливают синтез антигистаминовых и антисеротониновых антител и улучшают микроциркуляцию в пораженном органе. По современным представлениям, биорегуляторные пептиды обладают максимальной физиологичностью и считаются наиболее перспективными среди большого разнообразия средств, имеющих биорегуляторную направленность. Вот почему одним из наиболее перспективных направлений современной медицины является биорегулирующая терапия, основные цели которой – максимально эффективное и безопасное лечение, а также профилактика патологических состояний. Особенности технологии выделения этих пептидов нивелируют их молекулярную видоспецифичность, в результате чего полученные препараты лишаются антигенных свойств и ассоциированных с ними нежелательных побочных эффектов. Клинический результат лечения экстрактом простаты больных с заболеваниями ПЖ проявляется уменьшением болевого синдрома и улучшением половой функции (повышением либидо, восстановлением эректильной функции, улучшением качества оргазма и т. д.) [19, 20].

С.Х. Аль-Шукри и соавт. (1997) изучили влияние экстракта простаты на показатели гемостаза в эксперименте и у больных ХП. Оказалось, что в эксперименте препарат уменьшал более чем в 2 раза первую стадию тромбообразования, а площадь поперечного сечения тромбов – в 1,5 раза [21].

По данным В.Н. Ткачука (2006), после лечения экстрактом простаты удалось добиться симптоматического улучшения у 97% больных ХП, болевой синдром снизился в 3,2 раза по сравнению с исходным уровнем, а расстройств акта мочеиспускания – в 3,1 раза. У больных после лечения улучшились параметры тромбоцитарно-сосудистого звена гемостаза. Экстракт простаты оказал влияние и на иммунологический статус больных ХП [22].

Нами было проведено изучение эффективности и безопасности препарата экстракт простаты (суппозитории ректальные) в комплексной терапии в лечении пациентов с простатитом II типа. Основной целью данного исследования являлась оценка эффективности и безопасности экстракта простаты в лечении пациентов с ХБП.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследовании принимали участие 40 пациентов с ХП II типа, с верифицированной внутриклеточной инфекцией (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*), разделенных на 2 группы по 30 человек.

Диагноз был установлен на основании данных анамнеза, жалоб, осмотра, анкетирования пациентов с помощью шкалы NIH-CPSI и оценки качества жизни. Микробиологическое исследование секрета ПЖ прово-

- **Таблица.** Результаты анкетирования пациентов по шкале NIH-CPSI до и после терапии
- **Table.** The patients' NIH-CPSI scores before and after therapy

домен	1-я группа				
	Боль	Мочеиспускание	Влияние симптомов	QoL	Сумма
До лечения	10,3 (±3,75)	6,5 (±2,05)	3,9 (±1,21)	4,27 (±0,91)	24,97 (±5,11)
После лечения	3,6 (±2,54)	2,35 (±1,17)	1,4 (±0,75)	2,12 (±0,68)	9,47 (±3,89)
домен	2-я группа				
	Боль	Мочеиспускание	Влияние симптомов	QoL	Сумма
До лечения	10,5 (±4,4)	6,76 (±2,22)	3,7 (±1,13)	4,23 (±1,2)	25,19 (±5,28)
После лечения	4,45 (±2,66)	3,29 (±0,98)	1,4 (±0,89)	2,42 (±0,65)	11,56 (±3,24)

дили перед началом и после окончания исследования. Проводилось исследование секрета простаты на наличие *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum* методом ПЦР, клинические и биохимические лабораторные исследования крови и мочи. Всем пациентам старше 45 лет для исключения рака простаты однократно проводили определение общего простатоспецифического антигена крови.

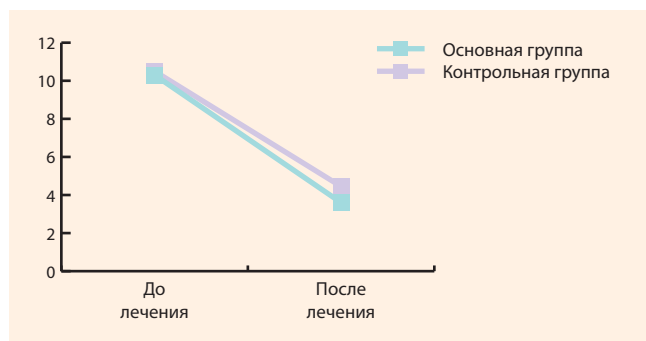
Для оценки состояния ПЖ и функциональных параметров мочеиспускания выполняли трансректальное УЗИ простаты с доплерографией и урофлоуметрию до и после проведенного лечения.

Пациенты были разделены на 2 группы по 20 человек методом случайных чисел. В 1-й группе средний возраст пациентов составил 35,7 (±9,5) года, во 2-й группе – 43,7 (±12,4) года. Статистически достоверной разницы в группах не было. Пациенты обеих групп получали в качестве этиотропной терапии джозамицин в дозировке 1000 мг 2 р/сут в течение 10 дней. Кроме того, пациенты 1-й группы получали экстракт простаты (суппозитории ректальные) по 1 суппозиторию 1 р/сут в течение 20 дней.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного обеспечения BioStat 2009. Использовались непараметрические методы статистики с применением теста Уилкоксона для зависимых выборок и теста Манна – Уитни для независимых выборок.

- **Рисунок 1.** Динамика домена «Боль» в 1-й (основной) и 2-й (контрольной) группах

- **Figure 1.** Dynamics of Pain domain in Group I (active treatment) and II (control)



## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

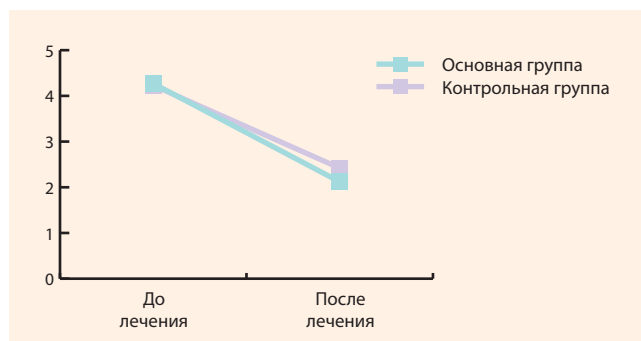
Клиническую эффективность проводимого лечения оценивали по выраженности симптомов ХП до и после лечения на основании заполнения пациентами шкалы-опросника NIH-CPSI. Оценивали как общую сумму баллов, так и отдельные домены (болевого синдром, расстройства мочеиспускания, качество жизни) (табл.).

После терапии статистически значимое снижение баллов зарегистрировано по каждому домену опросника и по результатам суммарной оценки ( $p < 0,05$ ) в обеих группах. Несмотря на отсутствие статистически достоверных различий между группами по результатам анкетирования, отмечено более выраженное снижение болевого синдрома и улучшение качества жизни у пациентов основной группы. Так, выраженность болевого синдрома уменьшилась в основной группе с 10,3 (±3,75) до 3,6 (±2,54) балла, а в контрольной – с 10,5 (±4,4) до 4,45 (±2,66) балла. Улучшение качества жизни было более выражено в 1-й группе (уменьшение показателя с 4,27 (±0,91) до 2,12 (±0,68)) по сравнению с контрольной группой (с 4,23 (±1,2) до 2,42 (±0,65) балла) (рис. 1, 2).

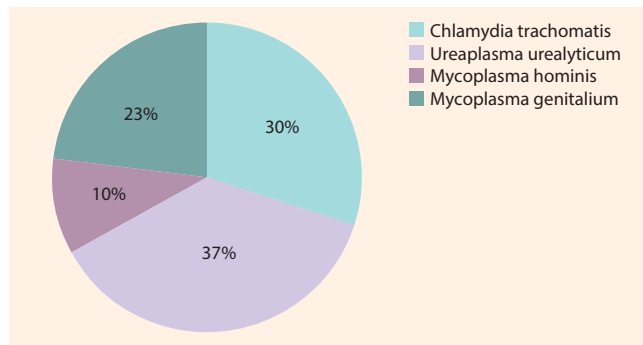
Таким образом, применение экстракта простаты привело к более выраженному уменьшению симптоматики ХП в целом и болевого синдрома в частности, а также к улучшению качества жизни, выявленным при анкетировании с помощью шкалы симптомов ХП NIH-CPSI.

- **Рисунок 2.** Динамика домена «Качество жизни» в 1-й (основной) и 2-й (контрольной) группах

- **Figure 2.** Dynamics of Quality of Life domain in Group I (active treatment) and II (control)



● **Рисунок 3.** Распределение возбудителей в 1-й группе  
● **Figure 3.** Distribution of pathogens in Group I



Выраженность противовоспалительного эффекта препарата оценивали на основании результатов микроскопического исследования секрета ПЖ.

Средний показатель количества лейкоцитов в поле зрения у больных основной группы до лечения составил 38,5 ( $\pm 17,22$ ), у пациентов контрольной группы – 35,74 ( $\pm 16,6$ ). Обе группы по данному показателю до лечения не имели статистически значимых различий. В результате проведенного лечения в обеих группах произошло статистически достоверное снижение количества лейкоцитов: в основной группе – до 7,44 ( $\pm 5,6$ ), в контрольной – до 14,1 ( $\pm 10,5$ ) ( $p < 0,01$ ). При этом в основной группе отмечено более выраженное уменьшение количества лейкоцитов ( $p < 0,05$ ) (рис. 2).

Таким образом, более выраженный противовоспалительный эффект был достигнут на фоне применения экстракта простаты.

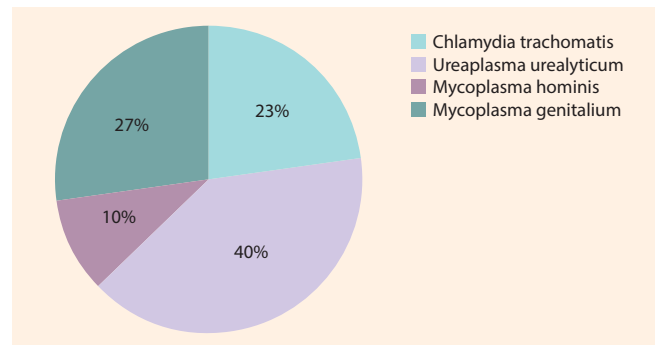
По результатам проведенного исследования секрета ПЖ методом полимеразной цепной реакции до лечения был выявлен следующий спектр возбудителей.

У пациентов 1-й группы: *Chlamydia trachomatis* – 9 (30%), *Ureaplasma urealyticum* – 11 (37%), *Mycoplasma hominis* – 3 (10%), *Mycoplasma genitalium* – 7 (23%) (рис. 3).

У пациентов 2-й группы: *Chlamydia trachomatis* – 7 (23%), *Ureaplasma urealyticum* – 12 (40%), *Mycoplasma hominis* – 3 (10%), *Mycoplasma genitalium* – 8 (27%) (рис. 4).

В результате лечения эрадикация возбудителя (при контроле через 1 и 3 мес.) отмечена в основной группе у 27 (90%), в контрольной – у 28 (93,3%) пациентов.

● **Рисунок 4.** Распределение возбудителей во 2-й группе  
● **Figure 4.** Distribution of pathogens in Group II



При анализе данных ультразвукового исследования (ТРУЗИ) ПЖ статистически значимых изменений объема ПЖ зафиксировано не было. При доплерографии показатели гемодинамики в ПЖ (пиковая систолическая скорость, индекс резистентности) достоверно не изменялись до и после лечения в обеих группах.

Оценка безопасности терапии в обеих группах проводилась по следующим показателям: клинический анализ мочи, клинический анализ крови, общий белок, креатинин, мочевины, билирубин, щелочная фосфатаза, АСТ, АЛТ, глюкоза. Ни в 1-й, ни во 2-й группах до и после лечения данные показатели не выходили за пределы референсных значений, что свидетельствует о хорошей переносимости и безопасности препарата.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время экстракт простаты, представляющий собой сочетание водорастворимых, биологически активных пептидов, экстрагированных из простат крупного рогатого скота, является эффективным лекарственным средством для патогенетической терапии ХП. Несомненные достоинства препарата, такие как воздействие на различные звенья патогенеза ХП, а также хорошая переносимость и безопасность обуславливают возможность его дальнейшего успешного применения при лечении ХП.



Поступила/Received 18.10.2018

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. *Практическая урология.* Руководство для врачей. Под ред. П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляева. М.: Медфорум, 2012. 352 с. [Practical urology. A guide for physicians. Under the editorship of P.V. Glybochko, Yu.G. Alyaev. M.: Medforum, 2012. 352 p.] (In Russ).
2. Аполихин О.И., Абдуллин И.И., Сивков А.В., Ощепков В.Н., Егоров А.А. Хронический простатит. Пленум правления Российского общества урологов. Материалы. Саратов, 8-10 июня 2004 г. [Apolikhin O.I., Abdullin I.I., Sivkov A.V., Oshchepkov V.N., Egorov A.A. Chronic prostatitis. Plenum of the Board of the Russian Urological Society. Materials. Saratov, June 8-10, 2004 M., 2004: 5-12.] (In Russ).
3. Kriger J.N., Nyberg L.J., Nickel J.C. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA*. 1999;51:578-84.
4. Трапезникова М.Ф., Дутов В.В., Уренков С.Б. и др. Роль бактериальной флоры при хроническом простатите. В кн. 3-я Всероссийская конференция «Мужское здоровье» М., 2006:78-79. [Trapeznikova M.F., Dutov V.V., Urenkov S.B. et al. The role of bacterial flora in chronic prostatitis. In the book: 3rd All-Russian Conference «Men's Health» M., 2006: 78-79.] (In Russ).
5. Мазо Е.Б., Попов С.В. Хронический бактериальный простатит. *Врачебное сословие*. 2004;1–2:18. [Mazo E.B., Popov S.V. Chronic bacterial prostatitis. *Vrachebnoe Soslovie*. 2004;1–2:18.] (In Russ).
6. Smith C.P. Male chronic pelvic pain: An update. *Indian J Urol*. 2016;32(1):34–9.
7. Lipsky B.A., Byren I., Christopher T., Hoey C.T. Treatment of Bacterial Prostatitis. *Clin Infect Dis*. 2010;50(12):1641-1652.
8. Коган М.И., Ибишев Х.С., Набока Ю.Л. Этиологическая структура и антибиотикочувствительность микроорганизмов, выделенных при хроническом бактериальном простатите. *Consilium medicum*. 2010;7:5-7. [Kogan M.I., Ibishev Kh.S., Naboka Yu.L. Etiological structure and antibiotic sensitivity of microorganisms isolated in chronic bac-



- terial prostatitis. *Consilium medicum*. 2010;7:5-7.] (In Russ).
- Божедомов В.А. Современные возможности лечения хронического простатита. *Андрология и генитальная хирургия*. 2016;17(3):10-22. [Bozhedomov V.A. Current treatment options for chronic prostatitis. *Andrologia i Genitalnaya Khirurgia*. 2016;17(3):10-22.] (In Russ).
  - Rees J., Abrahams M., Doble A. et al. Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline. *BJU Int*. 2015;116(4):509-25.
  - Mo X., Zhu C., Gan J., Wang C., Wei F., Gong W., Cai Q. Prevalence and correlates of *Mycoplasma genitalium* infection among prostatitis patients in Shanghai, China. *Sex Health*. 2016 Jul 4.
  - Meares E.M., Stamey T.A. Bacteriologic localization patterns in bacterial prostatitis and urethritis. *Invest Urol*. 1968;5:492-518.
  - Nickel J.C., Weidner W. Chronic prostatitis: current concepts and antimicrobial therapy. *Infect Urol*. 2000;13:S22-S28.
  - Кудрявцев Ю.В., Логвинов Л.А., Кудрявцева Л.В. Хелперно-супрессорные соотношения при хроническом простатите. Сборник научных трудов «Интерпретация результатов лабораторных методов диагностики урологических заболеваний» М., 2003:198-203. [Kudryavtsev Yu.V., Logvinov L.A., Kudryavtseva L.V. Helper/suppressor ratio in chronic prostatitis. Collection of scientific papers «Interpretation of findings of laboratory methods for the diagnosis of urological diseases» М., 2003:198-203.] (In Russ).
  - FDA Drug Safety Communication: FDA advises restricting fluoroquinolone antibiotic use for certain uncomplicated infections; warns about disabling side effects that can occur together. May 12, 2016.
  - Bonkat G., Pickard R., Bartoletti R. et al. Guidelines on urological infections. European Association of Urology, 2018.
  - Винаров А.З., Стойлов С.В., Козырев С.В. и др. Лечение больных простатитом доксициклином (Юнидокс Солютаб®) и/или джозамицином (Вильпрафен®) в реальной клинической практике. Результаты наблюдательной программы TAURUS. *Урология*. 2015;3:75-8, 80-3. [Vinarov A.Z., Stoilov S.V., Kozyrev S.V. et al. Doxycycline (Unidox Solutab®) and/or josamycin (Vilprafen®) therapy of patients with prostatitis in real clinical practice. The results of TAURUS observational program. *Urologia*. 2015;3:75-8, 80-3.] (In Russ).
  - Горбачев А.Г., Буракова М.А., Аль-Шукри С.Х. Простатилен: опыт и перспективы клинического применения. СПб.: Наука, 1995. 56 с. [Gorbachev A.G., Burakova M.A., Al-Shukri S. Kh. Prostabilen: experience and prospects for clinical use. SPb.: Science, 1995. 56 p.] (In Russ).
  - Ткачук В.Н., Горбачев А.Г., Хавинсон В.Х. Применение простатилена при лечении больных с хроническим простатитом. *Урология и нефрология*. 1991;6:40-43. Tkachuk V.N., Gorbachev A.G., Havinson V.Kh. The use of prostabilen in the treatment of patients with chronic prostatitis. *Urologia i Nefrologia*. 1991;6:40-43.] (In Russ).
  - Аль-Шукри С.Х., Петрищев Н.Н., Горбачев А.Г. и др. Влияние простатилена на показатели гемостаза при хроническом простатите (клинико-экспериментальные исследования). *Урология и нефрология*. 1997;3:38-41. [Al-Shukri S.Kh., Petrishchev N.N., Gorbachev A.G. et al. The effect of prostabilen on hemostasis in chronic prostatitis (clinical and experimental studies). *Urologia i Nefrologia*. 1997;3:38-41.] (In Russ).
  - Ткачук В.Н. *Хронический простатит. Медицина для всех*. М., 2006. 112 с. [Tkachuk V.N. Chronic prostatitis. *Medicine for all*. М., 2006. 112 p.] (In Russ).



## АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ



Журнал отличается четкая практическая направленность и наглядность в описании новых (рациональных) методик лечения

### ИНФОРМАЦИОННОЕ И НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ В СЕКТОРЕ АМБУЛАТОРНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- Определение стандартов оказания специализированной и квалифицированной хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.
- Освещение вопросов анестезиологического пособия при выполнении оперативных вмешательств в условиях дневных (однодневных) хирургических стационаров.
- Рассматриваются проблемы лицензирования и аккредитации хирургических подразделений и формирований амбулаторно-поликлинического звена.
- Вопросы интеграции медицинских вузов и НИИ и практического здравоохранения, в том числе с целью подготовки кадров для центров амбулаторной и специализированной хирургии.

Реклама

[www.a-surgeon.ru](http://www.a-surgeon.ru) • АРХИВ ВЫПУСКОВ



РЕМЕДИУМ  
группа

105082, Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.  
Тел.: 8 495 780 3425, факс: 8 495 780 3426,  
yulia\_ch@remedium.ru