

А.В. ВИНОГРАДОВ,
победитель конкурса
молодых ученых
Второй Всероссийской
научно-практической
конференции
с международным
участием «Рациональная
фармакотерапия в
Урологии-2008»,
МОНИКИ
им. М.Ф. Владимирского

Медикаментозное лечение хронического простатита у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

Доброкачественная гиперплазия простаты (ДГП) является частым заболеванием мужчин пожилого возраста. Известно, что гистологические признаки ДГП в возрастной группе 50-59 лет встречаются у 40% мужчин, в возрасте 60 лет и старше – более чем у 75%, а клинические проявления заболевания – у 20% и более чем у 35% соответственно (1, 2). То есть каждый третий мужчина старше 60 лет имеет симптомы ДГП. В свою очередь, хронический простатит – самое частое заболевание урологического профиля у мужчин до 50 лет и третье по частоте у лиц старше 50 лет.

Соответственно напрашивается вывод о том, что у мужчин старше 50 лет оба этих заболевания должны часто встречаться. Наиболее точным инструментом оценки этого предположения могут служить морфологические исследования ткани предстательной железы у данной категории мужчин. При анализе литературы 80-х годов прошлого столетия получены различные данные: М. Шаркер указывал на то, что сочетание этих заболеваний от-

мечено у 39,5% мужчин, в то время как Э.А. Зухинис выявил его у 90,3%. Промежуточные цифры приводили Б.У. Джарбусынов и А.Л. Шабад – 64% и 72% соответственно (3). В исследованиях же последних лет получены более однородные результаты. Так, Н.А. Лопаткин и Ю.В. Кудрявцев (1999 г.) при морфологическом исследовании ткани простаты у пациентов с ДГП отметили наличие гистологических признаков простатита различной степени активности в 96,7% случаев (1, 4), а М.Ф. Трапезникова и И.А. Казанцева (2005 г.) – практически в 100% случаев (5). Подобные результаты получил и А.А. Патрикеев (2004 г.) – 98,2% (6). Можно сделать вывод о том, что практически каждый пациент с ДГП имеет сопутствующее воспаление в простате.

Почему хроническое воспаление так часто сопутствует гиперплазии предстательной железы? Ведь известно, что секрет простаты не только стерилен, но и обладает бактерицидными свойствами. По данным Н.А. Лопаткина, причиной этого можно считать такие факторы, как венозный стаз, конгестия предстательной железы, компрессия протоков ацинусов

(4). В последнее время все большее значение придается уретропростатическому рефлюксу с развитием турбулентности тока мочи в задней уретре, возникающему за счет гиперактивности α -адренорецепторов. Сопутствующее воспаление предстательной железы провоцирует развитие такого грозного осложнения, как острая задержка мочеиспускания (ОЗМ), ухудшение имеющейся симптоматики заболевания, усугубляет вероятность развития интраоперационных и послеоперационных осложнений у пациентов, которым показано оперативное вмешательство, и, наконец, усиливает риск образования камней простаты.

ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧЕИСПУСКАНИЯ

В специализированной литературе имеются единичные работы, оценивающие роль сопутствующего воспалительного процесса в ткани предстательной железы у пациентов с данным осложнением ДГП (19, 20, 21).

Для оценки роли воспаления предстательной железы в возникновении ОЗМ у пациентов с ДГП в урологической клинике МОНИКИ было проведено морфологическое исследование биоптатов, взятых у 46 пациентов с выполненной трансуретральной резекцией простаты (ТУРП). Больные были разделены на 2 группы: в I группу (n = 23) вошли пациенты, которым было выполнено оперативное вмешательство по поводу ДГП в плановом порядке, II группу (n = 23) составили пациен-

α -адреноблокаторы и антибактериальные препараты (фторхинолоны) можно считать препаратами первой линии при лечении пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и хроническим простатитом. Камирен (доксазозин) и Ципринол (ципрофлоксацин) обладают хорошей эффективностью и высокой безопасностью у данной категории пациентов.

ты, у которых показанием к ТУРП явилась ОЗМ. Группы были статистически однородны по возрасту и объему предстательной железы. Критериями оценки служило наличие гистологических признаков простатита, его активности и степени выраженности.

Гистологические признаки хронического простатита

Наличие в строме воспалительной инфильтрации, среди клеточных элементов которой преобладают лимфоциты, плазматические клетки с примесью макрофагов и ксантомных клеток, очаги поражения чередуются с участками неизменной ткани. Одновременно с выраженными дистрофическими и некробиотическими изменениями отмечается развитие грануляционной и рубцовой тканей.

Гистологические признаки активности хронического простатита:

- наличие альтеративно-экссудативных изменений в железах и строме простаты;
- увеличение количества сегментоядерных лейкоцитов, которые инфильтрируют ткань простаты и могут образовывать абсцессы;
- в просветах желез могут формироваться псевдоабсцессы;
- возникновение очагов молодой соединительной (грануляционной) ткани.

Степень активности воспалительного процесса:

- выраженная степень – воспалительные инфильтраты выявляются более чем в 50% резецированных фрагментах ткани, среди клеточных элементов преобладают сегментоядерные лейкоциты;
- умеренная – воспалительные инфильтраты в 20-50% фрагментах;
- легкая – примесь сегментоядерных лейкоцитов незначительная, отмечается менее чем в 20% фрагментов.

Признаки хронического простатита были выявлены у 100% пациентов. Активность процесса отмечена у пациентов I группы в $39,13 \pm 10,18\%$ случаев, у пациентов II группы – в $52,17 \pm 10,42\%$ ($p > 0,05$) – разница была статистически недостоверна, однако выраженная степень актив-

Таблица 1. Распределение биоптатов по наличию и степени выраженности активного воспаления ткани предстательной железы

Степень выраженности	ДГП	ОЗМ
Легкая	2 ($22,22 \pm 13,86\%$)	1 ($8,33 \pm 7,98\%$)
Умеренная	6 ($66,7 \pm 15,71\%$)	3 ($25,0 \pm 12,5\%$)
Выраженная	1 ($11,11 \pm 10,48\%$)*	8 ($66,7 \pm 13,61\%$)*
Всего	9 ($39,13 \pm 10,18\%$ **)	12 ($52,17 \pm 10,42\%$ **)

Примечание: * – $p < 0,05$; ** – $p > 0,05$.

ности воспаления в I группе определялась лишь у $11,11 \pm 10,48\%$ пациентов, в то время как во II группе – у $66,7 \pm 13,61\%$ ($p < 0,05$) (таблица 1). Аналогичные данные были получены и Кеф А. et al. в 2004 году: гистологические признаки простатита выявлены у $55,6\%$ пациентов с ОЗМ и у $36,6\%$ – без ОЗМ (21).

Таким образом, можно сделать вывод о том, что выраженный активный простатит играет важную роль в развитии ОЗМ при ДГП. Следовательно, выявление и лечение воспаления предстательной железы у пациентов с ДГП, по нашему мнению, необходимо не только с целью уменьшения симптоматики и улучшения качества жизни, но и с целью профилактики развития ОЗМ.

УХУЖДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ

Сходство симптомов ДГП и простатита – обструктивных (затруднение акта мочеиспускания, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, мочеиспускание вялой струей мочи) и ирритативных (учащенное мочеиспускание, ноктурия, императивные позывы), во многом обусловленное наличием большого количества α -адренорецепторов в шейке мочевого пузыря и простаты, обязывает проводить дифференциальную диагностику между этими заболеваниями. Зачастую выраженная симптоматика у пациента с большой предстательной железой практически полностью исчезает после проведенного антибактериального лечения, что свидетельствует, прежде всего, о том, что вызвана она была обострением сопутствующего хронического простатита. Для эффективного лечения необходимо определить, каким

заболеванием – ДГП или простатитом, вызвана клиническая картина у пожилого пациента. Поэтому проведение микроскопических (анализ секрета простаты) и микробиологических (посев секрета простаты или эякулята) исследований у пациентов с ДГП мы считаем обязательным.

Наиболее распространенным и изученным фторхинолоном является ципрофлоксацин. Чувствительность грамположительной микрофлоры, являющейся этиологическим возбудителем воспалительного процесса у пациентов с ДГП, по нашим данным, основанным на вышеописанных исследованиях, составляет 90,9-100%.

ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Сопутствующее ДГП воспаление ткани предстательной железы чревато развитием осложнений, связанных с выполнением оперативного лечения, что подтверждено многочисленными наблюдениями и исследованиями в нашей клинике. При выполнении аденомэктомии возможны технические сложности и повышенное кровотечение – при «вылушивании» железы из-за наличия спаек между уретрой и капсулой простаты. При выполнении ТУРП – возможное усиленное кровотечение из раневой поверхности из-за выраженного кровенаполнения предстательной железы (7). Послеоперационные осложнения заклю-

чаются, прежде всего, в усиленном рубцевании везико-уретрального сегмента, поскольку заживление раны при сопутствующем воспалительном процессе происходит с гиперпродукцией соединительной ткани. Так, по данным Ю.В. Олефира и соавт. (8), при проведении предоперационной подготовки пациентов с хроническим простатитом частота обструктивных осложнений после ТУРП (рубцовая деформация шейки мочевого пузыря, стриктура задней уретры, облитерация уретры) снижается с 13,8% до 5,3%. Другое послеоперационное осложнение – вторичное кровотечение, развивается в силу инфицирования остатков тканей и сгустков крови в ложе удаленной простаты. Это приводит к нагноению и лизису последних. Также из-за наличия очага инфекции в ложе удаленной простаты возможно возникновение эпидидимоорхита. Поэтому мы считаем, что в целях профилактики возможных интра- и послеоперационных осложнений, пациентам с ДГП необходимо проведение следующих мероприятий:

- выявление активного воспалительного процесса в простате, антибактериальная предоперационная подготовка;
- вазостомия с введением антибактериальных препаратов (первые 6 суток послеоперационного периода);
- назначение адекватной антибактериальной терапии в послеоперационном периоде.

КАМНИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Камни простаты у мужчин старше 50 лет, по данным литературы, вы-

являются в 1-25% случаев (9). Причина их образования недостаточна ясна, но не вызывает споров тот факт, что конкременты поддерживают воспалительный процесс, равно как и наоборот, воспаление способствует образованию камней. Наличие у пациентов хронического калькулезного простатита усугубляет клиническое течение ДГП (выраженная дизурия, постоянный болевой симптом, плохо купирующийся медикаментозной терапией) и затрудняет его лечение (технические сложности при проведении оперативного вмешательства, противопоказание к термальным методам лечения, массажу простаты). Методами выбора лечения данного заболевания, по нашему мнению, является аденомэктомия и ТУРП под контролем трансректального ультразвукового исследования, позволяющего визуализировать местоположение конкрементов и более радикально провести оперативное вмешательство. Это уменьшает вероятность возникновения такого интраоперационного осложнения, как перфорация капсулы простаты (9). Профилактикой камнеобразования в предстательной железе является выявление в ней воспалительного процесса и его лечение. Очевидно, что необходимо не только проведение у пациентов с ДГП диагностических исследований, направленных на выявление сопутствующего простатита, но также, при наличии его обострения, проведение соответствующего рационального лечения. Рациональность медикаментозного лечения заключается в адекватной терапии, которая назначается исходя из природы

воспалительного процесса в гиперплазированной ткани простаты и особенностей патогенеза течения этих двух заболеваний.

Данные Европейской ассоциации урологов и ряда отечественных авторов говорят о том, что (10, 11, 12) частота бактериального простатита (II тип по классификации NIH, 1995 г.) среди всех типов простатита составляет 5-18,3%. Однако в наших исследованиях были получены другие результаты. Бактериальная природа воспалительного процесса в предстательной железе при ее гиперплазии встречается у подавляющего большинства пациентов – 67,4% (13), причем основным возбудителем является грамположительная флора (93,3% случаев), ведущая роль в которой принадлежит *Staphylococcus haemolyticus* – 60% случаев. Микрофлора наиболее чувствительна к фторхинолонам (в частности, чувствительность к ципрофлоксацину составляет 88,9%). С полученными данными согласуются и результаты многолетнего мониторинга пациентов с хроническим простатитом – по данным диссертационной работы М.В. Нестеровой (2002 г.) (14), у пациентов с бактериальным простатитом (n = 259) грамположительная флора высевается в 98% случаев.

Другие работы клиники (3, 15) непосредственно посвящены рассматриваемой теме. В 1996 г. проведено исследование, в котором с помощью клинко-лабораторных методов обследовано 49 пациентов с ДГП и простатитом. В посеве секрета простаты в 93,9% случаев выявлены грамположительные микроорганизмы в диагностически значимом титре. К ципрофлоксацину отмечена наивысшая чувствительность – в 100% случаев. В исследовании клиники, проведенном в 2002 г., выполнялся посев биоптатов простаты 20 пациентов с ДГП в возрасте от 58 до 75 лет без клинко-лабораторных признаков активного простатита. Трансперинеальная мультифокальная биопсия простаты выполнялась в связи с повышенными значениями ПСА крови. Были получены следующие

Наиболее предпочтительными антибактериальными препаратами являются фторхинолоны, эффективность которых соответствует критериям доказательной медицины. Фторхинолоны, разрешенные для клинического применения с начала 80-х годов прошлого века (II поколение), отличаются широким спектром антимикробного действия, высокой бактерицидной активностью и хорошей фармакокинетикой, что позволяет применять их для лечения инфекций различной локализации.

КАМИРЕН® XL

таблетки с модифицированным
высвобождением, 4 мг

ДОКСАЗОДИН



Для простого лечения ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Состав: 1 таблетка с модифицированным высвобождением содержит 4 мг доксазодина в виде доксазодина мезилата. **Показания к применению:** Симптоматическое лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Артериальная гипертензия легкой или умеренной степени тяжести. **Способ применения и дозы:** Внутрь, 1 раз в сутки (утром или вечером) независимо от приема пищи, не разжевывая и запивая достаточным количеством воды. Обычно 1 таблетка (4 мг) в сутки. Максимально рекомендуемая суточная доза 2 таблетки (8 мг) в один прием. Препарат применяется длительно. Продолжительность лечения определяет лечащий врач. **Противопоказания:** Не следует назначать пациентам с повышенной чувствительностью к доксазодину и другим производным хиназолина или к другим компонентам препарата, в возрасте до 18 лет (эффективность и безопасность не установлена). С осторожностью применять при аортальном или митральном стенозе, у больных с нарушением функции печени и/или почек, ортостатической гипотензии. **Беременность и период лактации** Беременным можно назначать препарат только по жизненным показаниям, когда польза для матери превышает потенциальный риск для плода/ребенка. Безопасность препарата у грудных детей не установлена, поэтому кормящим матерям рекомендуется прекратить кормление в период лечения доксазодином. **Побочное действие:** Как и все альфа-адреноблокаторы, может вызывать ортостатическую гипотензию, особенно в начале лечения. Возможны аллергические реакции, расстройства ЖКТ. Редко сухость во рту, приапизм, гипотезия, парестезии, тремор, импотенция, бессонница, повышенная возбудимость, Гинекомастия. Лейкопения, пурпура, тромбоцитопения. Повышение активности «печеночных» ферментов, холестаза, гепатит, желтуха. Артралгия, мышечные судороги, слабость в мышцах, миалгия. Бронхоспазм, кашель, одышка, носовое кровотечение. Аллопеция. Нечеткость зрительного восприятия, шум в ушах. Дизурия, гематурия, нарушение мочеиспускания, никтурия, полиурия, недержание мочи. У больных артериальной гипертензией брадикардия, тахикардия, сердцебиение, боль в груди, стенокардия, инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения и

аритмия. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** Доксазодин усиливает гипотензивный эффект антигипертензивных средств. При одновременном применении с индукторами микросомального окисления в печени возможно повышение эффективности доксазодина, с ингибиторами – снижение. Нестероидные противовоспалительные препараты (особенно индометацин), эстрогены (задержка жидкости) и симпатомиметические средства могут снижать гипотензивное действие доксазодина. Устраняя альфа-адреностимулирующие эффекты эпинефрина, может приводить к тахикардии и артериальной гипотензии. **Особые указания:** Особую осторожность следует проявлять при назначении больным с нарушением функции печени. С целью предотвращения ортостатических реакций больные должны избегать неожиданных и резких смен положения тела. Прием алкоголя усиливает нежелательные реакции. Эффект «первого» приема препарата особенно выражен на фоне предшествующей диуретической терапии и диете с ограничением натрия. Перед началом терапии необходимо исключить раковое перерождение предстательной железы. Пациентам целесообразно воздерживаться от всех потенциально опасных видов деятельности, в частности от управления автотранспортом и другими транспортными средствами и механизмами. **Форма выпуска:** Таблетки с модифицированным высвобождением 4 мг. По 10 таблеток в блистере, 1, 3 или 9 блистеров в картонной пачке вместе с инструкцией по применению. **Условия отпуска из аптек:** По рецепту врача.

За более подробной информацией обращайтесь к производителю.

Представительство в РФ: 123022, г. Москва, ул. 2-я Звенигородская, д.13, стр. 41, эт. 5
Тел.: (495) 739 6600, факс: (495) 739 6601. E-mail: info@krka.ru www.krka.ru

Радуйся жизни!



результаты: рост флоры отмечен в 80% случаев (монокультура – 40%, 2-4-компонентные ассоциации микроорганизмов – 40%). Диагностически значимый титр встречался в 28% случаев. Грамположительная флора присутствовала в 60,7% биоптатов, грамотрицательная – в 25,1%. Рост анаэробной флоры (*Peptococcus spp.*) отмечен в 14,2% случаях. Чувствительность грамположительной флоры к ципрофлоксацину составила 90,9%.

Говоря о результатах многолетних исследований и наблюдений, проводимых клиникой, можно утверждать, что простатит у пациентов с ДГП имеет бактериальную природу и вызывается в подавляющем большинстве случаев грамположительной флорой.

ЛЕЧЕНИЕ

Спектр применяемых медикаментозных средств и инструментальных методов в лечении хронического простатита достаточно широк. Среди них можно выделить антибактериальные препараты, α -адреноблокаторы, массаж простаты, нестероидные противовоспалительные препараты, а также анальгетики и физиотерапевтическое лечение (16, 17). Однако нет единых рекомендаций в плане лечения воспаления железы при ее доброкачественной гиперплазии. По нашему мнению, рациональным медикаментозным лечением при сочетании этих двух заболеваний является назначение α -адреноблокаторов и антибактериальных препаратов. Это обуслов-

лено наличием общих звеньев патогенеза простатита и ДГП, основную роль в котором играет постоянное раздражение α -адренорецепторов и химически поддерживающееся воспаление железы. То есть антибактериальные препараты и α -адреноблокаторы имеют несомненный приоритет в консервативном лечении пациентов с ДГП и хроническим простатитом. Наиболее предпочтительными антибактериальными препаратами являются фторхинолоны, эффективность которых соответствует критериям доказательной медицины. Фторхинолоны, разрешенные для клинического применения с начала 80-х годов прошлого века (II поколение), отличаются широким спектром антимикробного действия, высокой бактерицидной активностью и хорошей фармакокинетикой, что позволяет применять их для лечения инфекций различной локализации. Известна их высокая тропность к тканям мочевой системы, в том числе – к ткани простаты. Наиболее распространенным и изученным фторхинолоном является ципрофлоксацин. Чувствительность грамположительной микрофлоры, являющейся этиологическим возбудителем воспалительного процесса у пациентов с ДГП, по нашим данным, основанным на вышеописанных исследованиях, составляет 90,9-100%.

Эффективность различных селективных α -адреноблокаторов в настоящее время признана практически одинаковой как в лечении ДГП, так и в лечении хронического про-

статита. Поэтому выбор конкретного препарата зависит от личных предпочтений уролога и экономических факторов.

С учетом вышесказанного, с ноября 2005 г. в урологической клинике МОНКИ для лечения ряда пациентов с ДГП и сопутствующим простатитом применяются препараты Ципринол (ципрофлоксацин) и Камирен (доксасозин) фирмы KRKA (Словения). Показаниями к назначению данных лекарственных средств являются:

- амбулаторное лечение простатита у пациентов с ДГП;
- предоперационная подготовка и послеоперационная антибактериальная терапия у пациентов после ТУРП.

В первом случае назначается комбинация препаратов Ципринол по 500 мг 2 раза в сутки и Камирен по 2-4 мг/сутки (после предварительного титрования дозы). Длительность лечения Ципринолом составляет от 2-х недель до 1 месяца. Минимальный срок приема Камирена – 1 месяц в дозе 2 мг/сутки. Помимо этих двух препаратов в курс лечения входят зубиотики и Флюконазол. По данной схеме пролечено более 60 пациентов. Обязательными методами обследования до и после лечения являлись микроскопия и посев секрета простаты.

Пациентам, поступившим в клинику на оперативное лечение, во время предоперационной подготовки, при выявлении признаков обострения простатита назначался Ципринол в дозировке 1000 мг/сутки. Посев секрета предстательной железы не выполнялся в связи с недостатком времени на проведение полноценного микробиологического исследования, а выбор данного антибактериального препарата обусловлен его эффективностью в лечении воспаления простаты при ее гиперплазии и широким спектром действия. Послеоперационная антибактериальная терапия Ципринолом проводилась после ТУРП с целью профилактики возможных послеоперационных воспалительных осложнений. Всего в

По нашему мнению, рациональным медикаментозным лечением при сочетании ДГП и хронического простатита является назначение α -адреноблокаторов и антибактериальных препаратов. Это обусловлено наличием общих звеньев патогенеза простатита и ДГП, основную роль в котором играет постоянное раздражение α -адренорецепторов и химически поддерживающееся воспаление железы. То есть антибактериальные препараты и α -адреноблокаторы имеют несомненный приоритет в консервативном лечении пациентов с ДГП и хроническим простатитом.

стационаре по данной схеме пролечено более 86 пациентов.

При наблюдении за больными, применявшими данную терапию, отмечена высокая клиническая эффективность этих препаратов, заключающаяся в уменьшении выраженности симптоматики у амбулаторных пациентов: уменьшение суммарного балла симптоматики по шкале IPSS на 44%, снижение дизурических явлений у 45% и снижение частоты ноктурии у 25% пациентов. Q_{max} увеличилось в среднем на 20%, количество остаточной мочи снизилось на 65%, также было отмечено уменьшение количества лейкоцитов в секрете простаты и титра микроорганизмов, по данным лабораторных исследований, у 76% пациентов. Можно отметить такие положительные качества препаратов, как удобство приема и невысокая стоимость. У пациентов, получавших Ципринол в стационаре, отмечена высокая эффективность терапии, сравнимая с терапией парентеральными препаратами, обычно применяемыми у данной

категории больных (цефалоспорины II и III поколений).

Выраженных осложнений при приеме Камирена не отмечалось ни в одном случае, а побочные эффекты (головокружение, слабость) были единичны, быстро проходили и не требовали отмены препарата – их частота составила 6,6% от всей группы наблюдавшихся больных. Подобные результаты, по нашему мнению, обусловлены жестким соблюдением «правила титрования». Рациональный курс лечения (терапевтические дозировки, небольшая длительность терапии) и применение препаратов, позволяющих уменьшить действие лекарства на флору кишечника, во многом определили отсутствие осложнений при приеме Ципринола.

ВЫВОДЫ

Хронический простатит встречается у подавляющего большинства пациентов с ДГП. Морфологические признаки воспаления имеют у 97-100% пациентов, при этом

активность процесса определяется у 39-52%.

Пациентам с ДГП в обязательном порядке необходимо проведение обследований, направленных на выявление сопутствующего воспаления простаты (микроскопическое исследование секрета простаты и микробиологическое исследование секрета простаты или эякулята).

Основная этиологическая роль в возникновении простатита при ДГП принадлежит грамположительной флоре, при этом ее чувствительность к ципрофлоксацину составляет 90,9-100%.

α -адреноблокаторы и антибактериальные препараты (фторхинолоны) можно считать препаратами первой линии при лечении пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и хроническим простатитом. Камирен (доксазонин) и Ципринол (ципрофлоксацин) обладают хорошей эффективностью и высокой безопасностью у данной категории пациентов. 

Список литературы:

- Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Под ред. Лопаткина Н.А. – М. – 1999. С. 216.
- Горилковский Л.М. Заболевания предстательной железы в пожилом возрасте. – М. – 1999. С.120.
- Аль-Сури Ахмад Диагностика и лечение хронического простатита при доброкачественной гиперплазии простаты. Диссертация на соискание ... канд. мед. наук. Москва, 1996. С. 95.
- Руководство по урологии. Под ред. Лопаткина Н.А., т. 3, С. 670.
- Трапезникова М.Ф., Казанцева И.А., Базаев В.В. и др. Патогенез и профилактика острой задержки мочи у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Альманах клинической медицины, том XI, Актуальные вопросы экстренной хирургии. – Москва, 2006 г. С.-141-144.
- Патрикеев А.А., Дюсюбаев А.В. Диагностика хронического простатита у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Материалы Пленума правления Российского общества урологов. – Саратов, 8-10 июня 2004 г. С. 144-145.
- Базаев В.В. Пути улучшения результатов лечения больных аденомой предстательной железы (доброкачественной гиперплазией простаты). Автореферат диссертации на соискание канд. мед. наук. Москва, 1992 г. С. 24.
- Олефир Ю.В., Дадашев Э.О., Касякин А.В. Воспалительный компонент инфравезикальной обструкции при доброкачественной гиперплазии простаты. Материалы Пленума правления Российского общества урологов. – Саратов, 8-10 июня 2004 г. С. 142.
- Трапезникова М.Ф., Базаев В.В., Уренков С.Б. Трансуретральная резекция под трансректальным ультразвуковым контролем у больных доброкачественной гиперплазией простаты, осложненной хроническим калькулезным простатитом. Пособие для врачей. – Москва, 2002 г. С. 8.
- Коган М.И., Сизякин Д.В., Сакулов С.В. и др. Анализ структуры и подходы к терапии хронического простатита. Материалы Пленума правления Российского общества урологов. / Саратов, 8-10 июня 2004 г. С. 64-65.
- Пушкарь Д.Ю. Лечение хронического бактериального простатита. Материалы Пленума правления Российского общества урологов. Саратов, 8-10 июня 2004 г. С. 289-314.
- Urinary and mail genital tract infections. – EAU Guidelines. – 2006 edition.
- Трапезникова М.Ф., А.П. Морозов, Дутов В.В. и др. Открытое рандомизированное сравнительное исследование эффективности и безопасности селективного альфа-адреноблокатора Сетегис (теразозин) в лечении больных хроническим бактериальным простатитом. Урология № 2, 2007 г. С. 33-37.
- Нестерова М.В. Микробиологические аспекты хронического бактериального простатита. Автореферат диссертации на соискание канд. мед. наук. // Москва, 2002 г. С. 22.
- Трапезникова М.Ф., Савицкая К.И., Нестерова М.В., Уренков С.Б. Анализ возбудителей хронического бактериального простатита, выделенных из биоптатов предстательной железы. Материалы Пленума правления Российского общества урологов. / Саратов, 8-10 июня 2004 г. С. 367-368.
- J.C. Nickel/Urology. – 1999. – V. 54. – № 2. – P. 229-283.
- Пушкарь Д.Ю. Лечение хронического бактериального простатита. Материалы Пленума правления Российского общества урологов. – Саратов, 8-10 июня 2004 г. Стр. 289-314.
- Перепанова Т.С. «Медикаментозная терапия доброкачественной гиперплазии предстательной железы с позиций доказательной медицины и фармакоэкономики». www.consilium.medicum.ru/media/consilium/01_07/316.shtml.
- Taube M. et al., 1989 Trial without catheter following acute retention of urine// Br.J. Urol.- 1989.-Feb; 63(2): 180-2
- Thomas K., Chow K., Kirby R. Acute Urinary Retention: a review of the aetiology and management. // Prostate Cancer and Prostatic Diseases – 2004. – Vol. 7. – № 1. – P. 32-37.
- Kefi A., Koseoglu H., Celebi I. et al. Relation of high PSA accompanying acute urinary retention with prostatitis. – Abstracts from the XIXth Congress of the EAU. March, 24-27, 2004. Vienna, Austria. P.144.