

Застосування неспецифічних протизапальних препаратів (Диклоберл) у хворих на хронічний неспецифічний простатит

Ю.М. Гурженко, В.В. Спиридоненко

Український інститут сексології та андрології, м. Київ

Показано позитивний досвід використання супозиторіїв Диклоберл у 126 хворих на хронічний неспецифічний простатит. Встановлено його високу клінічну (93,7%) й бактеріологічну (91,3%) ефективність. Препарат добре переноситься, має мінімальні побічні ефекти (4,7%).

Ключові слова: супозиторії Диклоберл, хронічний неспецифічний простатит, лікування.

The use of non-specific anti-inflammatory drugs (Dicloberl) in patients with chronic non-specific prostatitis

Yu.M. Gurzhenko, V.V. Spiridonenko

The positive experience of using Dicloberl suppositories in 126 patients with chronic nonspecific prostatitis is shown. Its high clinical (93.7%) and bacteriological (91.3%) effectiveness was established. The drug is well tolerated, has minimal side effects (4.7%).

Key words: Dicloberl suppositories, chronic nonspecific prostatitis, treatment.

Применение неспецифических противовоспалительных препаратов (Диклоберл) у больных хроническим неспецифическим простатитом

Ю.Н. Гурженко, В.В. Спиридоненко

Показан положительный опыт использования супозиториев Диклоберл у 126 больных хроническим неспецифическим простатитом. Установлена его высокая клиническая (93,7%) и бактериологическая (91,3%) эффективность. Препарат хорошо переносится, имеет минимальные побочные эффекты (4,7%).

Ключевые слова: супозитории Диклоберл, хронический неспецифический простатит, лечение.

Висока частота зустрічальності хронічного простатиту (ХП) у загальній популяції чоловічого населення у світі становить 5–8%, що обумовлює актуальність проблеми [1, 2, 3]. На сьогодні ХП розглядається як серйозна медико-соціальна проблема, яка погіршує якість життя чоловіків, а враховуючи, що сексуальна функція є єдиною парною функцією в організмі людини, й якість життя прекрасної половини людства.

Складний патогенез хронічного запального процесу, що формується в малому тазу в чоловіків протягом тривалого часу найчастіше ініційований мікробними патогенами, в більшості своїй сапрофітними, обумовлює різноманітну клінічну картину ХП різного генезу [8, 10, 12, 13, 14]. Як наслідок зміни архітекτονіки передміхурової залози і сім'яних міхурців порушується дренаж, виникають застійні явища, в яких тривалий час розвивається патогенна мікрофлора, формуються конкременти [8, 9, 10].

Досить складною є проблема лікування хронічних запальних захворювань чоловічої статевої сфери [8, 12, 13] через високу вірулентність збудників, високу стійкість збудників захворювання до антибактеріальних препаратів, тривалий перебіг хвороби, послаблення імунітету, а також низькою ефективністю лікарських препаратів, які застосовуються в практиці лікування ХП. Це обумовлює необхідність пошуку нових засобів, що перешкоджають прогресуванню фіброзних змін у тканині передміхурової залози [12, 13, 14, 16].

Препаратами вибору при лікуванні хронічних запальних захворювань чоловічих статевих органів, відповідно до рекомендацій Європейської Асоціації урологів, є наступні:

Антибактеріальні препарати. Часто застосовують фторхінолони, похідні тетрацикліну, макроліди, рідше – нітрофурані, цефалоспоринолі, аміноглікозиди. За останні роки в

результаті їхнього тривалого і безконтрольного застосування чутливість збудників до препаратів неухильно знижується.

Рослинні екстракти. Серед них найбільш вивченими є похідні екстракту *Serenoa terepensis*, представлені на українському фармацевтичному ринку препаратом Простамол Уно. Протизапальна й антигіперпластична дія Простамолу Уно реалізується шляхом інгібіції фосфоліпази А2 та інших ферментів арахідонового каскаду – циклооксигеназ обох типів і ліпоксигенази, відповідальних за утворення простагландинів і лейкотрієнів, з доведеним впливом на судинну фазу запалення, проникність капілярів, судинний стаз, тканинну гіпоксію й активність фібробластів.

Імунокоректори. Виникнення абактеріального простатиту обумовлено імунпатологічними процесами, ініційованими певними антигенами або аутоімунною реакцією [2, 3].

Біорегуляторні пептиди – комплекси біологічно активних пептидів, виділених із передміхурової залози і сім'яних міхурців великої рогатої худоби.

Вітаміни і мікроелементи. Комплекси вітамінів і мікроелементів відіграють важливе, але допоміжне значення при лікуванні хворих ХП. Серед них найбільш важливе значення належить вітамінам групи В, вітамінам А, Е, С, а також мікроелементам цинку і селену.

Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). Застосування препаратів, таких, як диклофенак, кетопрофен або німесулід може виявитися ефективним при лікуванні пацієнтів з ХП. НПЗП часто використовують при лікуванні пацієнтів з ХП, однак є мало даних про їхню ефективність протягом тривалого періоду часу [3].

Усі НПЗП об'єднує низка загальних властивостей. Вони виявляють швидку і поєднану з етіопатогенетичними особливостями протизапальну, протинабрякову і анальгезуючу

дію. Властивий їм протизапальний ефект не має специфічності, тобто вони здатні гальмувати запальний процес будь-якого етіопатогенезу. Відомим ефектом препаратів НПЗП є можливість зменшення агрегації тромбоцитів з активацією мікроциркуляції. Фармакокінетика і фармакодинаміка їх досить складні. У плазмі крові НПЗП зв'язуються з альбумінами і здатні конкурувати в цьому відношенні один з одним і з іншими лікарськими засобами. Більшість нестероїдних препаратів добре переносяться, позаяк мають невеликий термін напіввиведення з крові й тканин.

Описано декілька найбільш важливих біологічних ефектів НПЗП, які забезпечують протизапальну дію цієї групи:

– пригнічення синтезу простагландинів за рахунок інгібування активності циклооксигенази;

- інгібування синтезу оксиду азоту;
- пригнічення експресії молекул адгезії;
- зменшення проникності капілярів;
- гальмування утворення макроергічних з'єднань;
- інактивація медіаторів запалення (гістамін, брадикінін, цитокіни, компоненти системи комплементу);
- стабілізація лізосомних клітинних мембран.

На етапі активації клітинної реакції запального процесу відіграють роль інші властивості НПЗП:

- зменшення інтенсивності агрегації тромбоцитів за рахунок пригнічення утворення ними тромбоксану і/або стимуляції продукції судинною стінкою простагліну;
- зменшення коагуляційного потенціалу крові;
- гальмування проліферативної фази запалення і зменшення постзапального склеротичного процесу;
- антиоксидантний ефект за рахунок пригнічення продукції супероксидного аніону фагоцитами;
- стимуляція продукції ендогенних пептидів (типу ендорфінів), які володіють аналгетическим впливом і зменшують вираженість запалення;
- антипірогенна дія НПЗП зумовлена пригніченням медіаторів запалення (простагландинів, брадикініну).

Основним механізмом дії більшості НПЗП є пригнічення активності ферментів, а саме простагландинсинтетази (циклооксигенази), які беруть участь у перетвореннях арахідонової кислоти. При цьому вирішальну роль відіграє блокування синтезу простагландинів, які вважаються одними з найважливіших медіаторів запалення.

На сьогодні створено кілька десятків препаратів, які володіють доведеною протизапальною активністю. Своєрідним еталоном для НПЗП є диклофенак натрію – потужний інгібітор продукування простагландинів і інтерлейкінів.

Використання НПЗП спрямоване на вирішення перших трьох завдань лікування ХП:

1. Зняття або зменшення болювого синдрому.
2. Купірування клінічних ознак асептичного запалення.
3. Зниження або ліквідація лабораторної активності запального процесу.

Загальні протипоказання до призначення НПЗП:

- захворювання травної системи у стані загострення (виразкова хвороба, гастрит);
- захворювання, які супроводжуються зниженням згортання крові, особливо гемофілія;
- легеневі, шлункові й інші кровотечі;
- гемоцитопенія (особливо для препаратів піразолонового ряду);
- наявність в анамнезі алергічної реакції на практично будь-який препарат із групи НПЗП (існує значний ризик перехресної алергічної реакції).

Слід особливо відзначити залежність терапевтичного ефекту від лікарської форми препарату – таблетки, капсули, розчини для ін'єкцій, мазі, супозиторії (свічки) тощо. У даному випадку було вивчено дію препарату у вигляді лікарської

форми – супозиторії (свічки). Застосування саме супозиторіїв важливо при лікуванні хворих, у яких окрім основного захворювання діагностують захворювання травного тракту і печінки, тому що діючі речовини потрапляють в організм людини у формі супозиторіїв, минаючи травний тракт вони не чинять вираженої дратівної дії на слизову оболонку. Лікарські речовини в супозиторіях потрапляють безпосередньо в кровоток, минаючи печінку. Це метод швидкої доставки лікарських речовин. Швидкість надходження діючих лікарських речовин у кров при застосуванні ректальних супозиторіїв лише незначно поступається такому при введенні ін'єкційно, особливо під час лікування захворювань передміхурової залози. При використанні ректальних свічок відсутній «ефект першого проходження» через печінку. Максимальна концентрація активної речовини в плазмі досягається через 30 хв.

Було проведено клінічне вивчення ефективності застосування супозиторіїв Диклоберл виробництва фірми «БЕР-ЛІН-ХЕМІ МЕНАРІНІ ГРУП» у хворих на ХП.

Переважні властивості препарату Диклоберл у формі супозиторіїв:

- високий протизапальний і антиноцицептивний потенціал;
- швидке купірування болю;
- швидке відновлення порушених функцій;
- висока безпека;
- клінічно документована дія субстанції;
- різноманітність форм дозувань;
- високий комплаєнс.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У динаміці обстежено і проліковано 161 пацієнта, які страждають на хронічний неспецифічний простатит. Клінічна група пацієнтів, яким було запропоновано застосування свічок Диклоберл, становила 126 хворих. До контрольної групи увійшли 35 хворих. Усі пацієнти отримували однаково базову терапію, яка застосовується в клініці для лікування хронічних неспецифічних простатитів згідно з рекомендаціями МОЗ України. Крім цього, пацієнти клінічної групи отримували досліджуваний препарат по 1 ректальній свічці в дозі 100 мг на ніч протягом 30 днів.

Для вивчення клінічної ефективності використання препарату визначені критерії суб'єктивного оцінювання:

- поліпшення загального стану пацієнта,
- зменшення дизуричних явищ,
- зменшення болювих відчуттів.

Критерії включення у дослідження:

- чоловіки віком від 18 до 55 років;
- діагноз «Хронічний простатит, простатовезікуліт або уретропростатовезікуліт», підтверджений клінічно і лабораторно;
- інформована згода на участь у дослідженні.

Критерії виключення з дослідження:

- індивідуальна непереносимість компонентів препарату;
- зловживання алкоголем, наркоманія, нервово-психічні розлади (включаючи розсіяний склероз, хворобу Паркінсона, деменції та ін.);
- виражені серцево-судинні і цереброваскулярні захворювання: інфаркт міокарда в анамнезі, неконтрольована стенокардія й аритмії, недостатність кровообігу, інсульт, виражені порушення функції печінки і/або нирок, гострі запальні захворювання кишечника, тривалі закрепи, діарея, активний туберкульоз, системні захворювання сполучної тканини;
- пацієнти, які протягом 1 міс до участі у дослідженні отримували терапію, що включає інші противірусні та/або імуномодуючі та/або антибактеріальні (протимікробні) препарати (як місцевої, так і системної дії);
- пацієнти, які брали участь в іншому клінічному дослідженні протягом останніх 3 міс.

Симптоматика захворювань до лікування в клінічній і контрольній групах, n

Симптоматика	Клінічна група, n=126	Контрольна група, n=35
Алгічний синдром	62 (49,2%)	18 (51,4%)
Дизуричні явища	43 (34,1%)	16 (45,7%)
Виділення із сечівника	41 (32,5%)	19 (54,3%)
Свербіж у сечівнику	38 (30,2%)	17 (48,6%)
Передчасна еякуляція	25 (19,8%)	9 (25,7%)
Зниження лібідо	31 (24,6%)	9 (25,7%)
Еректильна дисфункція	29 (23,0%)	5 (14,3%)
Болючість при пальпації	126 (100%)	35 (100%)
Неоднорідність структури за даними УЗД	111 (88,1%)	29 (82,9%)
Розширення та болючість сім'яних міхурців при ТРУЗД	32 (25,4%)	12 (34,3%)
«Розмитість» контурів передміхурової залози при ТРУЗД (явища застою і набряку)	97 (77,0%)	32 (92,0%)
Усього	126 (100%)	35 (100%)

Таблиця 2

Моніторинг лейкоцитарної реакції секрету передміхурової залози

Група хворих	Кількість лейкоцитів у полі зору мікроскопа	
	До лікування	Після лікування
Клінічна група, n=126	87,4±9,4 p1>0,05	12,1±2,1 p<0,05 p1>0,1
Контрольна група, n=35	84,2±8,6	11,7±3,3 p<0,05

Примітки: p – достовірність відмінностей показників до і після лікування; p1 – достовірність відмінностей показників між групами.

Критеріями об'єктивного оцінювання ефективності дії препарату слугували отримані лабораторні та ультразвукові показники.

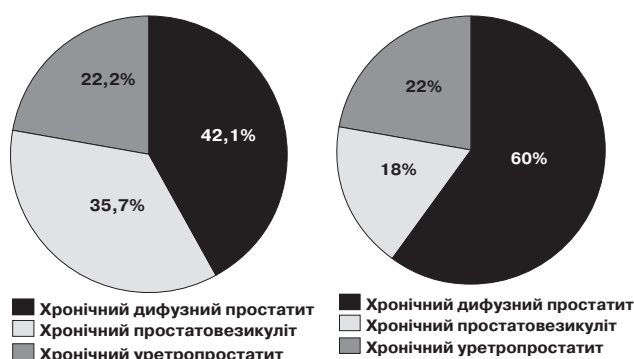
Вік обстежених пацієнтів був у межах від 27 до 44 років, у середньому становив 32,4±3,7 року. Тривалість захворювання також була різною – від 6 міс до 7 років (у середньому – 3,1±0,7 року). За результатами проведеного комплексного обстеження були діагностовані захворювання, наведені на мал. 1.

Клінічні прояви хронічних неспецифічних запальних захворювань в обох групах представлені в табл. 1.

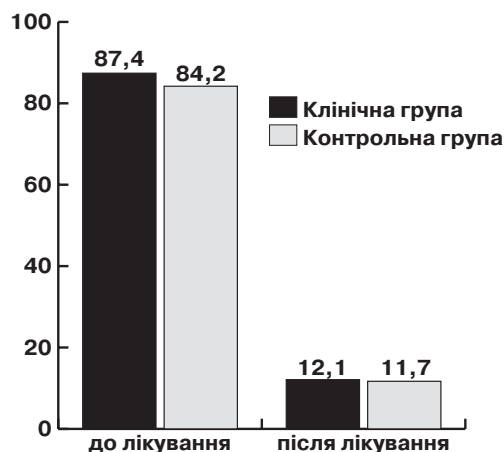
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Використання супозиторіїв Диклоберл у дозі 100 мг у комплексному лікуванні хронічного неспецифічного простатиту забезпечувало швидкий клінічний ефект. Наприклад, прояви алгічного синдрому у пацієнтів клінічної групи зменшилися у 58 (93,5%) з 62 обстежених на 3–4-у добу лікування, а у хворих контрольної групи до цього часу аналогічний показник фіксували у 10 (55,6%) з 18 осіб. Достовірність різниці показників між групами становить p<0,01. Дизуричні явища до 7-ї доби лікування зникли у 38 (88,4%) з 43 хворих клінічної групи й у 8 (50,0%) з 16 хворих контрольної групи (p<0,01).

Уретральні виділення до 5-ї доби лікування зникли у 41 (100%) пацієнта клінічної групи й у 17 (89,5%) з 19 хворих контрольної групи. Печія і свербіж у сечівнику ліквідовані до кінця курсу лікування відповідно у 38 (100%) і у 16 (94,1%) з 17 пацієнтів. З 25 чоловіків, у яких до лікування спостерігалася прискорена еякуляція, після застосування комплексного лікування з використанням Диклоберлу цей симптом зникав у 14 (56,0%) з 25 хворих, а в контрольній групі – у 3 (33,3%) з 9 осіб. Болючість при пальпації передміхурової залози різного ступеня вираженості через сім днів зникла у 114 (90,5%) з 126 осіб, а в контрольній групі – у 16 (45,7%) з 35 хворих (p<0,01).



Мал. 1. Розподіл хворих по нозології



Мал. 2. Моніторинг лейкоцитарної реакції секрету передміхурової залози

Динаміка урофлоуметричних показників, індексу IPSS і якості життя

Показник клінічної групи	До лікування	Після лікування
IPSS, бали	9,1±1,7	4,1±0,9 p<0,01
Індекс якості життя QoL, бали	4,2±0,2	2,1±0,1 p<0,01
Об'ємна швидкість сечовипускання, мл/с	8,6±1,3	16,3±2,1 p<0,01
Час сечовипускання, с	24,7±3,2	15,4±2,1 p<0,05

Таблиця 4

Оцінювання ефективності супозиторіїв Диклоберл

Показник	Дослідник		Пацієнт	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Відсутня	3	2,4	3	2,4
Низька	5	4,0	5	4,0
Достатня	74	58,7	62	49,2
Висока	44	34,9	56	44,4

Результати світлової мікроскопії секрету передміхурової залози до і після лікування представлені в табл. 2.

Як видно з даних табл. 2, кількість лейкоцитів у полі зору мікроскопа після лікування достовірно знизилася в обох групах, але в різниці між групами достовірних відмінностей не відзначено.

УЗД проводили з метою визначення ехографічних властивостей та об'єму передміхурової залози. Достовірних відмінностей у показнику обсягу передміхурової залози між групами в динаміці виявлено не було, незважаючи на деяку тенденцію до зменшення розмірів після лікування в клінічній групі.

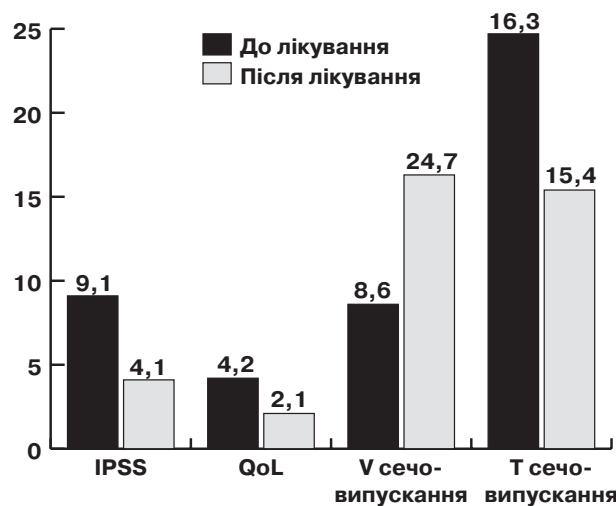
Бактеріологічне дослідження секрету передміхурової залози дозволило виявити наявність бактеріальної флори у 88 (69,8%) з 126 хворих клінічної групи і у 27 (77,1%) з 35 хворих контрольної групи. Виявлено зростання патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів з групи Enterobacteriaceae: Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Staphylococcus spp., Streptococcus faecalis, Streptococcus anhaemolyticus, E. coli. Після проведення раціональної антибактеріальної терапії у даної групи обстежених зростання патогенної мікрофлори у секреті передміхурової залози виявлено в 11 (8,7%) з 126 хворих клінічної групи й у 4 (11,4%) з 35 хворих контрольної групи.

Терапевтичну ефективність препарату Диклоберл оцінювали також на підставі урофлоуметричних показників, індексу IPSS і якості життя QoL (табл. 3).

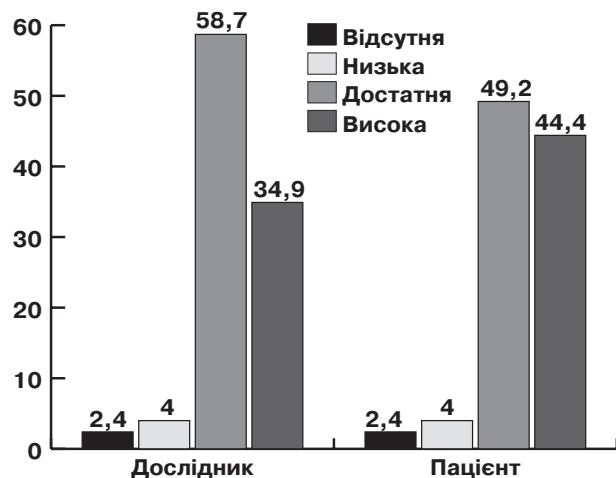
Результати табл. 3 та мал. 3 свідчать про достовірне поліпшення сечовипускання у хворих клінічної групи після застосування комплексної терапії, що включає препарат Диклоберл. На істотне зменшення дизуричних явищ і негативних відчуттів вказує динаміка показників індексу IPSS і QoL. У пацієнтів контрольної групи після лікування достовірно покращилися тільки показники індексу IPSS.

За час лікування побічні ефекти відзначені лише у 6 (4,7%) хворих. В основному їх турбували шкірні висипки. Після перерви у вживанні препарату вони зникли самостійно без додаткової медикаментозної корекції.

Після закінчення курсу лікування було оцінено ефективність препарату Диклоберл пацієнтами (на підставі суб'єктивних відчуттів: зменшення дизуричних явищ, ослаблення больових відчуттів, поліпшення загального стану) і дослідниками (за даними анамнезу та лабораторно-інстру-



Мал. 3. Динаміка урофлоуметричних показників, індексу IPSS і якості життя



Мал. 4. Оцінювання ефективності препарату Диклоберл

ментальних досліджень). Результати оцінювання наведені в табл. 4 і на мал. 4.

Отримані результати свідчать про те, що пацієнти схильні оцінювати ефективність лікування досліджуваним препаратом трохи нижче, ніж дослідники. На нашу думку, цей факт пояснюється особливостями клінічної симптоматики у хворих даної категорії, значною тривалістю захворювання і невдалими спробами його лікування. Подібні фактори найчастіше змушують обстежених давати лікуванню більш стриману оцінку.

Проте ефективність лікування як «достатню» або «високу» пацієнти і дослідники відзначили в 93,6%, що свідчить про значну терапевтичну цінність супозиторіїв Диклоберл.

Крім того, нами була оцінена ефективність препарату Диклоберл у супозиторіях у тих хворих, в яких був відсутній больовий синдром. Больовий синдром фіксували у 80 з 126 пацієнтів (1а підгрупа), і не виявляли у 46 хворих (16 підгрупа). Усі 126 пацієнтів клінічної групи отримували в комплексному лікуванні препарат Диклоберл у формі свічок по 100 мг 1 раз на добу протягом 30 днів.

Клінічна картина у пацієнтів обох підгруп була приблизно однаковою. Дизуричні явища були виявлені у 39 (48,8%) пацієнтів 1а підгрупи і у 26 (56,5%) пацієнтів 16 підгрупи. Уретральні виділення фіксували у 23 (28,8%) і у 18 (39,1%) пацієнтів у підгрупах відповідно. Свербіж у сечівнику був характерний для 25 (31,3%) і 16 (34,8%) пацієнтів відповідно. Передчасна еякуляція виявлена у 15 (18,8%) і 11 (23,9%) осіб відповідно у підгрупах. Болючість при пальпації передміхурової залози була характерною для всіх пацієнтів обох підгруп.

Під час порівняльного аналізу результатів лікування між підгрупами пацієнтів виявилось, що дизуричні явища через 7 днів лікування зникли у 33 (84,6%) з 39 хворих 1а підгрупи та у 14 (53,8%) з 26 хворих 16 підгрупи. Уретральні виділення до десятого дня лікування ліквідовані у всіх 23 (100%) пацієнтів

1а підгрупи й у 15 (83,3%) з 18 хворих 16 підгрупи. Печіння і свербіж у сечівнику ліквідовані до кінця курсу лікування відповідно у 25 (100%) й у 13 (81,2%) з 16 пацієнтів. З 14 чоловіків, у яких до лікування спостерігалася прискорена еякуляція, через місяць після застосування комплексного лікування з використанням супозиторіїв Диклоберл цей симптом зник у 13 (92,8%) хворих 1а підгрупи, у 5 (45,5%) з 11 пацієнтів 16 підгрупи. Болючість при пальпації передміхурової залози різного ступеня вираженості через 7 днів зникла у 76 (95,0%) з 80 хворих 1а підгрупи й у 29 (63,0%) з 46 пацієнтів 16 підгрупи. Дані ультразвукових і бактеріологічних досліджень, а також показники УФМ істотно не відрізнялися.

Показники ефективності лікування у підгрупі 1а за різними параметрами становили від 84,6% до 100%, а в групі 16 – від 45,5% до 81,2%.

Ефективність лікування як «достатню» або «високу» відзначили 76 (95,0%) з 80 хворих 1а підгрупи і 39 (84,7%) з 46 пацієнтів 16 підгрупи. Це свідчить про значну терапевтичну цінність супозиторіїв Диклоберл.

Дослідження дозволяє рекомендувати використання препарату Диклоберл у формі супозиторіїв у пацієнтів з хронічним простатитом без алгічного синдрому з метою збільшення ефективності лікування.

ВИСНОВКИ

1. Використання супозиторіїв Диклоберл є ефективним методом лікування хронічних неспецифічних простатитів. Клінічна ефективність лікування препаратом становила 93,7%. Бактеріологічна ефективність становила 91,3%.

2. Супозиторії Диклоберл добре переносяться пацієнтами. Побічні ефекти були відзначені у 4,7% хворих.

3. Отримані результати дозволяють рекомендувати супозиторії Диклоберл для комплексного лікування хронічних неспецифічних простатитів як з наявністю, так і з відсутністю алгічного синдрому.

Сведения об авторах

Гурженко Юрій Николаевич – Український інститут сексології і андрології, 04053, г. Київ, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: 7espoir@rambler.ru

Спиродоненко Владимир Владимирович – Український інститут сексології і андрології, 04053, г. Київ, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: bro-vladimir@yandex.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Nickel J.C. Prostatitis: Myths and realities //Urology. – 1998. – Vol. 51. – P. 362–366.
- Stamey T.A. Pathogenesis and treatment of Urinary Tract Infections. Baltimore, Williams and Wilkins; 1980. 342–429.
- Nickel J.C., Sorensson R. Transurethral microwave thermotherapy of non-bacterial prostatitis and prostatodynia: initial experience //Urology, 1994. – Vol. 44. – P. 458–460.
- Юнда И.Ф. Простатиты. – К., 1987.
- Руководство по андрологии /Под ред. О.Л. Тиктинского. – Л., 1990.
- Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит. – М., 1998.
- Руководство по урологии /Под ред. Н.А. Лопаткина. – В 3-х томах. – М., 1998.
- Сексологія і андрологія, під ред. акад. О.Ф. Возіанова та проф. І.І. Горпинченка // Вид. «Здоров'я». – К., 1996.
- Горпинченко І.І., Судариков І.В. Особливості клініки та діагностики хронічного простатиту, ускладненого каменями передміхурової залози // Урологія, 1997. – № 1. – С. 57–60.
- Тиктинский О.Л. Воспалительные неспецифические заболевания мочеполовых органов. – Ленинград, 1984.
- Тиктинский О.Л., Новиков И.Ф., Михайличенко В.В. Заболевания половых органов у мужчин. – Л.: Медицина, 1986. – 416 с.
- Адаскевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем / Руководство для врачей. – М., 1999. – 416 с.
- Кан Д.В., Сегал А.С., Кузьменко А.Н. Диагностика и лечение хронического неспецифического простатита: Метод. рекомендации. – М., 1980.
- Roberts R.O., Lieber M.M., Bostwick D.G., Jacobsen S.J. A review of clinical and pathological prostatitis syndromes // Urology. – 1997. – V. 49. – № 6. – P. 809–819.
- Leigh D.A. Prostatitis – an increasing clinical problem for diagnosis and management // J. Antimicrob. Chemother. – 1993. – V. 32 (suppl. A). – P. 1–9.
- Michel M.C., Goepel M. Lower Urinary Tract Symptoms suggestive of benign prostatic obstruction – what's the long-term effectiveness of medical therapies? // Eur. Urol. – 2001. – V. 39 (suppl. 3). – P. 20–25.

Статья поступила в редакцию 25.09.2019