© И.И. Белоусов, М.И. Коган, 2019
УДК 616.65-002-036-08
DOI 10.21886/2308-6424-2019-7-2-14-23
ISSN 2308-6424

Сравнительный анализ терапии 1-й и 2-й линий в ведении пациентов с невоспалительной формой хронического простатита/синдрома хронической тазовой боли

И.И. Белоусов, М.И. Коган

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ;
Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. В Основными симптомами при невоспалительной форме хронического простатита / синдрома хронической тазовой боли (ХП/СХТБ III Б) являются боль, симптомы со стороны нижних мочевых путей (СНМП) и нарушения эректильной функции. Боль является ведущим симптомом. Лечение пациентов с данным состоянием является крайне сложным и нередко малоэффективным. Для коррекции симптомов считается обоснованным применение альфа1-адреноблокаторов (α 1-АБ), антибактериальных препаратов, нестероидных противовоспалительных средств и фитотерапии, поскольку эти средства являются апробированными и имеют те или иные уровни доказательности. Тем не менее их применение в большинстве случаев не позволяет добиться должного клинического эффекта.

Цель исследования. Сравнительный анализ эффективности терапии 1-й линии в виде комбинации α 1-АБ и анальгетика из группы НПВС с одной стороны и терапии 1-й линии в виде комбинации α 1-АБ и анальгетика из группы НПВС, дополненной местным физическим воздействием на предстательную железу, с другой.

Материалы и методы. 73 пациента с ранее установленным диагнозом ХП/СХТБ III Б. Формат работы - проспективное рандомизированное простое сравнительное исследование. Ключевой оценочный критерий – скорость артериального интрапростатического кровотока. Клиническую оценку пациентов осуществляли анкетированием (опросники I-PSS, NIH-CPPS и МИЭФ-5) до и после приема медикаментозных препаратов. Медикаментозную терапию проводили в течение 30 дней. Рандомизация: 1-я группа – терапия первой линии (α 1-АБ + НПВС). 2-я группа – терапия 1-й линии (α 1-АБ + НПВС), дополненная массажем предстательной железы. Статистический анализ произведен методами непараметрической статистики.

Результаты. Боль: снижение интенсивности боли – на 7,7 и 26,9% для 1-й и 2-й групп соответственно. СНМП: снижение степени тяжести/редукция – на 18,2/0% и 50/15,4% случаев соответственно для 1-й и 2-й групп соответственно. Удовлетворение от лечения – 3,8 и 26,9% пациентов для 1-й и 2-й групп соответственно. Статистически значимого улучшения эректильной функции не отмечено у пациентов обеих групп.

Заключение. В случае, когда ХП/СХТБ III Б сопровождается нарушениями артериальной гемодинамики простаты умеренной степени выраженности, достичь улучшения результатов стандартной терапии 1-й линии, рекомендованной Европейской ассоциацией урологов, возможно. При этом удается снизить интенсивность боли и тяжесть СНМП. Однако, улучшения эректильной функции у этих пациентов не отмечается.

Ключевые слова: боль; эректильная дисфункция; массаж простаты; медикаментозная терапия; СНМП; ХП/СХТБ III Б

Раскрытие информации: Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила в редакцию: 06.05.2019. **Принята к публикации:** 10.06.2019.

Автор для связи: Белоусов Игорь Иванович; тел.: +7 (928) 904-30-90; e-mail: belrost_dept@mail.ru

Для цитирования: Белоусов И.И., Коган М.И. Сравнительный анализ терапии 1-й и 2-й линий в ведении пациентов с невоспалительной формой хронического простатита/синдрома хронической тазовой боли. *Вестник урологии*. 2019;7(2):14-23. DOI: 10.21886/2308-6424-2019-7-2-14-23

Management of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: «second-line» therapy possibilities

I.I. Belousov, M.I. Kogan

Rostov State Medical University; Rostov-on-Don, Russian Federation

Introduction. The basic symptoms in the non-inflammatory form of chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome (CP / CPTB III B) are Pain, Symptoms of the Lower Urinary Tract (LUTS) and Erectile Dysfunction (ED). Pain is the main and leading symptom. Treatment of patients with this condition is extremely difficult and often ineffective. For the correction of present symptoms, it is considered reasonable to use α 1-Adrenergic Blockers (α 1-AB), Antibacterial Drugs, Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs) and Phytotherapy, since these drugs are approved and have a high level of evidence. However, their use in most cases does not allow to achieve the proper clinical effect.

Objectives. Comparative analysis of the effectiveness of combination therapy of the «first-line» (α 1-AB + NSAIDs) and combination therapy of the «first-line» (α 1-AB + NSAIDs), supplemented by local physical effects on the prostate.

Materials and methods. 73 patients with a previously confirmed diagnosis of CP / CPPS III B were included in the study. Study Design: A prospective randomized simple comparative study. The key evaluation criterion is the arterial intraprostatic blood flow rate. Clinical evaluation of patients was carried out by questioning (I-PSS, NIH-CPPS and ICEP-5 questionnaires) before and after taking medications. Drug therapy was performed for 30 days. Randomization: Group 1 – first line therapy (α 1-AB + NSAIDs). Group 2 – a massage of the prostate was added to the «first-line» therapy (α 1-AB + NSAIDs). Statistical analysis was performed using non-parametric statistics.

Results. Pain: decrease in pain intensity – by 7.7 and 26.9% for the Group 1 and 2, respectively. LUTS: decrease in severity / reduction – by 18.2 / 0% and 50 / 15.4% of cases for the Group 1 and 2, accordingly. Treatment satisfaction – 3.8 and 26.9% of patients for the Group 1 and 2, respectively. A statistically significant improvement in erectile function was not observed in patients of both groups.

Conclusions. In the case when CP / CPPS III B is accompanied by moderate arterial hemodynamic disorders of the prostate, it is possible to achieve an improvement in the results of standard «first-line» therapy recommended by the European Association of Urology. At the same time, it is possible to reduce the intensity of pain and the severity of LUTS. However, there is no improvement in erectile function in these patients.

Key words: CP/CPPS III B; drug therapy; erectile dysfunction; LUTS; pain; prostate massage

Disclosure: The study did not have sponsorship. The authors have declared no conflicts of interest.

Received: 06.05.2019. **Accepted:** 10.06.2019.

For correspondence: Igor I. Belousov; tel.: +7 (928) 904-30-90; e-mail: belrost_dept@mail.ru

For citation: Belousov I.I., Kogan M.I. Management of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: «second-line» therapy possibilities. *Urology Herald*. 2019;7(2):14-23. (In Russ.). DOI: 10.21886/2306-6424-2019-7-2-14-23

Введение

Невоспалительная форма хронического абактериального простатита (ХП/СХТБ III Б) является крайне сложным по патогенезу и малоэффективным в лечении состоянием. В настоящее время продолжают обсуждаться существующие и ведется постоянный поиск новых терапевтических агентов, способных нивелировать основную триаду жалоб, которыми являются боль, симптомы со стороны нижних мочевых путей (СНМП) и эректильная дисфункция (ЭД). Наряду с коррекцией симптомов главной задачей лечения также является повышение качества жизни пациента и его социальная реабилитация, если таковая необходима.

Согласно существующим клиническим рекомендациям Европейской ассоциации урологов, философия лечения синдрома хронической тазовой боли, неотъемлемой частью которого является ХП/СХТБ III Б, основана на биопсихосоциальной модели, где организм рассматривается как единое целое, и априори отдельные методы лечения, как правило, не эффективны. При этом должна широко использоваться персонализированная стратегия, вплоть до элементов самолечения. При выборе фармакологических и нефармакологических лечебных стратегий экспертным советом Европейской ассоциации урологов (ЕАУ) настоятельно рекомендовано учитывать возможные нежелательные явления и критерии эффективности [1].

Рекомендованными видами лечения ХП/СХТБ III Б (терапия 1-й линии), имеющими высокий уровень доказательности, согласно существующим актуальным Европейским и Российским клиническим рекомендациям являются применение альфа₁-адреноблокаторов (α 1-АБ) [2-5], антибактериальных препаратов [6], нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) [7, 8] и фитотерапии [9-11]. Однако все эти пути отмечены умеренной эффективностью при коррекции боли, СНМП, ЭД и обладают невысоким влиянием на качество жизни пациента при ХП/СХТБ III Б [3, 12-14].

Определенную роль в этом играет неустановленная до сегодняшнего дня этиология хронического болевого синдрома при ХП/СХТБ III Б, что в свою очередь определяет отсутствие общепринятых доказательных подходов к терапии этого состояния, хотя в последнее десятилетие достигнут определенный прогресс в этой области [15-19].

Относительно недавно получены новые сведения о клинической успешности мультимодальной терапии по ведущему синдрому, так называемой системе UPOINT, и ряде преимуществ ее перед применением α 1-АБ и НПВС. Эффективность лечения колеблется в пределах от 59% до 70 %, демонстрируя улучшения по всем анализируемым доменам, общее снижение симптомов до 6 баллов у 84% пациентов при сроке наблюдения до 50 недель [20, 21]. В настоящее время терапия по системе UPOINT приобретает все больше сторонников, но продолжает находиться на стадии клинической апробации в исследовательских центрах [22].

Существующее многообразие терапевтических подходов может объясняться либо отсутствием существенных доказательств их клинической эффективности (или подобием эффектам плацебо) либо всё продолжающимся изучением. В любом случае приходится констатировать, что эффективность проводимого лечения ХП/СХТБ III Б на настоящем этапе не является должной.

Таким образом, и поиск новых направлений терапии ХП/СХТБ III Б и усовершенствование существующих подходов являются актуальными, особенно в случае, когда рекомендованная практическими руководствами терапия первой линии является неэффективной.

Целью настоящего исследования является сравнительный анализ эффективности терапии 1-й линии в виде комбинации α 1-АБ и анальгетика из группы НПВС с одной стороны и терапии 1-й линии в виде комбинации α 1-АБ и анальгетика из группы НПВС, дополненной местным физическим воздействием на предстательную железу, с другой.

Материалы и методы

Изучены клинические материалы от 73 пациентов с ранее установленным диагнозом ХП/СХТБ III Б. Верификация проведена стандартным, рекомендованным клиническими рекомендациями ЕАУ и РОУ, обследованием, по результатам которого исключены другие очевидные причины боли.

Дизайн исследования: проспективное рандомизированное простое сравнительное исследование эффективности комбинированной терапии α 1-АБ и анальгетиком из группы НПВС (1-я линия лечения) и комбинированной терапии α 1-АБ и анальгетиком из группы НПВС, дополненной курсом лечебного массажа предстательной железы (2-я линия лечения).

Критериями включения в исследование являлись:

- ранее проводимая терапия как α 1-АБ, так и НПВС, не оказавшая позитивного клинического эффекта, по мнению пациента.

- информированное согласие пациента на участие в исследовании и соблюдение процедур исследования.

- показатели пиковой систолической скорости артериального кровотока в интрапростатических артериях, находящиеся в пределах от 10 до 19 мл/с.

Критерии исключения были следующие:

- анамнестические данные в пользу перенесенных инфекционных заболеваний нижних мочевых и половых путей

- перенесенные оперативные вмешательства любого рода на нижних мочевых путях и половых органах.

В течение 30 дней исследуемые принимали α 1-АБ тамсулозин (Омник) в дозе 0,4 мг 1 раз в день ежедневно утром и НПВС целекоксиб (Целебрекс) 200 мг 1 раз в сутки ежедневно во 2-й половине дня. Кроме того, всем участникам проводили курс лечебного массажа предстательной железы, состоящий из 10 процедур, выполняемых 1 раз в день через два дня на третий в течение 1-й минуты по общепринятой технике. Эффекты терапии оценивали по клиническим признакам через 30 дней от начала лечения сопоставлением данных анкетирования по валидным анкетам I-PSS, NIH-CPPS и МИЭФ-5, заполняемых пациентами до лечения и сразу после его окончания.

Всем пациентам до исследования выполняли трансректальное цветное дуплексное картирование (ТЦДК) предстательной железы с целью оценки интрапростатического артериального

кровотока, где ведущим оценочным критерием являлась пиковая систолическая скорость артериального кровотока ($V_{\max}$) в интрапростатических артериях. Во время УЗ-сканирования предстательной железы всем исследуемым производили однократно лечебный массаж органа в течение 1 минуты. $V_{\max}$ в простатических артериях измерялась перед массажем и непосредственно после него.

В зависимости от скорости кровотока в артериях простаты после пробного массажа произведено деление пациентов на группы. 1-ю группу ($n = 26$) составили пациенты, у которых после проведенного однократно стандартного массажа простаты не произошло значимого улучшения интрапростатической гемодинамики.

Во 2-ю группу ($n = 26$) включены пациенты, отличающиеся от первой группы тем, что после проведенного однократно стандартного массажа простаты показатель $V_{\max}$ у них повысился до нормативных значений > 19 мл/с.

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica (StatSoft Inc., США. Версия 6.1). Качественные данные представляли как абсолютные и относительные частоты (проценты). Анализ соответствия вида распределения признака закону нормального распределения осуществляли с применением критерия Shapiro-Wilk. Описательную статистику количественных признаков представляли в виде центральной тенденции – медианы (Me) и дисперсии – интерквартильного размаха (25 и 75 процентиля). В тексте эти значения указывали как $Me [LQ; UQ]$. Выпадающие значения («выбросы») не исключали из анализа. Сравнение двух связанных между собой групп по количественным признакам производили непараметрическим методом с использованием теста согласованных пар Вилкоксона. Сравнение двух несвязанных между собой групп по количественным признакам осуществляли непараметрическим методом с использованием Mann-Whitney U-test. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Коррекция болевого синдрома во 2-й группе оказалась более эффективна в сравнении с 1-й. Так, полностью избавились от боли 26,9% пациентов. По данным анкеты NIH-CPPS достоверное снижение индекса боли у остальных больных 2-й группы на 33,3% сопровождалось достоверным снижением общего балла симптомов на 46,4%.

Напротив, в 1-й группе индекс боли уменьшился только на 7,7% при парадоксальном увеличении общего балла симптомов на 2,8% при отсутствии статистической значимости этих данных (табл. 1).

Оценка локализации и интенсивности боли, а также суммарной выраженности симптомов по анкете NIH-CPPS продемонстрировала статистически значимые позитивные изменения у пациентов 2-й группы в сравнении с 1-й. Исчезновение болей в промежности, тестикулах, головке полового члена, надлонной области, а также отсутствие болей при мочеиспускании и семяизвержении отметили 18,6%, 21,6%, 22,9%, 19,2%, 20,3% и 31,8% пациентов 2-й группы соответственно.

В 1-й группе основные изменения в локализации болевого синдрома коснулись только тестикулярной боли и болезненного мочеиспускания, 19,2% и 11,6% соответственно (табл. 2). Больные этой группы не отметили изменений в частоте болевого синдрома, в то время как во 2-й группе 14,1% пациенты заявили об исчезновении постоянного болевого синдрома.

При оценке результатов лечения оказалось, что редукция степени тяжести СНМП у пациентов 2-й группы достигла 50%, в то время как в 1-й группе – только 18,2%. Кроме того, 15,4% пациентов 2-й группы сообщили о полном отсутствии СНМП после лечения, в 1-й группе таких пациентов не было.

Пациенты 1-й группы отметили отсутствие достоверного и значимого улучшения СНМП и качества жизни на фоне лечения. Из них довольны терапией в отношении коррекции СНМП оказались только 3,8% больных. Во 2-й группе, напротив, отмечены умеренные достоверные положительные изменения в течение СНМП, доля пациентов с позитивным сдвигом качества жизни на фоне лечения составила 26,9% (табл. 1).

Эффективность проведенного лечения наглядно продемонстрирована оценкой общего балла симптомов. Ни один из пациентов 1-й группы не изменил своих жалоб, в то время как от симптомов в общем выраженной и умеренной интенсивности избавились 21,6% и 23,3% пациентов 2-й группы соответственно. Внутригрупповая оценка изменений в 1-й группе по всем параметрам не имела статистической значимости, в то время как во 2-й группе статистическая значимость данных была получена (табл. 2).

Статистически значимых изменений в улучшении эректильной функции у пациентов обеих групп отмечено не было.

Таким образом, у пациентов ХП/СХТБ III Б,

Таблица 1. Клинические данные пациентов групп сравнения исходно и после проведённого лечения
 Table 1. Clinical data of patients in comparing groups at baseline and after treatment

Параметры Parameters	Группы сравнения Comparing groups				
	1-я группа Group 1		2-я группа Group 2		p**
	До лечения Before treatment	После лечения After treatment	До лечения Before treatment	После лечения After treatment	
Анкета I-PSS I-PSS Questionnaire	Общий счёт симптомов, баллы (максимально 35) Symptoms total score, points (max 35)	Me [LQ; UQ] Интервал Interval	5,5 [0; 9,0] 0 – 25	6,0 [0; 9,0] 0 – 19	0,109
	Качество жизни, баллы (максимально 6) Quality of life points, (max 6)	Me [LQ; UQ] Интервал Interval	2,0 [0; 4,0] 0 – 6	1,0 [1,0; 4,0] 0 – 6	0,116
	Ирритативные симптомы, баллы (максимально 15) Irritative symptoms, points (max 15)	Me [LQ; UQ] Интервал Interval	2,0 [0; 6,0] 0 – 15	2,0 [0; 5,0] 0 – 12	0,023
	Обструктивные симптомы, баллы (максимально 20) Obstructive symptoms, points (max 20)	Me [LQ; UQ] Интервал Interval	1,0 [0; 5,0] 0 – 17	1,0 [0; 5,0] 0 – 13	0,845
Анкета NIH-CPSI NIH-CPSI Questionnaire	Оценка боли по ВАШ, баллы (максимально 10) Evaluation of pain by VAS, points (max 10)	Me [LQ; UQ] Интервал Interval	6,5 [5,0; 7,0] 3 – 10	6,0 [5,0; 7,0] 4 – 10	1,0
	Выраженность СНМП, баллы (максимально 10) The severity of LUTS points (max 10)	Me [LQ; UQ] Интервал Interval	4,0 [3,0; 6,0] 0 – 10	4,0 [3,0; 6,0] 1 – 10	0,353
	Общий балл боли, баллы (максимально 21) Total pain score, points (max 21)	Me [LQ; UQ] Интервал Interval	15,0 [14,0; 17,0] 7 – 20	14,5 [14,0; 17,0] 8 – 19	0,638
	Общее количество симптомов, баллы (максимально 31) Total number of symptoms, points (max 31)	Me [LQ; UQ] Интервал Interval	18,0 [18,0; 22,0] 13 – 28	18,5 [17,0; 21,0] 13 – 28	0,272
	Качество жизни, баллы (максимально 10) Quality of life, points (max 10)	Me [LQ; UQ] Интервал Interval	9,0 [8,0; 10,0] 3 – 12	8,5 [7,0; 10,0] 3 – 12	0,041

Анкета МИЭФ-5 IIEF-5 Question- naire	Эректильные нарушения, баллы (максимально 21) Erectile disorders, points (max21)	Me [LQ; UQ] Интервал Interval	3,5 [0; 16,0] 0 – 21	3,5 [0; 15,0] 0 – 20	0,043 0 [0; 16,0]	0 [0; 14,0]	0,612	0,620
--	--	-------------------------------------	-------------------------	-------------------------	-----------------------------	-------------	-------	-------

Примечание: Me – медиана, LQ – нижний квартиль, UQ – верхний квартиль. Интервал – минимальное и максимальное значения определяемого параметра. * - значимость *p* внутригрупповых различий; ** - значимость *p* межгрупповых различий.
Note: Me is the median, LQ is the lower quartile, UQ is the upper quartile. Interval is the minimum and maximum values of the parameter being defined. * - *p* significance level of intragroup differences; ** - *p* significance level of intergroup differences

Таблица 2. Динамика изменения симптомов (анкета NIH-CPPS) на фоне проведенного лечения
Table 2. Changes in symptoms (according to the NIH-CPPS questionnaire) against the treatment background

Параметры Parameters	Группы сравнения Comparing groups					
	1-я группа Group 1			2-я группа Group 2		
	До лечения Before treatment	После лечения After treatment	<i>p</i> *	До лечения Before treatment	После лечения After treatment	<i>p</i> *
	%			%		
Отсутствие боли Painless	0	0	-	0	26,9	-
Промежность Perineum	92,3	96,2	0,593	92,3	73,7	0,005
Тестикулы Testicles	53,8	34,6	0,182	26,9	5,3	0,028
Головка полового члена Glans penis	53,8	50,0	0,593	80,8	57,9	0,011
Надлонная область Suprapubic area	96,2	92,3	0,884	73,1	57,9	0,025
Боли при мочеиспускании Micturition pain	61,5	73,1	0,223	30,8	10,5	0,028
Боли при семяизвержении Ejaculatory pain	92,3	88,5	0,566	42,3	10,5	0,016
Частота боли Pain frequency	0	0	-	7,7	26,3	0,241
Редко Rarely						
Иногда Occasionally	3,8	3,8	-	23,1	21,1	0,494

Часто <i>Frequently</i>	15,4	15,4	-	30,8	26,3	0,374	0,844
Обычно <i>Ordinarily</i>	34,6	34,6	-	11,5	10,5	0,593	0,084
Всегда <i>Perennially</i>	46,2	46,2	-	26,9	15,8	0,068	0,046
Незначительная боль <i>Minor pain</i>	7,7	0	-	30,8	36,8	0,735	0,099
Умеренная боль <i>Moderate pain</i>	69,2	80,8	0,109	61,5	57,9	0,091	0,020
Интенсивная боль <i>Intense pain</i>	23,1	19,2	-	7,7	5,3	-	0,326
Слабые <i>Mild</i>	0	0	-	7,7	52,6	0,025	0,018
Умеренные <i>Moderate</i>	50,0	50,0	-	65,4	42,1	0,045	0,198
Выраженные <i>Intense</i>	50,0	50,0	-	26,9	5,3	0,028	0,006

Примечание: * p – значимость внутригрупповых различий; ** p – значимость межгрупповых различий.
 Note: * p significance level of intragroup differences; ** p significance level of intergroup differences.

имеющих не тяжелые органические нарушения в артериальном бассейне предстательной железы, возможно добиться повышения результатов лечения дополнением терапии 1-й линии курсовым лечебным массажем предстательной железы. Улучшение артериальной гемодинамики простаты за счёт физического воздействия на железу приводит к благотворному влиянию в виде уменьшения интенсивности болевого синдрома в тазовом регионе и снижении выраженности СНМП, не оказывая, в то же время какого-либо значимого воздействия на эректильную функцию этих пациентов.

Заключение

ХП/СХТБ III Б является патологическим состоянием, устойчивым к известным на сегодняшний момент терапевтическим опциям. Литературными данными подтверждается, что рекомендуемое ЕАУ лечение в качестве терапии 1-й линии является эффективным далеко не у всех пациентов, при этом отмечаются удовлетворительные терапевтические эффекты по коррекции СНМП и ЭД [1, 3, 12-14].

В нашем исследовании изучались лечебные эффекты у пациентов с ХП/СХТБ III Б, имеющих органические изменения в артериальном бассейне предстательной железы. Нам удалось показать, что коррекция интенсивности боли, тяжести СНМП может быть достигнута у тех пациентов, у кого удастся местным воздействием на простаты повысить артериальную гемодинамику органа и, тем самым, уменьшить степень хронической гипоксии, пусть и временно. Приходится признать, что динамическая оценка индекса боли в совокупности локализации, длительности и интенсивности показывает лучший, но, тем не менее, невысокий процент изменений. Более выражены положительные сдвиги в уровне СНМП.

Например, подавляющему количеству пациентов (86,2%), до лечения имевших незначительную и умеренную интенсивность боли, не удалось изменить свой ангинальный статус. В то же время достаточная часть исследуемых (74,1%) оказалась довольна изменением своих СНМП. При этом только 37,1% больных оценили улучшение качества своей жизни более чем на 30%. Это подтверждает выработанное экспертным советом ЕАУ и отраженное в клинических рекомендациях мнение, что именно боль, являясь основным и ведущим симптомом при ХП/СХТБ III Б, определяет качество жизни.

Боль и СНМП могут оказывать косвенное воздействие на развитие ЭД у некоторых пациентов ХП/СХТБ III Б. Отсутствие эффекта от терапии 1-й линии в отношении больных с тяжелыми формами ЭД по нашим данным может свидетельствовать о наличии у них ЭД смешанного генеза.

Терапия 2-й линии в настоящее время используется только у некоторых пациентов, имеющих неудовлетворительные результаты применения стандартного лечения. Её применение в нашем исследовании позволяет повысить эффективность лечения, поскольку она дополняет целевые препараты 1-й линии, обладающие известным фармакологическим действием на выявляемые патогенетические основы симптомов ХП/СХТБ III Б.

Дополнение базовой терапии механическим воздействием на предстательную железу, повышающим интенсивность артериального кровоснабжения органа, приводит к большей актив-

ности метаболических процессов в железе, что сказывается на снижении интенсивности боли и выраженности СНМП.

Следует иметь в виду, что на настоящем этапе изучения ХП/СХТБ III Б в мировой литературе отсутствуют научно обоснованные указания на какие-либо виды терапии 2-й линии. Определение же эффективности и безопасности новаторских терапевтических опций пока существуют только в пилотных проектах.

Исходя из этого, лечение пациентов ХП/СХТБ III Б следует начинать с методов, обладающих доказанной клинической эффективностью, коими является терапия 1-й линии. При получении неудовлетворительных результатов стандартного терапевтического подхода становится оправданным проведение последующего лечебного курса, направленного на коррекцию патологических паттернов, выявляемых при расширенном обследовании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Engeler D, Baranowski AP, Borovicka J, Cottrell AM, Elneil S, Hughes J, Messelink E (Vice-chair), de C Williams AC. Guidelines Associates: Parsons B, Goonewardene S. *EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain*. European Association of Urology, 2018 [internet publication]. – URL: <https://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/>
2. Thakkinstian A, Attia J, Anothaisintawee T, Nickel JC. 2. α -Blockers, antibiotics and anti-inflammatories have a role in the management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *BJU Int*. 2012;110(7):1014-1022. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2012.11088.x
3. Cohen JM, Fagin AP, Hariton E, Niska JR, Pierce MW, Kuriyama A, Whelan JS, Jackson JL, Dimitrakoff JD. Therapeutic intervention for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2012;7(8):e41941. DOI: 10.1371/journal.pone.0041941
4. Pontari M, Giusto L. New developments in the diagnosis and treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Curr Opin Urol*. 2013;23(6):565-569. DOI: 10.1097/MOU.0b013e3283656a55.
5. Ismail M, Mackenzie K, Hashim H. Contemporary treatment options for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Drugs Today (Barc)*. 2013;49(7):457-462. DOI: 10.1358/dot.2013.49.7.1990152
6. Taylor BC, Noorbaloochi S, McNaughton-Collins M, Saigal CS, Sohn MW, Pontari MA, Litwin MS, Wilt TJ; Urologic Diseases in America Project. Excessive antibiotic use in men with prostatitis. *Am J Med*. 2008;121(5):444-449. DOI: 10.1016/j.amjmed.2008.01.043
7. Nickel JC, Downey J, Clark J, Casey RW, Pommerville PJ, Barkin J, Steinhoff G, Brock G, Patrick AB, Flax S, Goldfarb B, Palmer BW, Zadra J. Levofloxacin for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in men: a randomized placebo-controlled multicenter trial. *Urology*. 2003;62(4):614-617. PMID: 14550427
8. Zhao WP, Zhang ZG, Li XD, Yu D, Rui XF, Li GH, Ding GQ. Celecoxib reduces symptoms in men with difficult chronic pelvic pain syndrome (Category IIIA). *Braz. J. Med. Biol Res*. 2009;42(10):963-967. DOI: 10.1590/S0100-879X2009005000021

REFERENCES

1. Engeler D, Baranowski AP, Borovicka J, Cottrell AM, Elneil S, Hughes J, Messelink E (Vice-chair), de C Williams AC. Guidelines Associates: Parsons B, Goonewardene S. *EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain*. European Association of Urology, 2018 [internet publication]. – URL: <https://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/>
2. Thakkinstian A, Attia J, Anothaisintawee T, Nickel JC. 2. α -Blockers, antibiotics and anti-inflammatories have a role in the management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *BJU Int*. 2012;110(7):1014-1022. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2012.11088.x
3. Cohen JM, Fagin AP, Hariton E, Niska JR, Pierce MW, Kuriyama A, Whelan JS, Jackson JL, Dimitrakoff JD. Therapeutic intervention for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2012;7(8):e41941. DOI: 10.1371/journal.pone.0041941
4. Pontari M, Giusto L. New developments in the diagnosis and treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Curr Opin Urol*. 2013;23(6):565-569. DOI: 10.1097/MOU.0b013e3283656a55.
5. Ismail M, Mackenzie K, Hashim H. Contemporary treatment options for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Drugs Today (Barc)*. 2013;49(7):457-462. DOI: 10.1358/dot.2013.49.7.1990152
6. Taylor BC, Noorbaloochi S, McNaughton-Collins M, Saigal CS, Sohn MW, Pontari MA, Litwin MS, Wilt TJ; Urologic Diseases in America Project. Excessive antibiotic use in men with prostatitis. *Am J Med*. 2008;121(5):444-449. DOI: 10.1016/j.amjmed.2008.01.043
7. Nickel JC, Downey J, Clark J, Casey RW, Pommerville PJ, Barkin J, Steinhoff G, Brock G, Patrick AB, Flax S, Goldfarb B, Palmer BW, Zadra J. Levofloxacin for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in men: a randomized placebo-controlled multicenter trial. *Urology*. 2003;62(4):614-617. PMID: 14550427
8. Zhao WP, Zhang ZG, Li XD, Yu D, Rui XF, Li GH, Ding GQ. Celecoxib reduces symptoms in men with difficult chronic pelvic pain syndrome (Category IIIA). *Braz. J. Med. Biol Res*. 2009;42(10):963-967. DOI: 10.1590/S0100-879X2009005000021

9. Elist J. Effects of pollen extract preparation Prostat/Poltit on lower urinary tract symptoms in patients with chronic non-bacterial prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Urology*. 2006;67(1):60-63. DOI: 10.1016/j.urology.2005.07.035
10. Wagenlehner FM, Schneider H, Ludwig M, Schnitker J, Brähler E, Weidner W. A pollen extract (Cernilton) in patients with inflammatory chronic prostatitis-chronic pelvic pain syndrome: a multicentre, randomised, prospective, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Eur Urol*. 2009;56(3):544-551. DOI: 10.1016/j.eururo.2009.05.046
11. Shoskes D.A., Zeitlin S.I., Shahed A. Quercetin in men with category III chronic prostatitis: a preliminary prospective, double-blind, placebo-controlled trial. *Urology*. 1999;54(6):960-963. PMID: 10604689
12. Tuğcu V, Taşçı AI, Fazlıoğlu A, Gürbüz G, Ozbek E, Sahin S, Kurtuluş F, Cek M. A placebo-controlled comparison of the efficiency of triple- and monotherapy in category III B chronic pelvic pain syndrome (CPPS). *Eur Urol*. 2007;51(4):1113-1117. DOI: 10.1016/j.eururo.2006.09.036
13. Murphy AB, Nadler RB. Pharmacotherapy strategies in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome management. *Expert Opin Pharmacother*. 2010;11(8):1255-1261. DOI: 10.1517/14656561003709748
14. Nickel JC, Shoskes DA, Wagenlehner FM. Management of chronic prostatitis /chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): the studies, the evidence, and the impact. *World J. Urol*. 2013;31(4):747-753. DOI 10.1007/s00345-013-1062-y
15. Kartha GK, Kerr H, Shoskes DA. Clinical phenotyping of urologic pain patients. *Curr. Opin. Urol*. 2013;23(6):560-564. DOI: 10.1097/MOU.0b013e3283652a9d
16. Calhoun EA, Clemens JQ, Litwin MS, Walker-Corkery E, Markossian T, Kusek JW, and McNaughton-Collins M, the Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. Primary care physician practices in the diagnosis, treatment and management of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2009;12(3):288-295. DOI: 10.1038/pcan.2009.9
17. Vahlensieck W, Ludwig M, Wagenlehner FM, Naber K, Fabry W. Prostatitis - diagnostics and therapy. *Aktuelle Urol*. 2013;44(2):117-123. DOI: 10.1055/s-0033-1337934
18. Schaeffer AJ. Clinical practice. Chronic prostatitis and the chronic pelvic pain syndrome. *N Engl J Med*. 2006;355(16):1690-1698. DOI: 10.1056/NEJMc060423
19. Nickel JC, Tripp D, Gordon A, Pontari M, Shoskes D, Peters KM, Deggweiler R, Baranowski AP. Update on urologic pelvic pain syndromes: highlights from the 2010 international chronic pelvic pain symposium and workshop, August 29, 2010, Kingston, Ontario, Canada. *Rev Urol*. 2011;13(1):39-49. PMID: 21826127
20. Andersen JT. *Treatment of prostatodynia (pelvic floor myalgia or chronic non-inflammatory pelvic pain syndrome)*. *Textbook of Prostatitis*. C – Oxford: United Kingdom, Isis Medical Media, 1999: 357-364.
21. Shoskes DA, Nickel JC, Kattan MW. Phenotypically directed multimodal therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective study using UPOINT. *Urology*. 2010;75(6):1249-1253. DOI: 10.1016/j.urology.2010.01.021
22. Samplaski MK, Li J, Shoskes DA. Clustering of UPOINT domains and subdomains in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and contribution to symptom severity. *J Urol*. 2012;188(5):1788-1793. DOI: 10.1016/j.juro.2012.07.036.
9. Elist J. Effects of pollen extract preparation Prostat/Poltit on lower urinary tract symptoms in patients with chronic non-bacterial prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Urology*. 2006;67(1):60-63. DOI: 10.1016/j.urology.2005.07.035
10. Wagenlehner FM, Schneider H, Ludwig M, Schnitker J, Brähler E, Weidner W. A pollen extract (Cernilton) in patients with inflammatory chronic prostatitis-chronic pelvic pain syndrome: a multicentre, randomised, prospective, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Eur Urol*. 2009;56(3):544-551. DOI: 10.1016/j.eururo.2009.05.046
11. Shoskes D.A., Zeitlin S.I., Shahed A. Quercetin in men with category III chronic prostatitis: a preliminary prospective, double-blind, placebo-controlled trial. *Urology*. 1999;54(6):960-963. PMID: 10604689
12. Tuğcu V, Taşçı AI, Fazlıoğlu A, Gürbüz G, Ozbek E, Sahin S, Kurtuluş F, Cek M. A placebo-controlled comparison of the efficiency of triple- and monotherapy in category III B chronic pelvic pain syndrome (CPPS). *Eur Urol*. 2007;51(4):1113-1117. DOI: 10.1016/j.eururo.2006.09.036
13. Murphy AB, Nadler RB. Pharmacotherapy strategies in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome management. *Expert Opin Pharmacother*. 2010;11(8):1255-1261. DOI: 10.1517/14656561003709748
14. Nickel JC, Shoskes DA, Wagenlehner FM. Management of chronic prostatitis /chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): the studies, the evidence, and the impact. *World J. Urol*. 2013;31(4):747-753. DOI 10.1007/s00345-013-1062-y
15. Kartha GK, Kerr H, Shoskes DA. Clinical phenotyping of urologic pain patients. *Curr. Opin. Urol*. 2013;23(6):560-564. DOI: 10.1097/MOU.0b013e3283652a9d
16. Calhoun EA, Clemens JQ, Litwin MS, Walker-Corkery E, Markossian T, Kusek JW, and McNaughton-Collins M, the Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. Primary care physician practices in the diagnosis, treatment and management of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2009;12(3):288-295. DOI: 10.1038/pcan.2009.9
17. Vahlensieck W, Ludwig M, Wagenlehner FM, Naber K, Fabry W. Prostatitis - diagnostics and therapy. *Aktuelle Urol*. 2013;44(2):117-123. DOI: 10.1055/s-0033-1337934
18. Schaeffer AJ. Clinical practice. Chronic prostatitis and the chronic pelvic pain syndrome. *N Engl J Med*. 2006;355(16):1690-1698. DOI: 10.1056/NEJMc060423
19. Nickel JC, Tripp D, Gordon A, Pontari M, Shoskes D, Peters KM, Deggweiler R, Baranowski AP. Update on urologic pelvic pain syndromes: highlights from the 2010 international chronic pelvic pain symposium and workshop, August 29, 2010, Kingston, Ontario, Canada. *Rev Urol*. 2011;13(1):39-49. PMID: 21826127
20. Andersen JT. *Treatment of prostatodynia (pelvic floor myalgia or chronic non-inflammatory pelvic pain syndrome)*. *Textbook of Prostatitis*. C – Oxford: United Kingdom, Isis Medical Media, 1999: 357-364.
21. Shoskes DA, Nickel JC, Kattan MW. Phenotypically directed multimodal therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective study using UPOINT. *Urology*. 2010;75(6):1249-1253. DOI: 10.1016/j.urology.2010.01.021
22. Samplaski MK, Li J, Shoskes DA. Clustering of UPOINT domains and subdomains in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and contribution to symptom severity. *J Urol*. 2012;188(5):1788-1793. DOI: 10.1016/j.juro.2012.07.036.

Сведения об авторах

Белоусов Игорь Иванович – д.м.н., доцент; профессор кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

ORCID iD: 0000-0003-0674-9429

e-mail: belrost_dept@mail.ru

Коган Михаил Иосифович – Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор; заведующий кафедрой урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

ORCID iD: 0000-0002-1710-0169

e-mail: dept_kogan@mail.ru

Information about the authors

Igor I. Belousov – M.D., Ph.D. (M), D.M.S., Associate Professor (Docent); Professor, Department of Urology and Human Reproductive Health with the course of Pediatric Urology and Andrology, Advanced Training and Specialist Professional Retraining Faculty, Rostov State Medical University

ORCID iD: 0000-0003-0674-9429

e-mail: belrost_dept@mail.ru

Mikhail I. Kogan – Honored Scientist of Russian Federation, M.D., Ph.D. (M), D.M.S., Full Professor; Head, Department of Urology and Human Reproductive Health with the course of Pediatric Urology and Andrology, Advanced Training and Specialist Professional Retraining Faculty, Rostov State Medical University

ORCID iD: 0000-0002-1710-0169

e-mail: dept_kogan@mail.ru