

# Уменьшение выраженности симптомов у мужчин с тяжелым синдромом хронической тазовой боли категории IIIA при использовании препарата Дексалгин

И.И. Горпинченко, М.Г. Романюк, А.М. Корниенко, П.В. Аксенов

Украинский институт сексологии и андрологии, г. Киев

Изучена эффективность декскетопрофена (препарата Дексалгин, производство Berlin-Chemie/Menarini, Германия) для уменьшения выраженности симптомов у пациентов с тяжелым синдромом хронической тазовой боли (СХТБ), категории IIIA по классификации NIH. 64 пациента с СХТБ категории IIIA были рандомизированы на 2 группы по 32 человека в каждой. Одна группа получала таблетки Дексалгина по 25 мг 2 раза в сутки, другая – нимесулид в форме таблеток по 100 мг 2 раза в сутки. Всем пациентам проводили лечение в течение 6 нед и обследование перед началом исследования (исходные показатели), через 1, 2, 4, 6 и 8 нед лечения. Обследование включало Шкалу симптомов хронического простатита (NIH-CPSI) и Общую субъективную оценку (SGA=OCO). Дисперсионный анализ с повторными измерениями использовался для оценки эффективности терапии в динамике. В течение всей терапии (с 0-й до 6-й недели) наблюдалось снижение общего показателя шкалы NIH-CPSI с  $23,91 \pm 5,27$  до  $15,88 \pm 2,51$  в группе Дексалгина и с  $24,25 \pm 5,09$  до  $19,50 \pm 2,50$  в группе нимесулида. Статистически достоверное снижение наблюдалось в Подшкале Боли ( $p < 0,006$ ), Подшкале Качества Жизни ( $p < 0,032$ ) и по общему показателю шкалы NIH-CPSI ( $p < 0,015$ ) через 2, 4 и 6 нед, но не изменялась Подшкала Мочеиспускания. Кроме того, 38% пациентов группы Дексалгина и 13% группы нимесулида имели, как минимум, умеренное улучшение показателя OCO. Однако после прерывания терапии чрез 2 нед показателю шкалы NIH-CPSI и OCO достоверно не различались между группами. Результаты исследования свидетельствуют, что декскетопрофен обеспечивал значительное улучшение симптомов, которое зависело от длительности терапии у пациентов с тяжелым СХТБ категории IIIA, по сравнению с нимесулидом. **Ключевые слова:** простатит; синдром хронической тазовой боли, нестероидные противовоспалительные препараты.

Хронический простатит/синдром хронической тазовой боли (ХП/СХТБ) является довольно распространенным синдромом неясной этиологии со значительным влиянием на качество жизни [1]. ХП/СХТБ делится на воспалительный (классификация NIH IIIA) и невоспалительный (NIH IIIB). При категории IIIA могут выявляться лейкоциты в анализе секрета предстательной железы (СПЖ), в моче после массажа предстательной железы (ПЖ) и в сперме. В категории IIIB лейкоциты не определяются [2].

На сегодняшний день не существует четких стандартов терапии ХП/СХТБ. Традиционно, терапия СХТБ включает в себя антибиотики, альфа-блокаторы, фитотерапию и другие препараты [3–7, 21, 22]. Однако часть пациентов имеют рефрактерные симптомы, несмотря на разнообразные подходы к терапии [8, 21, 22].

Пациенты с СХТБ имеют более высокие уровни туморнекротизирующего фактора- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) и воспалительного

цитокина интерлейкина  $1\beta$  (ИЛ- $1\beta$ ) в СПЖ и сперме, по сравнению с нормальными мужчинами [9]. Этот цитокин может повышать экспрессию гена циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2), которая усугубляет процесс воспаления [10]. Действие декскетопрофена базируется на снижении синтеза простагландинов за счет угнетения ЦОГ. В частности, тормозится преобразование арахидоновой кислоты в циклические эндопероксиды PGG<sub>2</sub> и PGH<sub>2</sub>, из которых образуются простагландины PGE<sub>1</sub>, PGE<sub>2</sub>, PGF<sub>2 $\alpha$</sub> , PGD<sub>2</sub>, а также простагландин PGI<sub>2</sub> и тромбоксаны TxA<sub>2</sub> и TxB<sub>2</sub>. Кроме этого, угнетение синтеза простагландинов может влиять на другие медиаторы воспаления, такие, как кинины, что может также опосредованно влиять на основное действие препарата. Выявлено угнетающее действие декскетопрофена трометамола на активность ЦОГ-1 и ЦОГ-2.

Этот препарат может снижать воспаление и боль при минимальных желудочно-кишечных побочных реакциях (как язвы желудка), которые распространены на фоне приема других неселективных нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Однако при СХТБ важен разрыв дуги болевого рефлекса, поэтому главным является именно анальгезирующее действие препаратов. У декскетопрофена более выражен обезболивающий эффект, но в Украинском институте сексологии и андрологии было проведено сравнение его с другим НПВП, действие которого направлено на воспалительный компонент, – нимесулидом.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациенты были включены в обследование с августа 2013 г. по январь 2015 г. в рандомизированное контролируемое исследование. Возраст пациентов составлял от 18 до 58 лет, все имели клинический диагноз ХП/СХТБ (категория IIIA) в соответствии с классификацией NIH. ХП/СХТБ у этих пациентов должен был быть рефрактерным (неудовлетворенность предыдущими курсами) к стандартным терапевтическим схемам (антибиотики, альфа-блокаторы). **Критериями включения** были: возраст от 18 до 60 лет, симптомы СХТБ >6 мес;  $\geq 1$  мес терапии соответствующими антибиотиками и/или альфа-блокаторами; отрицательный скрининг на инфекции, включая трехстаканный анализ мочи и бактериальный посев мочи и СПЖ; показатель Шкалы симптомов хронического простатита (NIH-CPSI) 14 и больше; показателем Подшкалы Боли NIH-CPSI – 8 и больше в начале исследования. **Критериями исключения** были: наличие хронического бактериального простатита по результатам 3-стаканной пробы и анализа СПЖ; наличие заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), или других уропатогенов в течение последнего года; онкология урогенитального тракта; хоть один случай рецидива генитального герпеса в течение последнего года; стриктура мочеиспускательного канала; воспалительные заболевания кишечника; лучевая

терапия области таза или системная химиотерапия в анамнезе; внутривульварная химиотерапия в анамнезе; операции на ПЖ или мочевом пузыре, а также нейрогенный мочевой пузырь. Все пациенты проходили физический осмотр, тщательно собирали анамнез болезни и жизни, проводили 3-стаканную пробу мочи, микроскопию и культуральное исследование СПЖ и спермы, а также проводили уретральный соскоб на инфекции, передающиеся половым путем.

Исследование проводили в течение 8 нед. После вводного 2-недельного периода, когда пациенты получали только фитотерапию, все пациенты были рандомизированы на прием Дексалгина по 25 мг 2 раза в сутки или нимесулида по 100 мг 2 раза в сутки. Рандомизацию проводили при помощи компьютерной программы (Microsoft Excel, версия 7.0). Все пациенты получали основное лечение в течение 6 нед. Исследование было одобрено этическим комитетом ГУ «Институт урологии НАМН Украины» и письменное согласие было получено от всех пациентов.

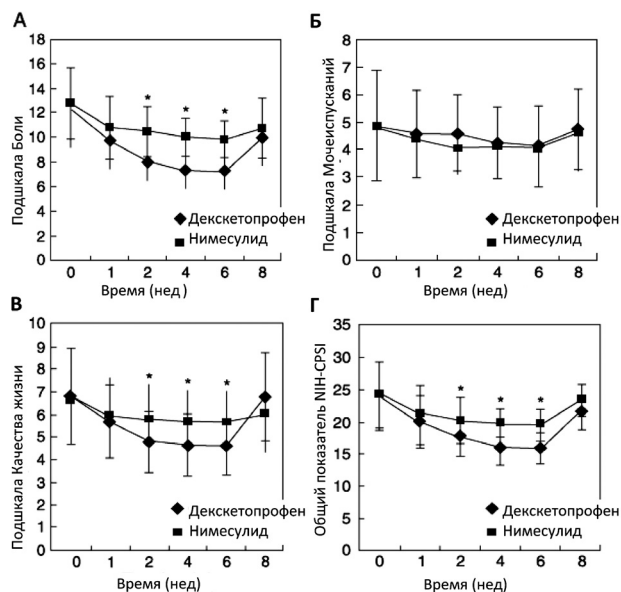
В начале исследования все пациенты были обследованы одним и тем же урологом, при помощи стандартного опроса, проводили физический осмотр, оценку симптомов при помощи Шкалы NIH-CPSI для определения трех аспектов СХТБ, таких, как боль, нарушения мочеиспускания и качество жизни. После 1, 2, 4 и 6 нед терапии всем пациентам проводили физические обследования и они заполняли опросники NIH-CPSI снова. Кроме того, в течение 1, 2, 4 и 6 нед после начального обследования проводили ОСО [12–15].

Чтобы отделить тех, кто отвечал на терапию, от тех, кто не отвечал, пациенты со снижением показателя Шкалы NIH-CPSI более чем на 25% считались отвечающими на терапию. Более того, степень субъективного улучшения определяли на 1, 2, 4-й и 6-й неделях терапии при помощи ОСО. По показателю ОСО пациентов разделяли на тех, кто не отвечал на терапию ( $\leq 25\%$  улучшения), ответ которых был незначительным (25–50% улучшения) умеренным (50–75% улучшения), или выраженным ( $>75\%$ ). Последние две группы считались пациентами, которые, действительно, отвечали на терапию.

Различия между и внутри каждой группы лечения оценивали при помощи дисперсионного анализа с повторными измерениями. Этот анализ позволил нам определить основной эффект терапии (декскетопрофен по сравнению с нимесулидом), эффект во времени и период взаимодействия с препаратами. Все статистические анализы проводили при помощи программы SPSS (для Windows, 16.0)

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Дексалгин и нимесулид хорошо переносились пациентами. Все 64 пациента закончили исследование. Из трех паци-



**Временные диаграммы эффективности декскетопрофена и нимесулида у пациентов с тяжелым ХП/СХТБ. Данные представлены в виде среднего  $\pm$ СО. А, В и Г, достоверное снижение показателей Подшкалы Боли, Подшкалы Качества жизни и Общего балла шкалы NIH-CPSI через 2, 4 и 6 нед. Однако достоверной разницы не наблюдается в Подшкале Мочеиспускания (Б).**

NIH – Национальный институт здоровья;

CPSI – Шкала симптомов хронического простатита.

\* $p < 0,05$  по сравнению с терапией декскетопрофеном (независимый t-тест)

ентов, которые сообщали о клинически значимых побочных эффектах, у 2 в группе Дексалгина установлена легкая диарея и небольшая сыпь на коже, а у 1 в группе нимесулида – тошнота. Однако эти побочные эффекты не привели к выходу пациентов из исследования. Эффект терапии (различия между группами терапии по разнице между результатом лечения и начальными показателями) показан на рисунке.

Дисперсионный анализ с повторными измерениями выявил достоверную разницу с течением времени между группами в отношении Подшкалы Боли ( $p < 0,001$ ), Подшкалы Мочеиспусканий ( $p < 0,01$ ), Подшкалы Качества жизни ( $p < 0,001$ ) и общего показателя Шкалы NIH-CPSI ( $p < 0,001$ ) в группе декскетопрофена, по сравнению с группой нимесулида. Окончательный анализ показал, что Дексалгин досто-

Таблица

**Пациенты, которые отвечали на терапию декскетопрофеном, по сравнению с группой нимесулида среди пациентов с тяжелым ХП/СХТБ**

Показатель	Декскетопрофен					Нимесулид				
	1-я неделя	2-я неделя	4-я неделя	6-я неделя	8-я неделя*	1-я неделя	2-я неделя	4-я неделя	6-я неделя	8-я неделя*
Снижение NIH-CPSI $\geq 25\%$	22%	81%	84%	78%	31%	16%	25%	34%	31%	19%
Улучшение ОСО $\geq 25\%$	42%	75%	66%	56%	28%	31%	31%	38%	41%	22%
$\geq 50\%$	3%	9%	22%	38%	13%	0%	3%	13%	13%	6%

Примечания: данные представлены как процент пациентов, ответивших на терапию.

Пациенты ( $n=32$  в каждой группе) получали по 25 мг декскетопрофена или 100 мг нимесулида 2 раза в день в течение 6 нед.

NIH – Национальный институт здоровья; CPSI – Шкала симптомов хронического простатита; ОСО = общая субъективная оценка.

\* – две недели после прекращения 6-недельной терапии.

верно снижал показатели Подшкалы Боли ( $p < 0,006$ ), Качества жизни ( $p < 0,032$ ) и общего показателя Шкалы NIH-CPSI ( $p < 0,015$ ), по сравнению с нимесулидом после 2, 4 и 6 нед. Однако эта терапия не имела достоверного влияния на Подшкалу Мочеиспускания. Мы также наблюдали за длительностью симптомов после прекращения терапии. Достоверной разницы между группами по показателям Шкалы NIH-CPSI и соответствующих подшкал после прекращения терапии не наблюдалось. Таким образом, наши результаты свидетельствуют, что декскетопрофен уменьшает выраженность симптомов у мужчин с тяжелым СХТБ IIIA, но его действие ограничено длительностью самой терапии или, возможно, немного длительней, но без стойкого эффекта, поддерживающегося с течением времени. В таблице приведен процент пациентов, которые отвечали на терапию в каждой из групп.

На 6-й неделе достоверное большее количество пациентов в группе Дексалгина демонстрировали 25% и больше снижение общего показателя Шкалы NIH-CPSI по сравнению с группой нимесулида (78% по сравнению с 31%, для  $\geq 25\%$  снижения NIH-CPSI). Также анализ изменения ОСО показал улучшение в группе Дексалгина по сравнению с нимесулидом (56% по сравнению с 41%, для  $\geq 25\%$  улучшения и 38% по сравнению с 13% для  $\geq 50\%$  улучшения показателя ОСО).

Этиология ХП/СХТБ до сих пор окончательно неизвестна, что значительно затрудняет ведение пациентов с таким заболеванием. Обычная терапия часто бывает неэффективной и не может улучшить симптоматику у большинства пациентов с СХТБ [3]. Таким образом, до сих пор не существует формально рекомендаций по лечению ХП/СХТБ.

В последнее время изучали роль провоспалительных цитокинов в этиологии ХП/СХТБ [16, 17]. Цитокины являются растворимыми сигнальными молекулами, продуцируемыми лейкоцитами, а также клетками эндотелия, эпителия и другими типами клеток. Они действуют локально на коротких межклеточных пространствах и являются инициаторами и модуляторами иммунных и воспалительных ответов. Повышенные концентрации TNF- $\alpha$  и ИЛ-1 $\beta$  наблюдались в СПЖ и сперме [9, 16]. Эти цитокины могут повышать экспрессию гена циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2), которая усугубляет процесс воспаления [10]. Эти данные привели к мыслям о возможной роли провоспалительных цитокинов в патогенезе СХТБ и препараты, которые ингибируют ЦОГ, могут приводить к облегчению симптомов.

Предыдущие пилотные исследования свидетельствовали, что декскетопрофен может быть эффективным у мужчин с СХТБ [13]. На фоне дозы 25 мг в день отмечали статистически достоверное, но только умеренное, улучшение по сравнению с плацебо. Zeng и соавторы [18] оценивали эффективность и безопасность препаратов, влияющих на ЦОГ-2 в терапии ХП/СХТБ категории IIIA, и получали средние показатели шкалы NIH-CPSI, которые достоверно отличались от плацебо. Однако на сегодня не проведено клинических исследований, показывающих действие НПВП при тяжелых формах СХТБ. Таким образом, мы изучили эффективность декскетопрофена в сравнении с нимесулидом именно у таких пациентов с рефрактерным СХТБ.

Утвержденную шкалу симптомов (NIH-CPSI) используют для мужчин с симптомами, схожими на ХП/СХТБ для количественной оценки этих проявлений и оценки ответа на терапию. Этот опросник доказал свою высокую внутреннюю согласованность и достоверность при самостоятельном выполнении в клинической практике пациентами с ХП/СХТБ.

Используя показатели, полученные при помощи опросника NIH-CPSI, мы сравнили эффективность декскетопрофена с нимесулидом у пациентов с тяжелым СХТБ. Мы наблюдали достоверное облегчение симптомов, связанных с хроническим простатитом в этот период. Улучшение показателей Подшка-

лы Боли, Подшкалы Качества жизни и общего балла Шкалы NIH-CPSI достигало достоверной разницы по сравнению с нимесулидом, через 6 нед терапии, но изменения Подшкалы Мочеиспусканий не наблюдалось. Кроме того, большая часть пациентов, принимающих Дексалгин, имели  $\geq 25\%$  снижение общего показателя NIH-CPSI по сравнению с нимесулидом. В конце терапии (6 нед) 13% группы нимесулида имели  $\geq 50\%$  снижение ОСО по сравнению с 38% в группе Дексалгина.

ХП/СХТБ является клиническим синдромом, который характеризуется болью в промежности, тазу, надлобковой области или наружных половых органах, с различной степенью нарушения мочеиспускания. Для терапии ХП/СХТБ было предложено использование альфа-блокаторов, в связи с тем, что была гипотеза происхождения СХТБ, связанная с дисфункциональным мочеиспусканием в начале 80-х годов XX ст. [19]. Эта теория была не так давно частично подтверждена результатами других исследований [20]. В нашем исследовании мы определили, что улучшение данных Подшкалы Мочеиспусканий не достигло достоверных уровней у Дексалгина, по сравнению с нимесулидом, после 6 недель терапии. Этот результат свидетельствует о том, что у препарата декскетопрофен преимущественное действие на болевой синдром.

## ВЫВОД

Мы сделали заключение, что терапия препаратом Дексалгин (производство Berlin-Chemie/Menarini, Германия) хорошо переносится и обеспечивает достоверное улучшение у мужчин с тяжелым ХП/СХТБ. Однако необходимы исследования на больших популяциях пациентов с плацебо контролем для обеспечения более достоверной информации об эффективности и безопасности Дексалгина.

## Зменшення вираженості симптомів у чоловіків з важким синдромом хронічного тазового болю категорії IIIA при використанні препарату Дексалгін I.I. Горпинченко, М.Г. Романюк, А.М. Корнієнко, П.В. Аксьонов

Вивчено ефективність декскетопрофену (препарату Дексалгін, виробництво Berlin-Chemie / Menarini, Німеччина) для зменшення вираженості симптомів у пацієнтів з важким синдромом хронічного тазового болю (СХТБ) категорії IIIA за класифікацією NIH. 64 пацієнта з СХТБ категорії IIIA були рандомізовані на 2 групи по 32 чоловіка в кожній. Одна група отримувала таблетки Дексалгін по 25 мг 2 рази на добу, інша – нимесулід у формі таблеток по 100 мг 2 рази на добу. Усім пацієнтам проводили лікування протягом 6 тиж і обстежування перед початком дослідження (вихідні показники), через 1, 2, 4, 6 і 8 тиж лікування. Обстеження включало Шкалу симптомів хронічного простатиту (NIH-CPSI) і Загальну суб'єктивну оцінку (SGA – ЗСО). Дисперсійний аналіз з повторними вимірами використовували для оцінювання ефективності терапії в динаміці. Протягом усієї терапії (з 0-ї до 6-го тижня) спостерігали зниження загального показника Шкали NIH-CPSI з  $23,91 \pm 5,27$  до  $15,88 \pm 2,51$  у групі Дексалгін і з  $24,25 \pm 5,09$  до  $19,50 \pm 2,50$  у групі нимесуліду. Статистично достовірне зниження спостерігалося в Підшкالی Болю ( $p < 0,006$ ), Підшкالی Якості Життя ( $p < 0,032$ ) і за загальним показником Шкали NIH-CPSI ( $p < 0,015$ ) через 2, 4 і 6 тиж, але не змінювалася Підшкала Сечовипускання. Крім того, 38% пацієнтів групи Дексалгін і 13% групи нимесуліду мали, як мінімум, помірне поліпшення показника ЗСО. Однак після переривання лікування через 2 тиж показники Шкали NIH-CPSI і ЗСО достовірно не розрізнялися між групами. Результати дослідження свідчать, що декскетопрофен забезпечував значне поліпшення симптомів, яке залежало від тривалості терапії у пацієнтів з важким СХТБ категорії IIIA, порівняно з нимесулідом.

**Ключові слова:** простатит; синдром хронічного тазового болю, НПЗП.

**Deksalgin reduces symptoms in men with severe chronic pelvic pain syndrome Category IIIa**

**I.I. Gorpynchenko, M.G. Romanyuk,  
O.M. Korniyenko, P.V. Aksonov**

We investigated the effectiveness of dexketoprofen in reducing symptoms in patients with difficult chronic pelvic pain syndrome (CPPS), NIH category IIIA. Sixty-four patients with category IIIA CPPS were randomized into two groups of 32 subjects each. One group was treated with dexketoprofen (25 mg twice a day) and the other with nimesulid (100 mg twice a day). All patients underwent treatment for 6 weeks and were evaluated clinically before (baseline) and after 1, 2, 4, 6, and 8 weeks of treatment. The evaluation included the NIH-Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) and a subjective global assessment (SGA). Repeated measures analysis of variance was used to evaluate treatment and time effects and their interaction. A decrease

(means  $\pm$  SD) in total NIH-CPSI score from 23.91 $\pm$ 5.27 to 15.88 $\pm$ 2.51 in the dexketoprofen group and from 24.25 $\pm$ 5.09 to 19.50 $\pm$ 2.50 in the nimesulid group was observed during treatment (0 to 6 weeks). A statistically significant decrease was observed in pain subscore ( $P < 0.006$ ), quality of life subscore ( $P < 0.032$ ) and total NIH-CPSI score ( $P < 0.015$ ) after 2, 4 and 6 weeks, but not in urinary subscore. In addition, 38% of the dexketoprofen and 13% of the nimesulid subjects had at least a moderate improvement in SGA. The trend was similar for the NIH-CPSI scores. However, the response to treatment in terms of total NIH-CPSI score or subscore was not significantly different from nimesulid after interruption of treatment for 2 weeks. Our results show that dexketoprofen provides significant symptomatic improvement limited to the duration of the therapy in patients with difficult category IIIA CPPS compared to nimesulid.

**Key words:** Prostatitis; Chronic pelvic pain syndrome, NSAIDs.

**Сведения об авторах**

**Горпинченко Игорь Иванович** – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а.  
E-mail: sexology@sexology.kiev.ua

**Романюк Максим Григорьевич** – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а.  
E-mail: maxxhole@mail.ru

**Корниенко Алексей Михайлович** – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а.  
E-mail: androg.alex@gmail.com

**Аксенов Павел Валерьевич** – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. Юрия Коцюбинского, 9а.  
E-mail: aksyonov-pv@bigmir.net

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ**

- McNaughton Collins M, Pontari MA, O'Leary MP, Calhoun EA, Santanna J, Landis JR, et al. Quality of life is impaired in men with chronic prostatitis: the Chronic Prostatitis Collaborative Research Network. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 656–662.
- Krieger JN, Nyberg Ljr, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA* 1999; 282: 236–237.
- Nickel JC. Prostatitis and related conditions. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED Jr, Wein AJ (Editors), *Campbells' urology*. 8th edn. Philadelphia: WB Saunders; 2002. – P. 603–630.
- Cornel EB, van Haarst EP, Schaarsberg RW, Geels J. The effect of biofeedback physical therapy in men with Chronic Pelvic Pain Syndrome Type III. *Eur Urol* 2005; 47: 607–611.
- Elist J. Effects of pollen extract preparation Prostat/Poltiton lower urinary tract symptoms in patients with chronic nonbacterial prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized, double-blind, nimesulid-controlled study. *Urology* 2006; 67: 60–63.
- Ziaee AM, Akhavadegan H, Karbakhsh M. Effect of allopurinol in chronic nonbacterial prostatitis: a double blind randomized clinical trial. *Int Braz J Urol* 2006; 32: 181–186.
- Ateya A, Fayed A, Hani R, Zohdy W, Gabbar MA, Shamloul R. Evaluation of prostatic massage in treatment of chronic prostatitis. *Urology* 2006; 67: 674–678.
- Shoskes DA, Hakim L, Ghoniem G, Jackson CL. Long-term results of multimodal therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol* 2003; 169: 1406–1410.
- Alexander RB, Ponniah S, Hasday J, Hebel JR. Elevated levels of proinflammatory cytokines in the semen of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology* 1998; 52: 744–749.
- Spaziani EP, Lantz ME, Benoit RR, O'Brien WF. The induction of cyclooxygenase-2 (COX-2) in intact human amnion tissue by interleukin-4. *Prostaglandins* 1996; 51: 215–223.
- Arber N, Eagle CJ, Spicak J, Racz I, Dite P, Hajer J, et al. Dexketoprofen for the prevention of colorectal adenomatous polyps. *N Engl J Med* 2006; 355: 885–895.
- Nickel JC, Sorensen R. Transurethral microwave thermotherapy for nonbacterial prostatitis: a randomized doubleblind sham controlled study using new prostatitis specific assessment questionnaires. *J Urol* 1996; 155: 1950–1954.
- Nickel JC, Pontari M, Moon T, Gittelmann M, Malek G, Farrington J, et al. A randomized, nimesulid controlled, multicenter study to evaluate the safety and efficacy of rofecoxib in the treatment of chronic nonbacterial prostatitis. *J Urol* 2003; 169: 1401–1405.
- Propert KJ, Alexander RB, Nickel JC, Kusek JW, Litwin MS, Landis JR, et al. Design of a multicenter randomized clinical trial for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology* 2002; 59: 870–876.
- Chen R, Nickel JC. Acupuncture ameliorates symptoms in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology* 2003; 61: 1156–1159.
- Orhan I, Onur R, Ilhan N, Ardıcoglu A. Seminal plasma Effect of dexketoprofen in chronic prostatitis cytokine levels in the diagnosis of chronic pelvic pain syndrome. *Int J Urol* 2001; 8: 495–499.
- Miller LJ, Fischer KA, Goralnick SJ, Litt M, Burleson JA, Albertsen P, et al. Interleukin-10 levels in seminal plasma: implications for chronic prostatitis-chronic pelvic pain syndrome. *J Urol* 2002; 167: 753–756.
- Zeng X, Ye Z, Yang W, Liu J, Zhang X, Zhou X, et al. [Clinical evaluation of NSAID in treating type IIIA chronic prostatitis]. *Zhonghua Nan Ke Xue* 2004; 10: 278–281.
- Kirby RS, Lowe D, Bultitude MI, Shuttleworth KE. Intraprostatic urinary reflux: an aetiological factor in abacterial prostatitis. *Br J Urol* 1982; 54: 729–731.
- Schaeffer AJ. Clinical practice. Chronic prostatitis and the chronic pelvic pain syndrome. *N Engl J Med* 2006; 355: 1690–1698.
- Горпинченко И.И., Мигов В.Г., Билоголовская В.В., Недогонова Е.А. Синдром хронической тазовой боли. Новая проблема – новое решение? //Здоровье мужчины, № 4 (47), 013: 35–42.
- Ткачук В.Н., Горбачев А.Г., Агулянский Л.И. – Хронический простатит. – Л.: Медицина, 1989.

Статья поступила в редакцию 16.03.2015