

Об эффективности и безопасности препарата Цернилтон® при хроническом абактериальном простатите и ДГПЖ

А.В. Сивков, Д.А. Бедретдинова

НИИ урологии Минздрава России, Москва

Хронический простатит (ХП) занимает первое место по распространенности среди воспалительных заболеваний мужской половой сферы и одно из первых мест среди мужских заболеваний в целом [19, 20, 21]. В развитых странах хронический простатит диагностируется у 15% мужского населения [22]. В России этим заболеванием страдает до 35% мужчин трудоспособного возраста [23], у 7-36% больных он осложнен везикулитом, эпидидимитом, расстройствами мочеиспускания, репродуктивной и половой функций. Проблема диагностики и лечения ХП, как бактериального, так и абактериального, остается нерешенной до сих пор, несмотря на многовековую историю его изучения [24]. Особой проблемой является лечение хронического абактериального простатита.

Цернилтон® – это лекарственное средство, активным компонентом которого является микробиологически ферментированный экстракт пыльцы разнородных растений, содержащий гидрофильную и липофильную фракции в соотношении 20:1. Гидрофильная фракция – Graminex® G60 способствует

ингибированию ферментов циклооксигеназы и 5-липооксигеназы, способствующих превращению арахидоновой кислоты в лейкотриены и простагландины, важнейших медиаторов воспаления. Тем самым достигается противоотечный и противовоспалительный эффекты препарата Цернилтон®. Липофильная фракция – Graminex® GFX, содержащая фитостеролы, способствует блокированию 5- α -редуктазы, тем самым, замедляя рост клеток предстательной железы при ДГПЖ. Также улучшается мочеиспускание за счет блокады α -1-адренорецепторов и прямого миорелаксирующего действия на гладкомышечные элементы задней уретры [1].

По результатам эпидемиологического исследования EpiLUTS, проведенного в США, Великобритании и Швеции, установлено, что 72,3% мужчин старше 40 лет отмечают симптомы нижних мочевых путей «иногда», и 47,9% – «часто» [35]. Термин симптомов нижних мочевых путей (LUTS) используется для описания симптоматики у мужчин, у которых отмечается один или более симптомов, согласно анкете международной оценки симптомов простаты (IPSS), куда включены

Cernilton® Efficiency and Safety in Treatment of Patients with Chronic Abacterial Prostatitis and BPH Evaluation Recent

A.V. Sivkov, D.A. Bedretdinova

Cernilton® is a medication which active components are microbiologically fermented pollen extract of various plants. Medicine has anti-edemic and anti-inflammatory activity, capable to inhibit 5- α reductase thus slowing down prostate cells proliferation. Also improves voiding by α -1 receptors blocking and direct relaxation activity on urethral smooth muscles.

Cernilton® evaluation of efficiency and safety in patients with prostate deceases recent researches reviewed. 60 publications dedicated to this topic were found through MedLine. The earliest one is dated after 1962. Fundamental investigations of Cernilton® mechanism of action were done. Numerous controlled randomized clinical studies with quantity of patients are still going on. Different dosage long term results already published. Due to long-term studies demonstrate continuous efficiency and safety of Cernilton®. This allows to recommend Cernilton® as a supporting and prophylactic medicine. Thereby Cernilton® is highly-effective, safe medication of choice in treatment of patients with chronic abacterial prostatitis and BPH.

императивность, частота мочеиспускания в дневное и ночное время, задержка мочи, прерывистость, ощущение неполного опорожнения и сила струи мочи [36]. LUTS используется для описания расстройств мочевых путей у мужчин с доброкачественной гиперплазией простаты (ВРН), простатодинией, острым и хроническим простатитом, вызванным микробной инфекцией, и хроническим абактериальным простатитом [36].

Основной целью лечения таких пациентов является улучшение качества жизни путем облегчения мешающих симптомов, однако по результатам проведенного в США исследования в 77% случаев при незначительных симптомах урологи не предлагают активного лечения [37]. В связи с этим существует необходимость в эффективных и безопасных препаратах, которые можно было бы использовать при слабых и умеренных симптомах LUTS у мужчин. В последнее время особое внимание уделяется растительным препаратам, которые, обладая безопасным и мягким действием, могли бы заполнить эту терапевтическую нишу.

Проанализировано около 60 статей, посвященных проблеме эффективности и безопасности препарата Цернилтон®. Самая ранняя из них датируется 1962 годом [2]. Разумеется, за это время было проведено множество исследований [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9], однако развитие медицинских технологий и признание главенствующей роли принципов доказательной медицины требуют пересмотра их результатов, уточнения и/или повторения оценки эффективности и безопасности этого препарата [10].

Было проведено большое количество исследований, касающихся проблемы лечения хронического абактериального простатита категории IIIA по классификации NIH [25, 26, 27, 28, 29, 30, 31]. Следует помнить, что при лечении простатита, как и любого хронического

заболевания, должны соблюдаться принципы последовательности и комплексного подхода. В рамках подобных исследований и проводится изучение эффективности и безопасности лекарственного средства Цернилтон® у пациентов с хроническим неинфекционным простатитом [32].

ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРЕПАРАТА ЦЕРНИЛТОН®

В Японии проведено клиническое исследование применения препарата Цернилтон® при хроническом абактериальном простатите и ДГПЖ. Monden K. и соавт. [33] предложили заполнить японскую версию шкалы Национального института здоровья (NIH-CPSI, Okayama version) 87 пациентов, из них 34 пациента с хроническим простатитом категории III, 35 пациентов с ДГПЖ, и 18 пациентов составили контрольную группу. Цернилтон® принимали 24 пациента с хроническим простатитом категории III (из них IIIa – 16, IIIb – 8). Средняя сумма баллов в домене боли/дискомфорта составила 9,79 в группе хронического простатита, 1,66 – в группе ДГПЖ и 0,39 – в контрольной группе; в домене мочевых симптомов – 8,21, 4,17 и 1,39 соответственно. Через 4-6 недель от начала терапии препаратом Цернилтон® сумма баллов по шкале NIH-CPSI значительно снизилась по всем доменам, что подтвердило его клиническую эффективность в данном исследовании.

Крупное мультицентровое рандомизированное проспективное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование 3 фазы по применению препарата Цернилтон® у пациентов с ХП было проведено Wagenlehner F.M. и Schneider H. с соавт. [34]. В данной работе принимало участие 139 пациентов с хроническим простатитом категории IIIA по шкале Национального института

здоровья, которые были случайным образом рандомизированы в две группы, одна из которых (70 пациентов) получала Цернилтон® по 2 таблетки каждые 8 часов (3 раза в день), пациенты второй группы (69 человек) получали плацебо; длительность лечения составила 12 недель. Основным результатом считалось симптоматическое улучшение в домене боли шкалы NIH-CPSI. По истечении 12 недель статистически значимо изменились следующие показатели: количество баллов в домене боли ($p = 0,0086$), качество жизни (QoL; $p = 0,0250$) и общая сумма баллов по шкале NIH-CPSI ($p = 0,0126$) в экспериментальной группе по сравнению с плацебо. При определении ответа на терапию как снижение общей суммы баллов по шкале NIH-CPSI по меньшей мере на 25% или на 6 баллов, в группе, получавшей Цернилтон®, ответ наблюдался в 70,6% случаев, в группе плацебо – 50% ($p = 0,0141$). Побочные эффекты практически не наблюдались и были незначительными. Это исследование было опубликовано в журнале «Европейская урология», среднее число цитирований статей которого, или импакт-фактор, в 2009 году составил 7,667, что подтверждает хорошую доказательную базу проведенного исследования.

В настоящее время особый интерес представляют собой сравнительные исследования эффективности и безопасности различных препаратов, применяемых для лечения одной нозологической единицы. Так, Li N. C. с соавт. [38] опубликовали результаты мультицентрового рандомизированного контролируемого клинического исследования с параллельными группами, в котором принимали участие 906 пациентов. Участники были рандомизированы в 7 терапевтических групп, часть из которых получала селективный аденоблокатор, или ингибитор 5- α -редуктазы, или Цернилтон®. Методы обследования соответствовали международным

стандартам, следующие параметры были выбраны в качестве критериев эффективности: сумма баллов по IPSS и QOL, урофлоуметрия, объем предстательной железы, объем переходной зоны и количество остаточной мочи. В результате анализа было показано, что каждый препарат может улучшать субъективные и объективные симптомы пациентов с ДГПЖ, особенно у пациентов с исходно большой суммой баллов по шкале IPSS, однако следует помнить, что эти препараты обладают определенными побочными эффектами, в то время как препарат растительного происхождения Цернилтон® не обладает выраженными побочными эффектами.

Активно проводятся сравнительные исследования различных дозировок препарата. Так, Ху J. с соавт. [10] провел сравнительное исследование с целью определения оптимальной дозы для предотвращения клинического прогрессирования ДГПЖ. В исследовании участвовали 240 пациентов с ДГПЖ с суммой баллов IPSS > 7, которые были равно разделены на экспериментальную и контрольную группы. Цернилтон® применялся в дозировке 750 мг и 375 мг, дважды в день в течение 4 лет. Сравнивались следующие показатели: сумма баллов по шкале IPSS, объем предстательной железы, объем остаточной мочи, максимальная скорость мочеиспускания, уровень простатоспецифического антигена (ПСА), частота острой задержки мочи (ОЗМ) и частота хирургического вмешательства.

В экспериментальной группе сумма баллов IPSS, объем предстательной железы, объем остаточной мочи и максимальная скорость мочеиспускания после лечения: $10,5 \pm 5,6$; $29,2 \pm 9,5$ мл; $15,2 \pm 3,1$ мл и $16,2 \pm 4,5$ мл/с. В то время как до лечения – $20,1 \pm 4,1$; $37,8 \pm 12,5$ мл; $42,5 \pm 6,6$ мл и $10,0 \pm 3,5$ мл/с (таблица 1).

В контрольной группе при сравнении этих же показателей до и после лечения получены следующие

результаты: $14,9 \pm 4,3$ vs $19,2 \pm 3,8$; $34,7 \pm 9,8$ мл vs $37,1 \pm 11,9$ мл; $25,6 \pm 4,6$ мл vs $41,8 \pm 6,1$ мл и $13,5 \pm 4,1$ мл/с vs $10,2 \pm 3,8$ мл/с (таблица 2).

По истечении 4-летнего периода лечения разница в улучшении показателей в экспериментальной группе является статистически значимой ($p < 0,0001$). Также авторы отмечают, что улучшение происходило значительно быстрее в экспериментальной группе по сравнению с контрольной. Другие показатели также оказались лучше в экспериментальной группе после лечения. Частота острой задержки мочеиспускания (ОЗМ) и хирургического вмешательства была ниже в экспериментальной, нежели в контрольной группе. Авторы не отметили значимых изменений уровня ПСА до и после лечения в обеих группах, также не наблюдались побочные эффекты. В связи с этим авторы делают вывод о большей эффективности длительного назначения препарата в более высокой дозировке, что позволяет улучшить симптомы и предотвратить клиническую прогрессию ДГПЖ без побочных действий.

В 2000 г. был опубликован систематический обзор проведенных исследований эффективности и безопасности применения данного препарата у мужчин с ДГПЖ [9]. В этом обзоре анализировались рандомизированные или контролируемые исследования, в которых принимали участие мужчины с симптоматической ДГПЖ, длительность лечения была больше 30 дней, контрольная группа получала плацебо или медикаментозную терапию, сообщалось о клинических результатах лечения. Таким образом, были рассмотрены два плацебо-контролируемых исследования и два сравнительных исследования, в которых участвовали 444 пациента в течение 12-24 недель. В трех исследованиях использовался двойной слепой метод, хотя способ сокрытия порядка отнесения участников ис-

пытания к той или иной группе был не раскрыт во всех исследованиях. При анализе субъективных ощущений пациентов по линейной шкале выраженности симптомов в группе, в которой пациенты получали Цернилтон®, отмечалось улучшение по сравнению с группой плацебо в 2,4 раза (95% доверительный интервал (ДИ) отношения рисков – 1,21-4,75). Цернилтон® снижал частоту ночного мочеиспускания по сравнению с плацебо в 2,05 раза (95% ДИ 1.41-3.00). Также не было выявлено серьезных побочных эффектов, зарегистрированные нежелательные явления были редкими и незначительными. Уровень отказа от приема препарата составил 4,8% по сравнению с 2,7% случаев отказа от плацебо, что не являлось статистически значимым различием. Был сделан вывод о хорошей переносимости препарата и улучшении основных симптомов нижних мочевых путей, включая никтuriю.

В основном внимание ученых сосредоточилось на клинических исследованиях эффективности и безопасности применения препарата. Следует отметить, что если до этого препарат изучался отдельно, то за последнюю декаду повысился интерес к комбинированной терапии, в связи с чем протоколы проводимых исследований предполагали сочетание препарата с другими лекарственными средствами. Изменение вектора внимания ученых связано с практическими реалиями современной медицины, когда пациенты останавливают свой выбор на приеме нескольких препаратов, предпочтительно растительного происхождения, считая, что они обладают кумулятивным эффектом.

Preuss H.G. с соавт. провели рандомизированное плацебо-контролируемое двойное слепое исследование по изучению эффективности комбинации таких препаратов, как Цернилтон®, экстракт *Serenoa repens* (*Saw palmetto*), В-ситостерин, витамин Е, у па-

Таблица 1. Результаты в экспериментальной группе

Параметр	До лечения	После лечения
Сумма баллов IPSS	20,1 ± 4,1	10,5 ± 5,6
Объем предстательной железы, мл	37,8 ± 12,5	29,2 ± 9,5
Объем остаточной мочи, мл	42,5 ± 6,6	15,2 ± 3,1
Максимальная скорость мочеиспускания, мл/с	10,0 ± 3,5	16,2 ± 4,5

Таблица 2. Результаты в контрольной группе

Параметр	До лечения	После лечения
Сумма баллов IPSS	19,2 ± 3,8	14,9 ± 4,3
Объем предстательной железы, мл	37,1 ± 11,9	34,7 ± 9,8
Объем остаточной мочи, мл	41,8 ± 6,1	25,6 ± 4,6
Максимальная скорость мочеиспускания, мл/с.	10,2 ± 3,8	13,5 ± 4,1

циентов с ДГПЖ в трех американских урологических центрах [18]. Ученые использовали стандартные диагностические протоколы, из вопросников применялась шкала показателей симптомов Американской урологической ассоциации. Лечение продолжалось в течение 3 месяцев. Одним из наиболее значительно изменившихся симптомов оказалась никтурия ($p < 0,001$). Частота дневного мочеиспускания также значимо уменьшилась ($p < 0,04$), как и сумма баллов по используемой шкале ($p < 0,014$). При этом, что очень важно, не отмечалось кумуляции побочных эффектов.

ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ МЕХАНИЗМА ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТА ЦЕРНИЛТОН® IN VIVO

Изучением механизмов действия препарата Цернилтон® занимались несколько групп ученых. Так, Asakawa K. с соавт. (2001) провели эксперимент *in vivo* на модели абактериального простатита, вызываемого введением полового гормона после кастрации, с целью изучения эффектов препарата Цернилтон® на провоспалительные цитокины (ИЛ-1 beta, ИЛ-6 и ФНО-альфа). В контрольной группе, не получавшей препарат, простатические ИЛ-6 и ФНО-альфа были повышены в 2-3 раза, при гистопатологическом исследовании было выявлено ациннарное воспаление и стромальная пролиферация. В группе, которая получала Цернилтон® в дозе 630 или


1260 мг/кг, было продемонстрировано снижение повышенного уровня цитокинов после индукции простатита, причем снижение показателей зависело от дозы. При гистопатологическом исследовании было показано, что состояние предстательной железы возвращалось в норму при использовании дозы 1260 мг/кг. Эти данные подтверждают противовоспалительное действие препарата Цернилтон®, ингибирующий эффект которого на простатические провоспалительные цитокины является одним из важных факторов в его действии [1].

Группа из Токио под руководством Kamijo T. (2001) также занималась изучением вопроса механизма действия препарата Цернилтон® *in vivo* на модели хронического абактериального простатита [17], причем, так как препарат состоит из двух частей, гидрофильной фракции Graminex® G60 и липофильной фракции Graminex® GFX, вводились именно эти фракции по отдельности для изучения эффекта каждой из них. Были проведены гистопатологические и иммуногистохимические исследования, оценивающие повреждение простатических желез, эпителиальной функции, клеточной пролиферации и апоптоза. В контрольной группе были выявлены серьезные повреждения, а в экспериментальной – применение препарата продемонстрировало защиту эпителиальных клеток в ацинусах, в основном благодаря Graminex® GFX, и ингибирование стромальной

пролиферации в связи с усиленным апоптозом преимущественно из-за Graminex® G60 [17].

Воздействие препарата *in vivo* на гиперплазию предстательной железы через влияние на метаболизм андрогенов было продемонстрировано в исследовании Talpur N. с соавт., опубликованном в 2003 году [8]. Авторы сравнивали результаты использования препаратов *Saw Palmetto (Serenoa repens)* и микробиологически ферментированного экстракта пыльцы разнообразных растений (действующее вещество препарата Цернилтон®) в группах кастрированных и некастрированных моделей. После кастрации отмечались изменения в весе предстательной железы, так, у некастрированных моделей средний вес простаты составил 124 мг ± 8,8 (средняя ошибка среднего), и у кастрированных - 24,5 мг ± 1,9. В группе кастрированных моделей вес предстательной железы увеличивался до 250,0 мг ± 31,7 ($p < 0,01$) при применении тестостерона. Использование этих растительных препаратов приводило к снижению размера простаты практически до уровня некастрированных моделей ($p < 0,01$). Также авторы провели подобный эксперимент с некастрированными моделями, получавшими большие дозы тестостерона, и получили похожие результаты. Кроме того, в обоих исследованиях использование растительных препаратов приводило к снижению массы тела модели. Таким образом, данный эксперимент подтвердил, что препарат экстракта пыльцы влияет на гиперплазию предстательной железы через воздействие на метаболизм андрогенов [8].

ВЫВОДЫ

Таким образом, нами описаны современные исследования по эффективности и безопасности препарата Цернилтон® у пациентов с заболеваниями предстательной железы. В заключение, мы можем сказать, 



ООО Группа компаний «Граминэкс – фарма»

ЦЕРНИЛТОН®

ВОССТАНАВЛИВАЕТ И ПОДДЕРЖИВАЕТ ЗДОРОВЬЕ ПРОСТАТЫ

Лиши ПРОСТАТИТ права голоса!



ПОЗВОЛЬ СЕБЕ



Иметь
ДЕТЕЙ



Полноценно
ЛЮБИТЬ



Спокойно
СПАТЬ



Регистрация в России **ЦЕРНИЛТОН® форте** осенью 2010 года



ООО Группа компаний «Граминэкс – фарма»
Эксклюзивный представитель
в России, странах СНГ и Балтии

117292, г. Москва, ул. Дм. Ульянова, 16, корпус 2, офис 147
телефон: +7 (499) 124-02-21, факс: +7 (499) 124-11-80
www.cernilton.ru; e-mail: info@cernilton.ru

что в настоящее время проведено значительное количество исследований, подтверждающих выраженный противовоспалительный эффект Цернилтона у больных с хроническим абактериальным простатитом, что подтверждается субъективными и объективными данными. Продолжаются фундаментальные исследования механизмов действия данного препарата. В последнее время актуальными являются сравнительные исследования, а также изуче-

ние эффективности и безопасности комбинированной терапии. Сравнительные анализы эффективности различных доз препарата Цернилтон® при лечении больных с ДГПЖ также демонстрируют достоверные различия. Важным отличием опубликованных исследований за последнее десятилетие является количество пациентов и продолжительность приема препарата. Благодаря продолжительным исследованиям появляется возможность судить о

долгосрочной эффективности и безопасности препарата, что позволяет назначать его как поддерживающую и профилактическую терапию для предотвращения клинического прогрессирования заболевания.

Таким образом, Цернилтон® является высокоэффективным и безопасным препаратом, и может быть рекомендован в качестве препарата выбора для лечения больных с хроническим абактериальным простатитом и ДГПЖ. ■

Ключевые слова: хронический абактериальный простатит, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, лечение медикаментозное, Цернилтон®.

Keywords: Chronic Abacterial Prostatitis, Benign Prostate Hyperplasia, drug treatment, Cernilton®.

ЛИТЕРАТУРА

- Asakawa K., Nandachi N., Satoh S. et al. [Effects of cernitin pollen-extract (Cernilton) on inflammatory cyto-kines in sex-hormone-induced nonbacterial prostatitis rats] // Hinyokika Kyo. 2001. Vol. 47. P. 459-465.
- Leander G. [Preliminary research on the therapeutic effect of Cernilton on chronic prostatovesiculitis.] // Sven Lakartidn. 1962. Vol. 59. P. 3296-3304.
- Aoki A., Naito K., Hashimoto O. et al. [Clinical evaluation of the effect of tamsulosin hydrochloride and cernitin pollen extract on urinary disturbance associated with benign prostatic hyperplasia in a multicentered study] // Hinyokika Kyo. 2002. Vol. 48. P. 259-267.
- Aslamazov E.G., Akhvediani N.D., Vinarov A.Z., Aliaev Iu G. [Cernilton in the treatment of prostatic adenoma and chronic prostatitis] // Urologiia. 2007. Vol. P. 52, 54-56.
- Dedhia R.C., McVary K.T. Phytotherapy for lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia // J Urol. — 2008. Vol. 179. P. 2119-2125.
- Kato T., Watanabe H., Takahashi H. et al. [Clinical experience on treatment of chronic prostatitis with cernilton tablet] // Hinyokika Kyo. 1970. Vol. 16. P. 192-195.
- Shaplygin L.V., Sivakov A.A. [Use of cernilton in the therapy of prostatic adenoma and chronic prostatitis] // Urologiia. 2007. Vol. P. 35-37, 39.
- Talpur N., Echarh D., Bagchi D. et al. Comparison of Saw Palmetto (extract and whole berry) and Cernitin on prostate growth in rats // Mol Cell Biochem. 2003. Vol. 250. P. 21-26.
- Wilt T., Mac Donald R., Ishani A. et al. Cernilton for benign prostatic hyperplasia // Cochrane Database Syst Rev. 2000. Vol. P. CD001042.
- Xu J., Qian W. Q., Song J. D. [A comparative study on different doses of cernilton for preventing the clinical progression of benign prostatic hyperplasia] // Zhonghua Nan Ke Xue. 2008. Vol. 14. P. 533-537.
- MacDonald R., Ishani A., Rutks I., Wilt T. J. A systematic review of Cernilton for the treatment of benign prostatic hyperplasia // BJU Int. 2000. Vol. 85. P. 836-841.
- Capodice J.L., Bemis D.L., Buttyan R. et al. Complementary and alternative medicine for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome // Evid Based Complement Alternat Med. 2005. Vol. 2. P. 495-501.
- Krysiak R., Okopien B., Szkrobka W., Herman Z. S. [Modern pharmacotherapy of benign prostatic hyperplasia] // Pol Merkur Lekarski. 2005. Vol. 19. P. 710-715.
- Murphy A.B., Macejko A., Taylor A., Nadler R.B. Chronic prostatitis: management strategies // Drugs. 2009. Vol. 69. P. 71-84.
- Nickel J.C. Treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome // Int J Antimicrob Agents. 2008. Vol. 31 Suppl 1. P. S112-116.
- Potts J.M. Therapeutic options for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome // Curr Urol Rep. 2005. Vol. 6. P. 313-317.
- Kamijo T., Sato S., Kitamura T. Effect of cernitin pollen-extract on experimental nonbacterial prostatitis in rats // Prostate. 2001. Vol. 49. P. 122-131.
- Preuss H.G., Marcusen C., Regan J. et al. Randomized trial of a combination of natural products (cernitin, saw palmetto, B-sitosterol, vitamin E) on symptoms of benign prostatic hyperplasia (BPH) // Int Urol Nephrol. 2001. Vol. 33. P. 217-225.
- Krieger J.N., Ross S.O., Riley D.E. Chronic prostatitis: epidemiology and role of infection // Urology. 2002. Vol. 60. P. 8-12; discussion 13.
- McNaughton Collins M., Barry M.J. Epidemiology of chronic prostatitis // Curr Opin Urol. 1998. Vol. 8. P. 33-37.
- Pontari M.A. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome // Urol Clin North Am. 2008. Vol. 35. P. 81-89.
- Krieger J.N. Classification, epidemiology and implications of chronic prostatitis in North America, Europe and Asia // Minerva Urol Nefrol. 2004. Vol. 56. P. 99-107.
- Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. Москва: 1998.
- Jonsson K., Hedelin H. Chronic abacterial prostatitis: Living with a troublesome disease affecting many aspects of life // Scand J Urol Nephrol. 2008. Vol. P. 1-6.
- Chiang P.H., Chiang C.P. Therapeutic effect of transurethral needle ablation in non-bacterial prostatitis: chronic pelvic pain syndrome type IIIa // Int J Urol. 2004. Vol. 11. P. 97-102.
- Lu M., Zhao S.T., Wang S.M. et al. [Alpha-blockers and bioflavonoids in men with chronic nonbacterial prostatitis (NIH-IIIa): a prospective, placebo-controlled trial] // Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2004. Vol. 25. P. 169-172.
- Nickel J.C., Downey J., Pontari M.A. et al. A randomized placebo-controlled multicentre study to evaluate the safety and efficacy of finasteride for male chronic pelvic pain syndrome (category IIIA chronic nonbacterial prostatitis) // BJU Int. 2004. Vol. 93. P. 991-995.
- Nickel J.C., Johnston B., Downey J. et al. Pentosan polysulfate therapy for chronic nonbacterial prostatitis (chronic pelvic pain syndrome category IIIA): a prospective multicenter clinical trial // Urology. 2000. Vol. 56. P. 413-417.
- Schaeffer A.J. A randomized placebo-controlled multicentre study to evaluate the safety and efficacy of finasteride for male chronic pelvic pain syndrome (category IIIA chronic nonbacterial prostatitis) // J Urol. 2005. Vol. 173. P. 845.
- Wang W., Hu W.L., Yang H. et al. [Effects of antibiotic and anti-inflammatory treatment on serum PSA and free PSA levels in patients with chronic prostatitis IIIA] // Zhonghua Nan Ke Xue. 2006. Vol. 12. P. 787-790.
- Zeng X., Ye Z., Yang W. et al. [Clinical evaluation of celecoxib in treating type IIIA chronic prostatitis] // Zhonghua Nan Ke Xue. 2004. Vol. 10. P. 278-281.
- Shoskes D.A. Phytotherapy in chronic prostatitis // Urology. 2002. Vol. 60. P. 35-37; discussion 37.
- Monden K., Tsugawa M., Ninomiya Y. et al. [A Japanese version of the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI, Okayama version) and the clinical evaluation of cernitin pollen extract for chronic nonbacterial prostatitis] // Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi. 2002. Vol. 93. P. 539-547.
- Wagenlehner F.M., Schneider H., Ludwig M. et al. 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. Vol. 56. P. 544-551.
- Coyne K.S., Sexton C.C., Thompson C.L. et al. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study // BJU Int. 2009. Vol. 104. P. 352-360.
- Pel J.J., Bosch J.L., Blom J.H. et al. Development of a non-invasive strategy to classify bladder outlet obstruction in male patients with LUTS // NeuroUrol Urodyn. 2002. Vol. 21. P. 117-125.
- Bruskewitz R. Management of symptomatic BPH in the US: who is treated and how? // Eur Urol. 1999. Vol. 36 Suppl 3. P. 7-13.
- Li N.C., Wu S.L., Jin J. et al. [Comparison of different drugs on the treatment of benign prostate hyperplasia] // Zhonghua Wai Ke Za Zhi. 2007. Vol. 45. P. 947-950.