

# АДЕНОПРОСИН

облегчает жизнь мужчин



**ОРИГИНАЛЬНЫЙ ЕВРОПЕЙСКИЙ ПРЕПАРАТ  
ДЛЯ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

- Уменьшает симптомы дгпж\*
- Улучшает уродинамику\*
- Уменьшает симптомы хронического простатита\*

**БИОТЕХНОС**  
115432, Москва,  
пр-т Андропова,  
д. 18, корп. 6  
8-495-150-24-71  
www.adenoprosin.ru

ДГПЖ — доброкачественная гиперплазия предстательной железы  
\* Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Аденопросин

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Информация для специалистов здравоохранения

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АДЕНОПРОСИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

**В.Л. Медведев, М.Е. Ефремов**



<b>Актуальность</b>	Хронический бактериальный простатит – распространенное заболевание, клинически диагностируемое на основании признаков воспаления и наличия инфекционного агента в секрете предстательной железы. Стандартная антибактериальная терапия в большинстве случаев не приводит к уменьшению количества рецидивов. В связи с этим в терапии часто применяют комплексный подход и, помимо антибактериальной терапии, назначают препараты, содержащие различные биостимуляторы, экстракты растений и животных. Одним из основных преимуществ данных препаратов является минимальное количество побочных эффектов.
<b>Цель</b>	Оценить эффективность применения препарата Аденопросин в комплексном лечении пациентов с хроническим бактериальным простатитом.
<b>Материалы и методы</b>	Обследованы и пролечены 60 пациентов в возрасте от 24 до 50 лет (средний возраст – $31,3 \pm 2,8$ года) с диагнозом «хронический бактериальный простатит», продолжительность болезни составляла от 6 месяцев до 15 лет (средняя продолжительность – $1,5 \pm 0,3$ года). Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа – 30 больных, в лечении которых на фоне антибактериальной терапии применялся Аденопросин, 2-я группа – 30 пациентов, в лечении которых использовали только антибактериальный препарат. Курс лечения составил 30 дней, общее время наблюдения за пациентами – 3 месяца. Клинический контроль осуществлялся в первый визит к урологу, на 14, 28, 45 и 90-й день от начала терапии и включал заполнение пациентами опросников «Шкала симптомов хронического простатита и синдрома тазовых болей у мужчин» (National Institute of Health Chronic Prostatitis Symptom Index, NIH-CPSI), «Международный индекс симптомов при заболеваниях простаты» (International Prostate Symptom Score, IPSS) и «Шкала качества жизни» (Quality of Life, QoL), а также анкеты «Международный индекс эректильной функции» (МИЭФ-5) (International Index of Erectile Function, IIEF-5) с целью выявления возможного эффекта терапии на сексуальную функцию.
<b>Результаты</b>	При проведении исследования выявлено, что при применении препарата Аденопросин в комплексной терапии у пациентов с хроническим бактериальным простатитом в среднем на 4 балла снижается общий балл NIH-CPSI. При проведении анкетирования по

## **В.Л. Медведев, М.Е. Ефремов**

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, Краснодар, Россия

М.Е. Ефремов, НИИ – ККБ №1 им. проф. С.В. Очаповского, 350086, Краснодар, ул. 1 Мая, 167, e-mail: efremov.uro@yandex.ru

Статья была опубликована в журнале «Иновационная медицина Кубани» №3(19)/2020

неудовлетворенность проводимой терапией, на 90-е сутки наблюдения жалобы на неудовлетворенность лечением сохранились у 1 (3,3%) больного. 5 (16,6%) пациентов 2-й группы на фоне терапии субъективно не отметили улучшения от лечения, на 90-й день наблюдения количество неудовлетворенных пациентов осталось таким же. Анализ результатов микроскопии секрета простаты и микрофлоры после лечения на 28-й день в 1-й группе показал снижение количества лейкоцитов менее 10 в поле зрения (п/з) у 25 (80%) пациентов, что выше по сравнению с пациентами 2-й группы – 21 (70%). У 5 (16,6%) пациентов 1-й группы количество лейкоцитов в секрете простаты было в интервале 10–20 в п/з, все пациенты ранее имели рецидивирующие формы заболевания. У 7 (23,3%) больных 2-й группы количество лейкоцитов после антибактериальной терапии – более 10 в п/з, 5 (16,6%) пациентов имели рецидивные формы заболевания, у 2 (6,6%) пациентов диагноз выявлен впервые. Это свидетельствует о том, что применение комбинированной терапии в 1-й группе в большей степени снизило воспалительные маркеры заболевания.

**Выводы** Препарат Аденопросин в комплексной терапии обладает доказанным противовоспалительным действием на предстательную железу, уменьшает болевой синдром, снижает общий балл простатических симптомов по NIH-CPSI, улучшает эректильную функцию, снижает маркеры воспаления в железе и может быть рекомендован пациентам с хроническим бактериальным воспалением в предстательной железе.

**Ключевые слова** хронический бактериальный простатит, Аденопросин, воспаление, посев и микроскопия секрета простаты.

## АКТУАЛЬНОСТЬ

Хронический бактериальный простатит – наиболее распространенное в урологической практике заболевание, клинически диагностируемое на основании признаков воспаления и наличия инфекционного агента в секрете предстательной железы. Сопровождается клиническими симптомами (боль, нарушение мочеиспускания и сексуальной функции), длится зачастую более трех месяцев. На сегодняшний день простатит считается одной из самых распространенных патологий среди мужчин моложе 50 лет [1–4]. В отечественной урологии в амбулаторном звене на долю хронического

простатита приходится примерно 20% консультаций. Это заболевание остается самой частой формой персистирующей инфекции нижних мужских мочеполовых путей [4–5].

Пусковым механизмом считается бактериальная инфекция, в большинстве своем представленная условно патогенными микроорганизмами: штаммы *Enterobacteriaceae*: *E. coli*, *Klebsiella spp.*, *E. aerogenes*, различные виды *Serratia*, иногда неферментирующие грамотрицательные палочки: *Pseudomonas aeruginosa putida* [6–9].

Стандартная антибактериальная терапия в большинстве случаев не приводит к уменьшению количества рецидивов заболевания, в связи с чем часто применяют комплексный подход и также назначают препараты, содержащие различные биостимуляторы, экстракты растений и насекомых и их биологических компонентов [10]. Точный механизм действия на предстательную железу некоторых из них пока не полностью установлен и изучен. Одним из основных преимуществ данных назначений считается то, что препараты обладают минимальным количеством побочных эффектов.

В 2019 г. на фармацевтический рынок вышел новый препарат Аденопросин, источником активного вещества которого является биомасса, полученная из личинок насекомых вида Непарный шелкопряд (*Lymantria dispar*), которая оказывает противовоспалительное и антиоксидантное действие. Препарат представлен в виде суппозитория. Фармакодинамика: биологически активные компоненты снижают образование фосфолипазы A2 и высвобождение арахидоновой кислоты, уменьшают проницаемость капилляров, уменьшают отек простаты, улучшают микроциркуляцию в предстательной железе. Уже в первые дни после начала применения препарата улучшаются уродинамические параметры: увеличивается значение максимальной объемной скорости потока мочи, уменьшается время мочеиспускания, снижается количество остаточной мочи. Также отмечается улучшение общего состояния пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и хроническим простатитом, снижается индекс хронического простатита и уровень лейкоцитов в секрете простаты, улучшается однородность экстроструктуры железы. Препарат регулирует тонус и перистальтику нижних сегментов мочевыводящих путей, сокращая частоту мочеиспускания, в том числе в ночное время, а также уменьшает дизурические явления, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря и напряжения при мочеиспускании [11].

Имеется интерес в оценке эффективности лечения хронического бактериального простатита с его использованием в комбинированной терапии.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность применения препарата Аденопросин в комплексном лечении пациентов с хроническим бактериальным простатитом.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы и пролечены 60 пациентов в возрасте от 24 до 50 лет (средний возраст –  $31,3 \pm 2,8$  года) с диагнозом «хронический бактериальный простатит», продолжительность болезни составила от 6 месяцев до 15 лет (средняя продолжительность –  $1,5 \pm 0,3$  года).

Получено заключение этического комитета: условия проведенного исследования соответствовали общепринятым нормам морали, соблюдены требования этических и правовых норм. Проведенные исследования адекватны теме научно-исследовательской работы.

Все участники исследования были проинформированы о целях, методах, ожидаемой пользе исследования и сопряженных с участием в исследовании риске и неудобствах и дали письменное согласие на участие.

Критерии включения: пациенты с лабораторно подтвержденным диагнозом «хронический бактериальный простатит II категории (классификации простатита по NIH (Национальный институт здоровья США от 1995 г.))».

Критерии не включения: наличие острых инфекций верхних мочевых путей, острезаболевания уретры и простаты, наличие дренажей, катетеров в верхних и нижних мочевыводящих путях; заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП); онкологические заболевания мочевыводящих путей как в анамнезе, так и подозрениена их наличие; сахарный диабет, гипогонадизм, метаболический синдром и т. д.

Все пациенты были случайно рандомизированы на две равные группы. Подтверждение воспаления в предстательной железе регистрировалось при световой микроскопии секрета простаты и определялось в случае наличия более 10 лейкоцитов в п/з. Подбор антибактериальной терапии проводился согласно культуральному исследованию секрета простаты и чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

1-я группа – 30 пациентов, в лечении которых на фоне проводимой антибактериальной терапии применялись ректальные суппозитории Аденопросина, 2-я группа – 30 больных, в лечении которых применялся только антибактериальный препарат. Курс лечения длился 30 дней, общее время наблюдения за пациентами

составило 3 месяца.

Клинический контроль осуществлялся в первый визит к урологу, на 14, 28, 45 и 90-й день от начала терапии, включал заполнение опросников «Шкала симптомов хронического простатита и синдрома тазовых болей у мужчин» (National Institute of Health Chronic Prostatitis Symptom Index, NIH-CPSI) (позволяет оценить боль: локализацию, интенсивность, частоту и продолжительность), «Международный индекс симптомов при заболеваниях простаты» (International Prostate Symptom Score, IPSS) и «Шкала качества жизни» (Quality of Life, QoL), а также анкету «Международный индекс эректильной функции» (МИЭФ-5) (International Index of Erectile Function, IIEF-5) с целью выявления возможного эффекта терапии на сексуальную функцию.

Всем пациентам при каждом визите также выполнялись пальцевое ректальное исследование предстательной железы, массаж простаты и получение секрета для микроскопического и микробиологического исследований.

Оценка результатов проводилась с помощью статистического анализа пакета прикладных программ STATISTICA 7.0, t-критерия Стьюдента для связанных выборок, t-критерия Стьюдента для несвязанных выборок. Ранжирование выборки и составление распределений частот по проведенным измерениям позволяет составить психофизиологический портрет больных мужчин с хроническим простатитом и установить существенные значения показателей диагностических измерений в проведенном исследовании.

Ошибка репрезентативности распределения больных по группам – около 2,9%. Предполагаемое количество больных мужчин с урологическими заболеваниями, получающих консультацию в нашей клинике, – 20,5 тыс. чел. в год.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

При первоначальном бактериологическом исследовании секрета предстательной железы у 68% пациентов инфекция была выявлена как монофлора (табл. 1). Исходно различий в видовом составе микрофлоры между группами установлено не было.

Проверка нормальности распределения выборки «выделенная микрофлора в секрете простаты» с помощью асимметрии и эксцесса показала, что распределение выборки статистически значимо ( $p < 0,05$ ) близко к нормальному распределению частот, что позволило не выделять группы антибиотиков между пациентами.

Микробная флора Соотношение, в титре более 103 КОЕ/мл	Соотношение, %
Enterococcus faecalis	41
Escherichia coli	38,2
Staphylococcus haemolyticus	31
Streptococcus faecalis	29
Proteus vulgaris	19,4
Streptococcus intermedius	12
Staphylococcus epidermidis	11
Streptococcus aureus	10,2
Klebsiela spp	7,3
Прочая	3

Таблица 1. Состав микробной флоры, выявленный при бактериологическом исследовании секрета предстательной железы

При анализе чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам получены следующие данные: 43 (72%) пациента имели чувствительность к трем и более группам антибактериальных препаратов, 10 (16%) – к двум группам антибактериальных средств и 7 (12%) – к одной группе препаратов. В качестве терапии 44 (73,4%) больным были назначены фторхинолоны (левофлоксацин принимали 29 мужчин, ципрофлоксацин – 15), 9 (15%) – цефалоспорины (цефиксим), 6 (10%) больных получали макролиды (азитромицин – 4, эритромицин – 2), одному (1,6%) пациенту были назначены аминогликозиды.

Подбор наиболее подходящего антибактериального препарата для проведения лечения согласно титру и чувствительности, возможность назначения того или иного антибиотика всегда обсуждались с клиническим фармакологом.

На момент обращения на консультацию 31 (51,7%) пациент неоднократно лечился в других клиниках по поводу диагноза «хронический бактериальный простатит», среднее число обращений составило  $3,1 \pm 0,6$ . У 29 (48,3%) больных диагноз был установлен впервые. Распределение пациентов с рецидивирующими формами было сопоставимо в двух группах, 17 пациентов вошли в первую группу и 14 – во вторую. Все мужчины, которые вошли в исследование, имели основной симптом – боль различной локализации: в промежности, в глубине таза, в наружных половых органах,

проявляющуюся в виде тяжести в промежности, дискомфорта в анальном канале, жжения в уретре, не связанного с мочеиспусканием. У 24 (40%) пациентов имелись нарушения мочеиспускания при оценке анкет IPSS, которые были обусловлены не обструктивными, а ирритативными симптомами. Ирритативная симптоматика усиливалась при переохлаждении. 19 (32%) больных отметили ослабление эректильной функции, связанное с болями при эякуляции, что нами было расценено как классическая триада симптомов болезни, а не отдельное заболевание, связанное с нарушением эректильной функции. В связи с имеющимися у пациентов симптомами общее количество половых контактов в обеих группах было снижено в 1,8 раза ( $p \geq 0,05$ ).

При оценке результатов пальпации простаты у всех больных в той или иной степени были выявлены болевые ощущения. Изменения тонуса простаты при пальпации выявлены у 46 (76,6%) больных: 26 (43,3%) имели повышенный тонус, 20 (33,3%) – «пастозность».

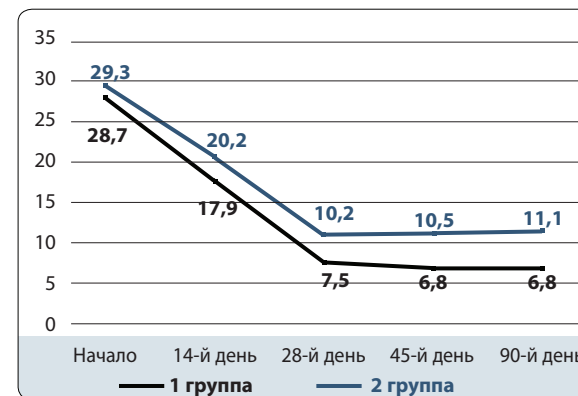


Рисунок 1. Результаты анализа анкет NIH-CPSI

Анализируя данные, полученные из анкет NIH-CPSI, установлено, что на 14-е сутки на фоне проводимой терапии, среднее значение показателей общего балла было значимо меньше у пациентов 1-й группы ( $17,9 \pm 2,2$ ), в то время как у больных 2-й группы значение составило  $20,2 \pm 2,5$  балла ( $p < 0,01$ ). На 28-е сутки среднее значение показателей продолжало снижаться в обеих группах, сохраняя соответствующую тенденцию вплоть до 90-го дня. Динамики различия внутри групп выявлено не было.

У пациентов 1-й группы количество лейкоцитов в секрете предстательной железы на 28-й день лечения составило  $4,9 \pm 2,7 \times 10^9$  л, а у пациентов 2-й группы –  $6,5 \pm 2,0 \times 10^9$  л ( $p < 0,01$ ). К 90-м суткам количество лейкоцитов продолжало снижаться в обеих группах,

оставаясь меньше у пациентов первой группы –  $4,6 \pm 2,6 \times 10^9$  л по сравнению со второй –  $6,4 \pm 1,3 \times 10^9$  л ( $p < 0,01$ ) (рис. 2).

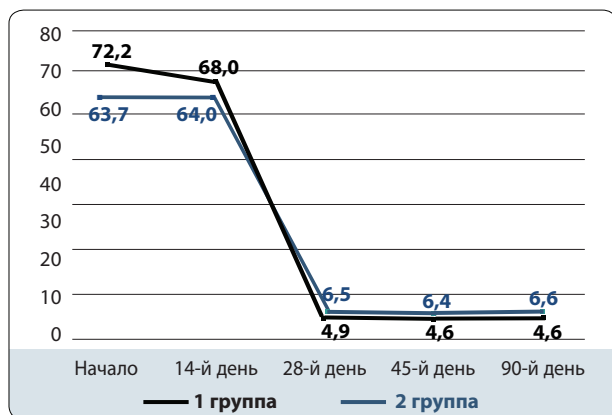


Рисунок 2. Количество лейкоцитов в секрете предстательной железы

На 14-е сутки при подсчете амилоидных телец в секрете предстательной железы выявлено, что на фоне терапии среднее значение показателей меньше у пациентов 1-й группы, получавших ректальные суппозитории ( $1,6 \pm 0,6$  ед.), чем у пациентов 2-й группы ( $3,8 \pm 1,4$  ед.) ( $p < 0,01$ ), с сохранением этой тенденции и на 90-е сутки в обеих группах (рис. 3).

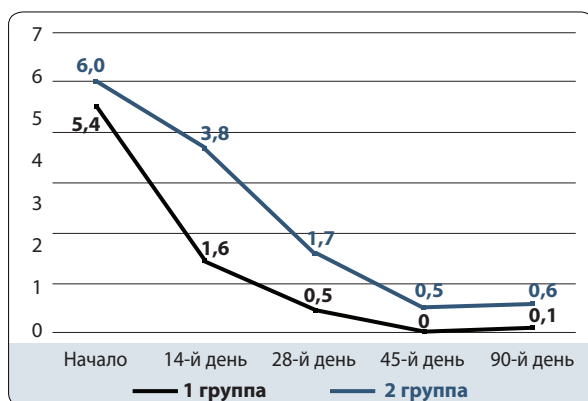


Рисунок 3. Количество амилоидных телец в секрете предстательной железы

Установлено, что количество лецитиновых зерен в секрете предстательной железы на 45-й день больше у пациентов, получавших комбинированное лечение, чем у пациентов на монотерапии.

Анализ анкет IPSS выявил, что на 28-е сутки средние значения показателей в 1-й группе составили  $4,6 \pm 1,5$  балла, во 2-й –  $6,2 \pm 2,4$  балла ( $p < 0,01$ ). На 45-е и 90-е сутки тенденция снижения баллов сохранялась, но в 1-й группе была значимо выше (рис. 4).

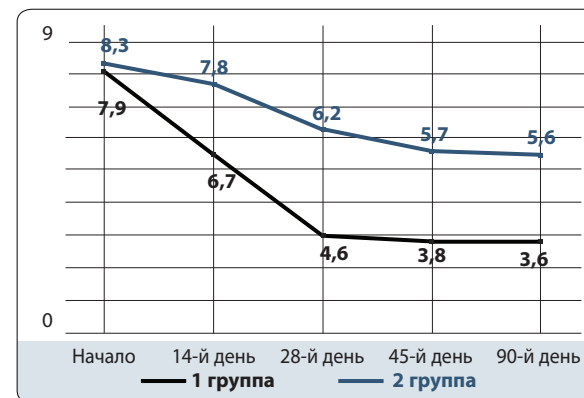


Рисунок 4. Общий балл IPSS

При анализе анкет МИЭФ-5 выявлено, что на 45-е сутки среднее значение показателей анкеты у пациентов 1-й группы составило  $23,0 \pm 2,4$  балла, у пациентов 2-й группы –  $21,4 \pm 1,7$  ( $p < 0,01$ ). На 90-е сутки показатели МИЭФ-5 повысились по сравнению с началом лечения только у пациентов 1-й группы; у пациентов, получавших только антибактериальную терапию, отмечалось незначительное повышение общего балла МИЭФ-5 (рис. 5).



Рисунок 5. Результаты анкетирования МИЭФ-5

## ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенный анализ выявил, что при применении препарата Аденопросин в комплексной терапии у пациентов с хроническим бактериальным простатитом в среднем на 4 балла снижается общий балл анкетирования NIH-CPSI.

В свою очередь субъективно пациенты 1-й группы были более удовлетворены лечением в сравнении со 2-й группой. При проведении анкетирования по окончании лечения в 1-й группе 2 (6,6%) пациента отметили неудовлетворенность от проводимой терапии, на 90-е сутки наблюдения жалобы на неудовлетворенность лечением сохранились у одного (3,3%) больного. 5 (16,6%) пациентов 2-й группы на фоне проводимой терапии субъективно не отметили улучшения от лечения, на 90-й день наблюдения количество неудовлетворенных больных осталось таким же.

Количество лейкоцитов в секрете предстательной железы на 14-е сутки у пациентов 1 группы увеличилось в среднем на  $3,2 \pm 0,7$  в п/з, что трактовалась нами, как улучшение дренирования желез предстательной железы за счет уменьшения отека паренхимы и улучшения микроциркуляции, а также снижения застойных явлений в простате.

При анализе результатов микроскопии секрета простаты после проведенного лечения, а также микрофлоры на 28-й день у 25 (80%) пациентов 1-й группы отмечено снижение содержания лейкоцитов менее 10 в п/з, что достоверно выше по сравнению с пациентами 2-й группы – 21 (70%). У 5 (16,6%) пациентов 1-й группы количество лейкоцитов в секрете простаты было в интервале 10–20 в п/з, все пациенты ранее имели рецидивирующие формы заболевания. У 5 (16,6%) пациентов 1 группы количество лейкоцитов в секрете простаты было в интервале 10-20 в п/з, все пациенты ранее имели рецидивирующие формы заболевания. В свою очередь у 7 (23,3%) пациентов 2 группы после антибактериальной терапии, 5 (16,6%) из которых имели рецидивные формы заболевания, а у 2 (6,6%) диагноз был поставлен впервые, количество лейкоцитов в секрете простаты было более 10-20 в п/з. Это может свидетельствовать о том, что применение комбинированной терапии в 1 группе в большей степени снижает воспалительные маркеры заболевания.

Показатели анкеты IPSS продолжали снижаться у пациентов 1 группы и после окончания лечения, на 90-е сутки отмечалось снижение в среднем на один балл. Данный результат необходимо учитывать у больных с жалобами на нарушение мочеиспускания при хроническом простатите, так как это может быть связано с уменьшением объема предстательной железы на фоне снижения ее отека, а также с нивелированием ирритативной (раздражающей) симптоматики у пациентов.

При анализе анкеты МИЭФ-5 у пациентов 1 и 2 групп на 45-е сутки выявлено повышение общего балла в анкетах в среднем на  $1,6 \pm 0,4$  балла, а на 90-е сутки

значение сохранилось и даже увеличилось на  $0,7 \pm 0,3$  балла в 1 группе и снизилось на  $0,6 \pm 0,2$  во 2 группе. Данное наблюдение требует дальнейшего исследования. Также пациенты отмечали увеличение числа половых контактов в неделю по сравнению с периодом до лечения.

Необходимо проведение большего количества исследований с оценкой гемодинамических характеристик органов малого таза на фоне применения Аденопросина.

В результате проведенного исследования 4 пациента из 30 отметили нежелательное явление в виде разжижения стула на фоне применения суппозитория Аденопросина, которое прекратилось после его отмены. Других нарушений, связанных с применением препарата, выявлено не было.

## ВЫВОДЫ

Результаты проведенного исследования достоверно демонстрируют, что препарат Аденопросин в комплексной терапии обладает доказанным противовоспалительным действием на предстательную железу; уменьшает болевой синдром, влияет на снижение общего балла простатических симптомов при анализе анкет NIH-CPSI; улучшает эректильную функцию, снижает маркеры воспаления в железе и может быть рекомендован пациентам с хроническим бактериальным воспалением в предстательной железе.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов 2019 г. Пер. с англ. М., 2019. 300 с. [European Association of Urologists Guidelines. Moscow, 2019. 300 p. (In Russ.)].

2. Аляев Ю.Г., Глыбочко П.В., Пушкарь Д.Ю. (ред.) Урология. Российские клинические рекомендации. М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2018. 480 с. [Alyayev YuG, Glybochko PV, Pushkar DYu (eds). Urology. Russian Clinical Guidelines. Moscow: GEOTAR-Media; 2018. 480 p. (In Russ.)]

3. Rees J, Abrahams M, Doble A, Cooper A. Diagnosis and treatment of chronic bacterial prostatitis and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a consensus guideline. *BJU Int.* 2015;116:509–25. PMID: 25711488. PMCID: PMC5008168. doi:10.1111/bju.13101

4. Аполихин О.И., Комарова В.А., Никушина А.А., Сивков А.В. Болезни предстательной железы в Российской Федерации: статистические данные 2008–2017 гг. Экспериментальная и клиническая урология. 2019;2:4–13. doi:10.29188/2222-8543-2019-11-2-4-12 [Apolikhin OI, Komarova VA, Nikushina AA, Sivkov AV. Prostate diseases in the Russian Federation: statistical data for 2008–2017. *Experimental and Clinical Urology.* 2019;2:413. (In Russ.). doi:10.29188/2222-8543-2019-11-2-4-12]

5. Polackwich AS, Shoskes DA. Chronic prostatitis/ chronic pelvic pain syndrome: a review of evaluation and therapy. *Prostate Cancer Prostatic Dis.* 2016;19:132–8. PMID: 26951713. doi:10.1038/pcan.2016.8

6. Крупин В.Н., Белова А.Н., Крупин А.В. Лечение больных хроническим бактериальным простатитом. Вестник урологии. 2019;7(1):26–37. doi:10.21886/2308-6424-2019-7-1-26-37 [Krupin VN, Belova AN, Krupin AV. Treatment of patients with chronic bacterial prostatitis. *Urology Herald.* 2019;7(1):2637. (In Russ.). doi:10.21886/2308-6424-2019-7-1-26-37]

7. Kogan MI, Naboka J, Gudima I, Ibishev H. Prostatic secretion microbiota and chronic bacterial prostatitis symptoms or signs: is there a connection? *Eur Urol Suppl.* 2017;16(3):e145. doi:10.1016/S1569-9056(17)30152-5

8. Ibishev KS, Kogan MI, Krainiy PA, et al. Comparative analysis of clinical and laboratory parameters in patients with chronic primary bacterial prostatitis and chronic recurrent bacterial prostatitis. *Eur Urol Suppl.* 2019;18(2):e2330. doi:10.1016/S15699056(19)32033-0

9. Коган М.И., Набока Ю.Л., Исмаилов Р.С. Микробиота секрета простаты: сравнительный анализ хронического простатита категорий II и IIIA. Урология. 2020;2:16–22. doi:10.18565/urology.2020.2

2020;2:16–22. doi:10.18565/urology.2020.2 [Kogan MI, Naboka YuL, Ismailov RS. Microbiota of prostate secretion: comparative analysis of chronic prostatitis categories II and IIIA. *Urologiia = Urology.* 2020;2:16–22. (In Russ.). doi:10.18565/urology.2020.2]

10. Карпов Е.И. Современный взгляд на лечение синдрома нижних мочевыводящих путей: цитомедины как класс лекарственных препаратов. Российский медицинский журнал. 2017;25(27):1992–6. [Karpov EI. Modern view on the treatment of the lower urinary tract syndrome: cytomedines as a class of drugs. *Russian Medical Journal.* 2017;25(27):1992–6. (In Russ.)]

11. Официальная инструкция по применению препарата аденопросин®. [Official package insert for the Adenoprosin®. (In Russ.)]

12. Dumbraveanu I, Banov P, Arian I, Tanase A. The use of entomological drugs in complex treatment of patients with chronic prostatitis and erectile dysfunction. *Moldovan Journal of Health Sciences.* 2017;14(4):31–43. (In Engl. and Mold.).

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Медведев Владимир Леонидович**, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой урологии, Кубанский государственный медицинский университет; заместитель главного врача по урологии, руководитель уронефрологического центра, Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского (Краснодар, Россия). ORCID ID: 0000-0001-8335-2578

**Ефремов Михаил Евгеньевич**, лаборант кафедры урологии, Кубанский государственный медицинский университет; врач-уролог, Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского (Краснодар, Россия). ORCID ID: 0000-0003-2733-0619. E-mail: efremov.uro@yandex.ru

### Финансирование

Исследование не имело спонсорской поддержки.

### Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.