

УДК 616.65-002-022-036.12-085:615.33

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРЕПАРАТА ЛЕФОКСИН В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА

¹Кунделеков А.Г., ²Михнюк Е.А., ³Андриянов А.В., ⁴Казмирчук А.В.,⁵Васильев-Ступальский Е.А., ⁶Каримов М.Ш., ⁷Кузин Г.Г.,⁸Барашова Л.П., ⁹Бережной А.Г.¹ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, e-mail: alexmed@newmail.ru;²КГБУЗ КМБ № 2, Красноярск, e-mail: gb2mihnuke@yandex.ru;³ГКБ СМП им. Н.С. Карповича, Красноярск, e-mail: lekar2014@ya.ru;⁴ГБУЗ ОКБ № 4, Челябинск, e-mail: alfelix@yandex.ru;⁵Самарский областной КВД, Самара, e-mail: vsea@inbox.ru;⁶ГБУЗ СГБ № 10, Самара, e-mail: karimov_ms1@mail.ru;⁷Поликлиническое отделение ГУЗ ГП № 19, Санкт-Петербург, e-mail: kuzing@inbox.ru;⁸МБУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер», Кемерово, e-mail: mlp@rambler.ru;⁹Дорожная клиническая больница на станции Красноярск ОАО «РЖД», Красноярск, e-mail: alekb2008@yandex.ru

Проведена текущая оценка клинической эффективности и переносимости терапии антибактериальным препаратом Лефоксин (левофлоксацин компании Шрея Лайф Саенсиз Пвт.Лтд., Индия) у 134 больных хроническим простатитом в возрасте от 25 до 69 лет, находившихся на амбулаторном лечении по поводу хронического простатита в пяти городах Российской Федерации. Клиническая эффективность препарата Лефоксин по окончании терапии составила $97,0 \pm 1,5\%$. За весь период наблюдения качество жизни значительно улучшилось у всех пациентов. Антибактериальный препарат Лефоксин хорошо переносится больными. Переносимость препарата оценена как отличная у $82,1 \pm 3,3\%$, хорошая – у $11,2 \pm 2,7\%$ больных. Серьезных побочных реакций, требующих отмены препарата, отмечено не было. Высокая клиническая эффективность, хорошая переносимость длительного курса приема препарата и высокое качество жизни больных после курса антибактериальной терапии на сегодняшний день позволяют рекомендовать Лефоксин как антибактериальный препарат для эмпирической терапии хронического простатита.

Ключевые слова: простатит, простатический болевой синдром, антибиотикотерапия, левофлоксацин, резистентность микроорганизмов, качество жизни

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE, EFFICACY AND SAFETY OF LEFOXIN IN THE THERAPY FOR CHRONIC BACTERIAL PROSTATITIS

¹Kundelekov A.G., ²Mikhnuke E.A., ³Andriaynov A.V., ⁴Kazmirchuk A.V.,⁵Vasilev-Stupalskiy E.A., ⁶Karimov M.S., ⁷Kuzin G.G., ⁸Barashova L.P., ⁹Berezhnoy A.G.¹Kuban state medical university, Krasnodar, e-mail: alexmed@newmail.ru;²Krasnoyarsk Interregional Hospital № 2, Krasnoyarsk, e-mail: gb2mihnuke@yandex.ru;³City Clinical Ambulance, Krasnoyarsk, e-mail: lekar2014@ya.ru;⁴Regional clinical hospital № 4, Chelyabinsk, e-mail: alfelix@yandex.ru;⁵Samara regional dermatovenerologic dispensary, Samara, e-mail: vsea@inbox.ru;⁶City clinical hospital № 10, Samara, e-mail: karimov_ms1@mail.ru;⁷Polyclinic № 19, Saint-Petersburg, e-mail: kuzing@inbox.ru;⁸Kemerovo cardiological dispensary, Kemerovo, e-mail: mlp@rambler.ru;⁹Railway Krasnoyarsk Station Clinical Hospital, Krasnoyarsk, e-mail: alekb2008@yandex.ru

A clinical study of clinical efficacy and tolerability of the antibacterial drug Lefoxin (levofloxacin of the company Shreya Life Sciences PVT.LTD., India) was conducted. The group of 134 patients participated in the study aged from 25 to 69, suffering from chronic prostatitis. Patients had a clinical diagnosis of chronic prostatitis and were on outpatient treatment in five cities of the Russian Federation. Clinical efficacy of Lefoxin was $97,0 \pm 1,5\%$ at the end of therapy. During the monitoring period the quality of life of all subjects significantly improved. The antibacterial drug Lefoxin was well tolerated. Drug tolerance was assessed as excellent at $82,1 \pm 3,3\%$, good – at $11,2 \pm 2,7\%$ of patients. Serious side effects requiring discontinuation of the drug have been reported. Clinical efficacy, tolerability of extended treatment medication and quality of life of patients after a course of antibiotic therapy allow us to recommend Lefoxin as an antibacterial drug for empirical therapy of chronic prostatitis.

Keywords: prostatitis, prostatic pain syndrome, antibacterial therapy, levofloxacin, microorganism resistance, quality of life

Бактериальный простатит – это заболевание, диагностируемое клинически на основании признаков воспаления и инфекции,

локализирующихся в предстательной железе (ПЖ). В зависимости от длительности симптомов выделяют острый и хронический

простатит (ХП). При ХП симптомы сохраняются более 3 мес. ХП является одним из наиболее распространенных инфекционных воспалительных процессов мочеполовых органов, которым в России страдают от 30 до 58% мужчин трудоспособного возраста. Для данного заболевания характерно длительное, рецидивирующее течение, приводящее к снижению работоспособности и ухудшению половой функции. В пожилом возрасте частота простатита составляет 21,6%, при этом у мужчин с доброкачественной гиперплазией предстательной железы он выявляется практически во всех случаях [2, 7].

Воспалительные заболевания предстательной железы считаются полиэтиологическими и характеризуются мультифакторностью патогенеза. В Европе урологам рекомендуется использовать классификацию, предложенную Национальным институтом по изучению сахарного диабета, заболеваний пищеварительной системы и патологии почек (NIDDK) и Национальным институтом здоровья США (NIH), согласно которой бактериальный простатит с подтвержденным или подозреваемым возбудителем следует отличать от синдрома хронической тазовой боли (СХТБ) [8, 13].

При воспалительных заболеваниях предстательной железы используется рекомендованный Европейской ассоциацией урологов диагностический минимум, включающий клиническую оценку, общий анализ мочи и культуральное исследование мочи, исключение ЗППП, суточный ритм мочеиспусканий, урофлоуметрию и определение остаточной мочи, 4-стаканную пробу Meares & Stamey и микроскопию секрета предстательной железы. Несмотря на то, что только около 10% пациентов с симптомами простатита «культурально положительны» при исследовании секрета простаты, антибактериальная терапия оказывается эффективной в 40% случаев, что косвенно свидетельствует о значении инфекционного фактора в развитии болезни. Возбудители бактериального простатита с доказанным этиологическим значением: *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Proteus mirabilis*, *Enterococcus faecalis*, *Pseudomonas aeruginosa* [9, 14].

Антибиотики рекомендуются при хроническом бактериальном простатите и могут использоваться в качестве «пробного лечения» при воспалительном СХТБ. Короткий начальный курс антибактериальной терапии (2 недели) является оправданным в большинстве случаев ХП, независимо от предполагаемой изначально категории ХП. То есть даже в случае отсутствия бактериального агента

(ХП категории III, воспалительный СХТБ) в комплексе лечения пациента необходимо предусмотреть 2-недельный курс антибактериальной терапии (предпочтение отдается фторхинолонам – ципрофлоксацину и левофлоксацину, поскольку они обладают выгодными фармакокинетическими свойствами), который может быть продлен в случае положительного эффекта. Применение антибиотиков при воспалительном СХТБ оправдано потому, что в данном случае может иметь место бактериальная инфекция даже несмотря на то, что бактерии не были обнаружены обычными методами. Положительный эффект антибиотиков при лечении воспалительного СХТБ продемонстрирован во многих клинических исследованиях. Изолированная инфекционная воспалительная боль («моноболь») в ПЖ у больного бактериальным простатитом адекватно купируется длительным (не менее 4–6 недель) курсом правильно подобранного антибиотика [8, 9, 11, 12].

При диагностике причин простатического болевого синдрома рекомендуют при сборе анамнеза у всех больных использовать валидные системы опроса (IPSS-QL и/или CPSI-QL) [6, 10]. Оценка динамики течения и эффективности лечения хронического простатита антибиотиками с помощью опросника CPSI-QL оказалась более достоверной, чем такие показатели, как оценка концентрации лейкоцитов и наличие микрофлоры в 3-й порции мочи и в соке простаты в рамках пробы по Meares & Stamey [12].

Выбор оптимального антимикробного препарата должен основываться на уровне резистентности, тканевой и мочевой кинетики препаратов. В соответствии с рекомендациями Европейской Ассоциации Урологов по антибиотикотерапии бактериального простатита препаратами выбора для эмпирического лечения долгие годы являются пероральные фторхинолоны [8, 9], которые по невысокому уровню резистентности простатопатогенов всё еще остаются препаратами выбора в России [3, 7].

В настоящее время значительную роль в хронизации мочевых инфекций отводят биопленкам. Биопленки (англ. biofilm) – это сообщества микроорганизмов, погруженные в синтезированный ими межклеточный (межбактериальный) матрикс из полимерных веществ. На сегодняшний день известно, что бактерии в биопленках могут оставаться живыми даже в присутствии антибиотиков, многократно превышающих их минимальную подавляющую концентрацию. Периодическое высвобождение бактерий из биопленок в поток мочи может служить источником поддержания хронического инфекционного и воспалительного

процесса [15]. Фторхинолоны проникают в биопленку лучше других препаратов. Левофлоксацин оказался максимально эффективным по отношению к уропатогенам на стадии образования или расселения биопленок. Левофлоксацин лучше других фторхинолонов снижал биомассу у клебсиелл, кишечной палочки и псевдомонад [5, 11].

Хорошие микробиологические характеристики препарата Лефокцин сочетаются с благоприятными фармакокинетическими параметрами (длительный период полувыведения, обеспечивающий возможность применения однократно в сутки, хорошее проникновение в органы мочеполовой системы). Характеристики возбудителей инфекций мочевых путей постоянно изменяются и требуют регулярного мониторинга чувствительности к антибактериальным препаратам [1, 3].

Продолжительные курсы антибактериальной терапии диктуют необходимость регистрации нежелательных побочных реакций (НПР) антимикробных препаратов. Так, в России 25,1 % сообщений о НПР относятся к антимикробным препаратам. Из НПР отмечены: гепатотоксичность и кардиотоксичность некоторых фторхинолонов, при этом левофлоксацин является наиболее безопасным среди фторхинолонов [4].

Цель работы – изучение клинической эффективности и переносимости препарата Лефокцин (левофлоксацин компании Шрея Лайф Саенсиз Пвт. Лтд., Индия) при лечении хронического простатита в амбулаторных условиях.

Материал и методы исследования

В работу были включены 134 пациента с хроническим простатитом в возрасте от 25 до 69 лет, находившихся на амбулаторном лечении в различных ЛПУ пяти городов России (Самара, Красноярск, Челябинск, Кемерово, Санкт-Петербург) по поводу хронического простатита. Диагноз «хронический бактериальный простатит» (по классификации NIDDK/NIH) [13] ставился пациентам с клиникой простатического болевого синдрома при наличии периодического или постоянного болевого синдрома в области предстательной железы («моноболь») в течение не менее 3 месяцев подряд, при выявлении инфекции в диагностически значимом титре из секрета предстательной железы (в отношении доказанных возбудителей бактериального ХП). Терапия антибактериальным препаратом Лефокцин *per os* проводилась в течение 28 дней по 500 мг 1 раз в сутки. Помимо этого всем пациентам назначалась стандартная общая терапия хронического простатита (противовоспалительная, иммуностимулирующая и др.). Оценка степени тяжести хронического простатита и эффективности его лечения антибиотиками проводилась с помощью опросника CPSI-QL [10] 3 раза: до лечения, через 2 недели после начала лечения и после завершения приема антибактериального препарата

(АБП). Первичная оценка эффективности АБП проводилась через 2 недели после назначения АБП. АБП считался эффективным при положительном результате культурального исследования материала, взятого до лечения и/или если пациент отмечал выраженное улучшение состояния на фоне лечения АБП. Окончательная оценка клинической эффективности антибиотикотерапии, а также ее переносимости проводилась однократно в последний 28-й день приема препарата Лефокцин. Оценка переносимости оценивали по следующей шкале:

- отличная – отсутствие побочных эффектов;
- хорошая – легкие побочные эффекты, не требующие медицинского вмешательства;
- удовлетворительная – умеренные побочные эффекты, требующие назначения препарата для их устранения;
- плохая – выраженные побочные эффекты, требующие отмены препарата.

Результаты исследования и их обсуждение

Изменение симптомов и качества жизни больных во время антибактериальной терапии хронического бактериального простатита по всем городам, в которых проводилось исследование, представлены в табл. 1.

Наблюдение за выраженностью симптомов по шкале CPSI-QL показывает снижение беспокойства больных с одновременным повышением их качества жизни. Так, если до лечения у 31 % пациентов симптомы оценивались как тяжелые, а у 67 % – средние выраженные, то в конце 2-й недели терапии Лефокцином пациентов с тяжелыми симптомами уже не было и примерно у половины пациентов (51 %) к этому времени регистрировались незначительно выраженные симптомы ХП. После 2-х недель лечения выраженность симптомов, связанных с мочеиспусканием, уменьшилась у 95,5 % пациентов, при этом состояние пациентов улучшилось в среднем в 2,6 раза, составив 2,12 балла ($p < 0,001$). Боль и дискомфорт уменьшились у 99,3 % пациентов, при этом состояние пациентов улучшилось в среднем в 3,11 раза, составив 3,84 балла ($p < 0,001$). Качество жизни пациентов улучшилось у всех пациентов (100 %) в среднем в 3 раза, составив 3,35 баллов (исходный уровень – 10,19) ($p < 0,001$).

По оценке, сделанной после курса антибактериальной терапии, по сравнению с уровнем до лечения, болевые ощущения исчезли полностью у большинства пациентов (74,6 %). После завершения курса лечения препаратом Лефокцин у 97 % пациентов симптомы ХП или полностью ушли (56 %), или остались незначительными (41 %). У 4-х (3 %) пациентов по оценке, проведенной в заключительный день терапии АБП, остались средне выраженные симптомы заболевания: резидуальные (остаточные)

боли в области предстательной железы (при полной клинико-лабораторной санации простаты), которые, как мы считаем, были связаны с психосоматическим компонен-

том, так как после проведенного 10-дневно-го курса успокоительного средства исчезли. Качество жизни пациентов за этот период достоверно ($p < 0,001$) улучшилось.

Таблица 1

Динамика симптомов хронического простатита и их влияние на качество жизни пациентов по шкале CPSI-QL ($M \pm m$)

Симптом	До лечения	14-й день АБ-терапии	28-й заключительный день АБ-терапии
Боль, балл	$11,97 \pm 0,16$	$3,84 \pm 0,26^{**}$	$0,72 \pm 0,14^{**}$
Симптомы, связанные с мочеиспусканием, балл	$5,49 \pm 0,10$	$2,12 \pm 0,12^{**}$	$0,57 \pm 0,08^{**}$
Оценка выраженности симптомов, балл	$17,46 \pm 0,21$	$5,96 \pm 0,37^{**}$	$1,28 \pm 0,20^{**}$
Тяжелые симптомы	42 (31 %)	—	—
Средне выраженные симптомы	90 (67 %)	36 (27 %)	4 (3 %)
Незначительно выраженные симптомы	2 (2 %)	68 (51 %)	55 (41 %)
Нет	—	30 (22 %)	75 (56 %)
Влияние на качество жизни, балл	$10,19 \pm 0,11$	$3,35 \pm 0,18^{**}$	$1,54 \pm 0,13^{**}$
Общая оценка, балл	$27,66 \pm 0,27$	$9,31 \pm 0,53^{**}$	$2,83 \pm 0,32^{**}$

Примечание. ** – достоверность различий с предыдущей оценкой ($P < 0,001$).

Так как большинство пациентов с ХП – мужчины трудоспособного возраста, качество жизни является информативным показателем их социальной адаптации. За

весь период наблюдения качество жизни пациентов (по шкале CPSI-QL) достоверно ($p < 0,001$) улучшилось у всех пациентов в среднем в 6,6 раза (табл. 2).

Таблица 2

Показатель качества жизни пациентов при терапии Лефокцином в общем и отдельно по мониторируемым городам ($M \pm m$).

Город	Число пациентов, n	До лечения	14-й день АБ-терапии	28-й заключительный день АБ-терапии
Самара	25	$10,12 \pm 0,27$	$3,76 \pm 0,41^{**}$	$1,60 \pm 0,36^*$
Красноярск	29	$9,83 \pm 0,25$	$2,48 \pm 0,41^{**}$	$1,38 \pm 0,27^*$
Челябинск	28	$10,57 \pm 0,20$	$3,54 \pm 0,46^{**}$	$1,57 \pm 0,32^*$
Санкт-Петербург	27	$10,52 \pm 0,25$	$3,37 \pm 0,29^{**}$	$1,44 \pm 0,18^{**}$
Кемерово	25	$9,92 \pm 0,29$	$3,72 \pm 0,43^{**}$	$1,76 \pm 0,36^*$
По всем мониторируемым городам РФ	134	$10,19 \pm 0,11$	$3,35 \pm 0,18^{**}$	$1,54 \pm 0,13^{**}$

Примечания: чем меньше показатель, тем выше качество жизни;

* – достоверность различий с предыдущей оценкой ($P < 0,05$);

** – достоверность различий с предыдущей оценкой ($P < 0,001$).

Таблица 3

Оценка переносимости проведенной антибактериальной терапии, n (%)

Оценка	Переносимость, n (%)
Отличная	110 ($82,1 \pm 3,3$ %)
Хорошая	15 ($11,2 \pm 2,7$ %)
Удовлетворительная	9 ($6,7 \pm 2,2$ %)
Неудовлетворительная	—

Переносимость препарата Лефокцин при лечении ХП была признана отлич-

ной у 110 (82,1 %) больных, хорошей – у 15 (11,2 %) пациентов (табл. 3).

Из побочных реакций отмечались: общая слабость ($2,2 \pm 1,3$ %), сонливость ($1,5 \pm 1,1$ %), тошнота ($0,7 \pm 0,7$ %), нарушение сна ($1,5 \pm 1,1$ %), головная боль ($2,2 \pm 1,3$ %), диарея ($0,7 \pm 0,7$ %). Серьезных побочных реакций, требующих отмены препарата, отмечено не было. Никто из пациентов не отказался от приема препарата до завершения исследования, что может свидетельствовать о безопасности препарата.

Выводы

1. Клиническая эффективность препарата Лефокцин у больных, находившихся на амбулаторном лечении в различных ЛПУ России по поводу хронического бактериального простатита по окончании терапии составила $97,0 \pm 1,5\%$. За весь период наблюдения качество жизни значительно улучшилось у всех пациентов.

2. Антибактериальный препарат Лефокцин хорошо переносится больными. Серьезных побочных реакций, требующих отмены препарата, отмечено не было.

3. Высокая клиническая эффективность, хорошая переносимость длительного курса приема препарата и высокое качество жизни больных после проведенной антибактериальной терапии позволяют рекомендовать Лефокцин как антибактериальный препарат для эмпирической терапии хронического бактериального простатита.

Список литературы

1. Винаров А.З. Антибиотики: невозобновляемый ресурс // Урология сегодня. – 2012. – № 6. – С. 1–3.
2. Лоран О.Б., Сегал А.С. Хронический простатит // Материалы X Российского съезда урологов. – М., 2002. – С. 209–222.
3. Научный отчет о результатах многоцентрового исследования динамики антибиотикорезистентности возбудителей инфекций мочевых путей в различных субпопуляциях пациентов («ДАРМИС»). – Смоленск, 2011. – 118 с.
4. Перепанова Т.С. VI Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Рациональная фармакотерапия в урологии» / Отчет секретаря оргкомитета конференции Т.С. Перепановой // Экспериментальная и клиническая урология. – 2012. – № 1. – С. 96–100.
5. Тец В.В., Артеменко Н.К., Заславская Н.В., Тец Г.В. Биопленки возбудителей уроинфекций и использование фторхинолонов // Consilium Medicum. – 2008. – Т.10, № 4. – С. 110–114.
6. Тюзиков И.А., Греков Е.А., Калинин С.Ю. и др. Оптимизация диагностики воспалительных заболеваний предстательной железы на основе междисциплинарного подхода // Экспериментальная и клиническая урология. – 2013. – № 1. – С. 44–51.
7. Урология. Национальное руководство / под ред. Лопаткина Н.А. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1024 с.
8. Grabe M., Bishop M.C., Bjerklund-Johansen T.E., Botto H. et al. Urological infections. Guidelines of the European Association of Urology. 2011. EAU Guidelines Office. http://www.uroweb.org/gls/pdf/russian/11_UrologicalInfections.pdf.
9. Guideline on Chronic Pelvic Pain Syndrome. – EAU, 2012. – 132 p.
10. Litwin M.S., McNaughton-Collins M., Fowler F.J. Jr, Nickel J.C., Calhoun E.A., Pontari M.A., Alexander R.B., Farrar J.T., O'Leary M.P. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network // J. Urol. – 1999. – № 162. – P. 369–75.
11. Naber K.G. Antimicrobial treatment of bacterial prostatitis // Eur Urol. – 2003. – № 43(Suppl 2). – P. 23–6.
12. Nickel J.C., Downey J., Johnston B., Clark J., Group T.C. Predictors of patient response to antibiotic therapy for the chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective multicenter clinical trial // J. Urol. – 2001 May. – № 165(5). – P. 1539–44.
13. NIH Summary Statement. NIH/NIDDK workshop on Chronic Prostatitis Executive Summary, Bethesda MD, December, 1995.
14. Schneider H., Ludwig M., Hossain H.M. et al. The 2001 Giessen Cohort Study on patients with prostatitis syndrome – an evaluation of inflammatory status and search for microorganisms 10 years after a first analysis. – Andrologia 2003 Oct. – № 35(5). – P. 258–62.
15. Wolcott R., Dowd S. The role of biofilms: are we hitting the right target? Plast Reconstr Surg. – 2011 Jan. – 127 Suppl 1. – P. 28–35.

References

1. Vinarov A.Z. Antibiotiki: nevozobnovljajemyj resurs [Antibiotics: a non-renewable resource] // Urology today. 2012. no. 6. pp. 1–3.
2. Loran O.B., Segal A.S. Hronicheskiy prostatit [Chronic prostatitis] // Materials of the X Russian Congress of Urology. Moscow, 2002. pp. 209–222.
3. Nauchnyj otchet o rezul'tatah mnogocentrovogo issledovaniya dinamiki antibiotikorezistentnosti vozbuditelej infekcij mochevyh putej v razlichnyh subpopulacijah pacientov («DARMIS») [Scientific report on the results of the multicenter study of the dynamics of antimicrobial resistance of urinary tract infections in different subpopulations of patients («DARMIS»)]. Smolensk, 2011. 118 p.
4. Perepanova T.S. VI Vserossijskaja nauchno-prakticheskaja konferencija s mezhdunarodnym uchastiem «Racional'naja farmakoterapija v urologii» / Otchet sekretarja orgkomiteta konferencii T.S. Perepanovoj [VI All-Russian scientific-practical conference with international participation «Rational Pharmacotherapy in Urology» / Report of the Secretary of the Organizing Committee prof. T.S. Perepanova] // Experimental and clinical urology. 2012, no. 1. P. 96–100.
5. Tec V.V., Artemenko N.K., Zaslavskaja N.V., Tec G.V. Bioplenki vozbuditelej uroinfekcij i ispol'zovanie fluorhinolonov [Biofilm pathogens urinary tract infections and use of fluoroquinolones] // Consilium Medicum. Num.4, Vol. 10, 2008; pp. 110–114.
6. Tjuzikov I.A., Grekov E.A., Kalinchenko S.Ju. i dr. Optimizacija diagnostiki vospalitel'nyh zabolevanij predstatel'noj zhelezy na osnove mezhdisciplinarnogo podhoda [Optimization of diagnosis of inflammatory prostate diseases using an interdisciplinary approach] // Experimental and clinical urology. 2013, no. 1. pp. 44–51.
7. Urologija. Nacional'noe rukovodstvo / Pod red. N.A. Lopatkina [Urology. National guide / Edited by N.A. Lopatkin] Moscow: GEOTAR Media, 2009. 1024 c.
8. Grabe M., Bishop M.C., Bjerklund-Johansen T.E., Botto H. et al. Urological infections. Guidelines of the European Association of Urology. 2011. EAU Guidelines Office. http://www.uroweb.org/gls/pdf/russian/11_UrologicalInfections.pdf.
9. Guideline on Chronic Pelvic Pain Syndrome. EAU, 2012. 132 p.
10. Litwin M.S., McNaughton-Collins M., Fowler F.J. Jr, Nickel J.C., Calhoun E.A., Pontari M.A., Alexander R.B., Farrar J.T., O'Leary M.P. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. // J Urol 1999; 162: 369–75.
11. Naber K.G. Antimicrobial treatment of bacterial prostatitis. Eur Urol 2003; 43(Suppl 2): 23–6.
12. Nickel J.C., Downey J., Johnston B., Clark J., Group T.C. Predictors of patient response to antibiotic therapy for the chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective multicenter clinical trial. // J Urol 2001 May; 165(5): 1539–44.
13. NIH Summary Statement. NIH/NIDDK workshop on Chronic Prostatitis Executive Summary, Bethesda MD, December, 1995.
14. Schneider H., Ludwig M., Hossain H.M. et al. The 2001 Giessen Cohort Study on patients with prostatitis syndrome an evaluation of inflammatory status and search for microorganisms 10 years after a first analysis. Andrologia 2003 Oct; 35(5): 258–62.
15. Wolcott R., Dowd S. The role of biofilms: are we hitting the right target? Plast Reconstr Surg. 2011 Jan; 127 Suppl 1: pp. 28–35.

Рецензенты:

Медведев В.Л., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии, ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар;
Пономарева А.И., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой клинической фармакологии и функциональной диагностики ФПК и ИПС, ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар.

Работа поступила в редакцию 21.05.2014