

Комплексне терапевтичне та психологічне лікування чоловіків із хронічними запальними захворюваннями сечостатевої системи

Гусейнов Ельнур Фаман огли

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті показано, що запропонований нами спосіб комплексного лікування хворих із включенням в індивідуально підібрану комбіновану схему медикаментозної терапії психокорекційних тренінгових заходів дозволило досягти більш швидкого одужання.

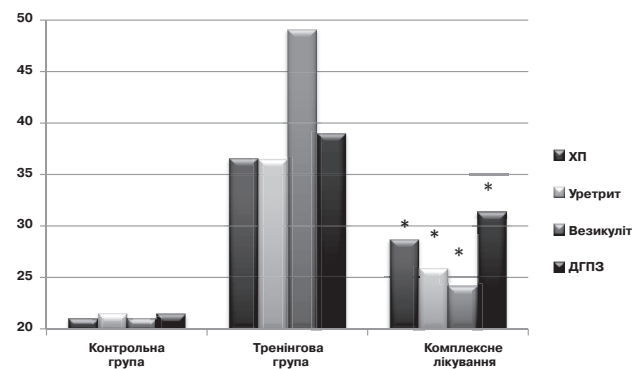
Ключові слова: хронічні запальні захворювання чоловічих статевих органів, лікування, психокорекція.

Результати поглибленого аналізу проблеми лікування чоловіків із хронічними запальними захворюваннями сечостатевої системи (ХЗСС) свідчать, що фахівці недостатньо уваги приділяють ролі психологічних чинників у механізмах розвитку і лікуванні сексуальних розладів, але це жодним чином не зменшує значення впливу чинників запальних та органічних змін, що розвиваються в тканинах передміхурової залози та сечівника, які можуть стати тригерами поглиблення еректильної дисфункції (ЕД). Усі патогенетичні ланки розвитку захворювання та його ускладнень формують умовне коло взаємозалежних порушень, що призводить до хронічної сексуальної дезадаптації, яка не обмежується лише ЕД. Щоб своєчасно надати максимально ефективну терапію хворим необхідно ретельно враховувати та впливати на всі терапевтичні мішені захворювання. Концепція комплексного лікування ХЗСС, що розробляється протягом останніх років, полягає у безумовному визнанні важливої ролі запальних, органічних, гемодинамічних та психологічних порушень у патогенезі хронізації запального процесу органів статевої системи чоловіків та формуванні недостатності їхньої еректильної функції, що є найважливішим компонентом якості життя чоловіків та їхніх дружин у цілому. Суть запропонованого нами на підставі даної концепції модифікованого лікувального підходу полягає у проведенні тривалої психологічної корекції психічного стану хворих протягом базового періоду курсового призначення їм комбінованої фармакотерапії. Уже доведено суттєві переваги застосування комбінованого індивідуального лікування хворих препаратами різних фармакологічних груп та важливу роль активної участі хворих у роботі тренінгових груп. Проте комплексного підходу, що включав би спільне використання обох підходів, раніше в практиці не використовували, що свідчить про безперечну актуальність та новизну такого підходу. У процесі лікування хворих додатково проводили аналіз показників психологічного стану. При цьому досліджували пацієнтів, що були залучені до участі у психокорекційних тренінгах (тренінгова група), та у групу із комплексним лікуванням з використанням психологічного тренінгу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

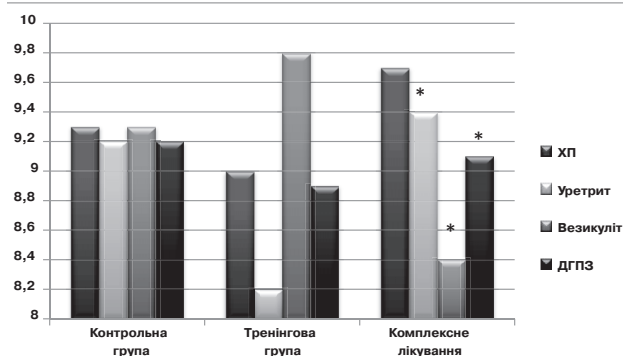
Для більш детального дослідження вибрали 234 хворих. Усі хворі були розділені на групи відповідно до нозології захворювання. Найбільш чисельну групу хворих склали чо-

ловіки із хронічним простатитом (ХП) – 112 (47,9%) пацієнтів, майже чверть із загальної кількості склали хворі із уретритом – 58 (24,7%) пацієнтів, а група хворих із везикулітом та доброякісною гіперплазією передміхурової залози (ДГПЗ) були відповідно набагато менші – 39 (16,7%) та 25 (10,7%). Слід зазначити, що головними клінічними проявами соматичної хвороби у досліджених нами чоловіків були: синдром хронічного тазового болю, ослаблена сексуальна активність, тривала ЕД, часті гнійні виділення із сечівника. Об'єктивно у всіх хворих ці прояви були різного ступеня важкості та з різними порушеннями стану консистенції передміхурової залози при ХП та ДГПЗ.



Мал. 1. Особливості впливу різних типів лікування на показник особистісної тривожності хворих із ХЗСС:

* – достовірно по відношенню до відповідного показника у різних груп хворих, що проходили лікування лише використовуючи вплив психокорективного тренінгу ($p < 0,05$)



Мал. 2. Корекція стану напруженості хворих із ХЗСС при використанні обох досліджувальних типів лікування:

* – достовірно по відношенню до показників хворих, що зазнавали впливу лише психокорективного тренінгу ($p < 0,05$)

Порівняльний аналіз показників тривожності (за шкалою Спілбергера, 1970) у пацієнтів із ХЗЗСС після використання психокорекційних заходів

Захворювання	Групи	Особистісна тривожність	%	Ситуативна тривожність	%
ХП	ТГ	36,6±2,2	100,0±0,0	40,3±3,3	100,0±0,0
	КЛ	28,7±1,7*	78,3±4,8	29,7±2,1*	73,8±5,9
Хронічний уретрит	ТГ	36,5±2,2	100,0±0,0	41,5±2,6	100,0±0,0
	КЛ	25,9±2,2*	70,8±3,9	33,8±1,5*	81,4±5,1
ДГПЗ	ТГ	39,0±3,5	100,0±0,0	44,4±5,3	100,0±0,0
	КЛ	24,2±1,6*	62,0±4,6	29,5±1,9*	66,1±3,9
Хронічний везикуліт	ТГ	49,1±2,7	100,0±0,0	47,4±2,4	100,0±0,0
	КЛ	31,4±1,7*	63,9±5,1	30,7±1,7*	64,6±4,7

Примітки: ТГ – тренінгова група до комплексного лікування; КЛ – група хворих після комплексного лікування;

* – достовірно по відношенню до показників у хворих, що зазнали впливу психокорективного тренінгу (p<0,05).

Особливості змін психоемоційних порушень, що спостерігаються у хворих із ХЗЗСС після використання системних тренінгових психокорекційних заходів разом із медикаментозною терапією

Групи хворих		Емоційний тонус	%	Інтерес, зацікавленість	%	Психічна активація	%	Комфортність	%	Напруження	%
Контрольна група		9,7±0,4	100,0±0,0	9,0±0,6	100,0±0,0	8,8±0,4	100,0±0,0	9,1±0,5	100,0±0,0	9,3±0,5	100,0±0,0
ХП	ТГ	8,7±0,6	100,0±0,0	8,5±0,8	100,0±0,0	9,7±0,7	100,0±0,0	8,4±0,8	100,0±0,0	9,0±0,6	100,0±0,0
	КЛ	9,6±0,4	110,3±3,4	9,1±0,4	95,7±4,5	8,7±0,4	89,7±9,3	9,6±0,5*	114,2±2,9*	9,7±0,6	107,7±7,2
Хронічний уретрит	ТГ	8,9±0,4	100,0±0,0	8,2±0,9	100,0±0,0	8,2±0,9	100,0±0,0	8,2±0,7	100,0±0,0	8,2±0,6	100,0±0,0
	КЛ	9,3±0,5	104,4±4,3	9,6±0,5	104,3±3,0	8,4±0,4	102,4±6,4	9,4±0,4*	114,6±5,1*	9,4±0,4*	114,6±4,1*
ДГПЗ	ТГ	8,9±0,6	100,0±0,0	8,4±0,7	100,0±0,0	8,9±0,5	100,0±0,0	8,7±0,6	100,0±0,0	8,9±0,4	100,0±0,0
	КЛ	9,9±0,6	111,2±9,5	9,4±0,6	100,0±0,1	8,6±0,5	96,6±6,9	8,9±0,6	102,3±3,7	8,4±0,2*	94,4±3,1*
Хронічний везикуліт	ТГ	12,0±0,5	100,0±0,0	8,2±0,5	100,0±0,0	8,0±0,5	100,0±0,0	8,0±0,2	100,0±0,0	9,8±0,3	100,0±0,0
	КЛ	10,0±0,4*	83,3±3,6*	9,2±0,5*	112,1±3,7*	8,7±0,4	108,7±6,1	8,7±0,4*	108,7±2,1*	9,1±0,3*	92,8±2,2*

Примітки: ТГ – тренінгова група до комплексного лікування; КЛ – група хворих після комплексного лікування; * – достовірно по відношенню до показників хворих, що зазнавали впливу тільки психокорективного тренінгу; ** – достовірно по відношенню до показників контрольної групи (p<0,05)

У хворих також оцінювали ситуативну та особистісну тривожність за шкалою Спілбергера (1970), психічний стан особистості хворого за методикою М. Курганського, дослідження вольової саморегуляції за методикою А.В. Зверкової та Е.В. Ейдмана [1], використовуючи відповідні психологічні методики.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз показників самооцінки ситуативної та особистісної тривожності хворих дозволив встановити, що проведення психокорекційних тренінгів в групі пацієнтів під час курсового призначення комбінованої фармакотерапії

ХЗЗСС супроводжується зниженням стресогенної тривожності у чоловіків, відзначається поліпшенням та більш сприятливе ставлення самих хворих до запропонованого лікарем індивідуалізованого лікування хронічних захворювань, що сприяє більш ефективному та прискореному завершенню курсу лікування щодо досягнення бажаного терапевтичного результату. При цьому достовірно зменшувались показники особистісної і ситуативної тривожності у групі хворих після застосування комплексного лікування (мал. 1, табл. 1). Найбільш значущі зміни показника тривожності в досліджуваній групі хворих протягом лікування були отримані серед пацієнтів із ДГПЗ та хронічним везикулітом, що в середньому зменшувались на 35%.

Таблиця 3

Аналіз змін окремих вольових характеристик (за методикою Зверкової А.В., Ейдмана Е.В., 1990) у хворих після використання терапевтичних та психокорекційних заходів

Хвороба	Групи хворих	Наполегливість	%	Самоволодіння	%
ХП	Контрольна група	11,1±0,6	100,0±0,0	9,9±0,4	100,0±0,0
	Тренінгова група	10,4±0,8	100,0±0,0	10,4±1,1	100,0±0,0
	Комплексне лікування	11,5±0,5	110,5±5,8	11,5±0,9	110,5±9,2
Хронічний уретрит	Тренінгова група	11,5±0,9	100,0±0,0	10,0±1,2	100,0±0,0
	Комплексне лікування	12,1±0,5	105,2±8,7	12,0±0,5*	120,1±4,1*
ДГПЗ	Тренінгова група	11,2±0,9	100,0±0,0	11,5±1,6	100,0±0,0
	Комплексне лікування	12,5±0,7	111,6±5,6	12,7±0,9	110,4±7,1
Хронічний везикуліт	Тренінгова група	8,4±0,5	100,0±0,0	9,0±0,3	100,0±0,0
	Комплексне лікування	10,8±0,5*	128,5±5,4*	11,4±0,5*	126,6±3,1*

Примітки: * – достовірно по відношенню до показників хворих, що проходили лише психокорективний тренінг;
* – достовірно по відношенню до контрольної групи (p<0,05).

Таблиця 4

Сумарний показник психоемоційних розладів та їхня корекція у хворих із ХЗЗСС при різних варіантах лікування (Курганський М., Спілбергер С., 1970)

Хвороба	До застосування психотренінгу (контроль), п (%)	Після застосування психотренінгу, п (%)	Після використання комплексного лікування, п (%)
ХП	141,4 (100)	121,2 (85,7)	105,4 (74,5)
Хронічний уретрит	138,5 (100)	119,7 (86,4)	106,0 (76,5)
ДГПЗ	137,7 (100)	127,2 (92,3)	97,7 (70,9)
Хронічний везикуліт	151,5 (100)	142,5 (94,0)	108,0 (75,8)
Середній показник	142,2 (100)	127,6 (89,6)	104,2 (74,4)

Таблиця 5

Сумарний показник вольових розладів та їхня корекція у хворих із ХЗЗСС при різних формах лікування (Зверкова А.В., Ейдман Е.В., 1990)

Хвороба	До застосування психотренінгу (контроль), п (%)	Після застосування психотренінгу, п (%)	Після використання комплексного лікування, п (%)
ХП	16,1 (100)	20,8 (129,1)	23,1 (143,4)
Хронічний уретрит	17,1 (100)	21,5 (125,7)	24,1 (140,9)
ДГПЗ	16,0 (100)	22,7 (141,8)	25,2 (157,5)
Хронічний везикуліт	15,6 (100)	17,4 (111,5)	22,2 (142,3)
Середній показник	16,2 (100)	20,6 (127,1)	23,6 (146,0)

Під час порівняльного дослідження психоемоційних параметрів особистості було встановлено, що й після використання факторів, які склали комплексне лікування, навіть на тлі досягнутих добрих або достатньо високих результатів лікування отримати повної нормалізації психологічного стану у пацієнтів не вдалося.

При цьому показники психічної активації у пацієнтів усіх нозологічних груп достовірно не змінилися, однак спостерігалась тенденція до зниження ступеня цих порушень при ХП. Найбільш суттєві зміни були досягнуті стосовно емоційних розладів, при цьому відзначена нормалізація показників напруженості. Наприклад, достовірна нормалізація показника психічної напруженості спостерігалась у хворих на хронічний уретрит, ДГПЗ та хронічний везикуліт (мал. 2). Стан комформності у пацієнтів, крім тих осіб, що страждали на ДГПЗ, достовірно збільшувався відповідно на 14,2±2,9%, 14,6±5,1% і 8,7±2,1% (p<0,05).

Особливо важливим, на нашу думку, було дослідження психологічного стану та зміни емоційного тону, що харак-

теризують поточний психоемоційний стан особистості у відповідь на комплексне лікування ХЗЗСС у пацієнтів різних груп. У процесі дослідження встановлено, що емоційний тонус хворих, які страждають на хронічний везикуліт, достовірно знижувався в середньому до 83,3±3,6% від показника у хворих з тренінгової групи, тобто без застосування супутньої комбінованої фармакотерапії. При цьому у всіх хворих з іншими хронічними захворюваннями достовірних змін досліджуваного параметра встановлено не було, що свідчить про складні взаємовідносини та взаємозалежний вплив самого нозологічного захворювання із психоемоційним станом хворих чоловіків (табл. 2).

Під час вивчення змін показників психологічних обстежень і в першу чергу аналіз динаміки вольової складової наполегливості та самоволодіння вищої нервової діяльності людини (Зверкова А.В., Ейдман Е.В., 1990) також виявлено певну нормалізацію психічного стану хворих (мал. 3). Зазначені вольові характеристики особистості у хворих після завершення курсу тренінгової роботи на тлі призначення

комбінованої фармакотерапії характеризуються вираженими позитивними змінами. При цьому не у всіх пацієнтів різних груп вдалося досягти виражених, тобто достовірних змін. Про це свідчить покращання психоемоційного стану, зростання оптимістичності намірів хворих та комплексу вольових ознак особистості переважно в осіб із хронічними уретритом або везикулітом (табл. 3). Достовірне підвищення показника самоволодіння хворих зазначених груп зростало відповідно на $20,1 \pm 4,1\%$ та $26,6 \pm 3,1\%$ ($p < 0,05$), в той час як у хворих із іншою нозологією відповідні показники зростали несуттєво.

Під впливом комплексного лікування пацієнтів такий психоемоційний параметр особистості, як наполегливість, достовірно зріс майже не третину ($28,5 \pm 5,4\%$) у хворих із хронічним везикулітом, в той час, як у хворих інших нозологічних груп відзначено лише тенденцію до подібних змін (табл. 3).

Таким чином, після доповнення запропонованої індивідуалізованої схеми комбінованої фармакотерапії ХЗЗСС комплексом психологічних корекційних заходів у обстежених нами хворих відбулися певні зміни. Вони стали більш лояльно та активно ставитися та сприяти лікуванню, йшли на компроміс із лікарем, виказували особистісну зацікавленість в досягненні ефективного лікування. При цьому спостерігалось різке зменшення кількості епізодів депресії та апатії протягом усього періоду лікування. Якісні показники, що характеризують зниження психоемоційної сфери особистості, корелювали зі зміною показників, що характеризують вольові характеристики особистості, про що свідчили результати, наведені в табл. 4 та 5.

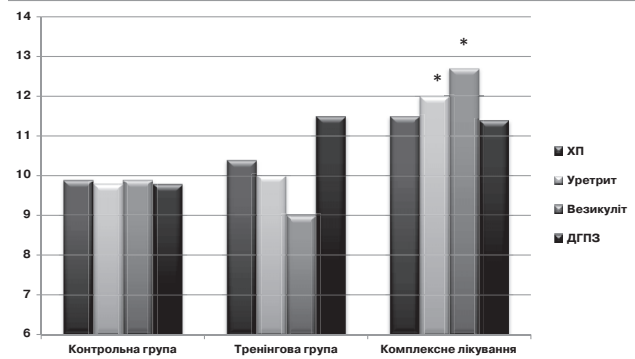
Вище зазначалось, що психоемоційні розлади протягом періоду комплексного лікування хворих суттєво зменшуються в порівнянні із відповідними результатами у хворих до початку тренінгової роботи, і навіть після проведення психокорекційних заходів роботи на тлі використання традиційного медикаментозного лікування. Установлено, що вольові характеристики обстежених нами хворих суттєво покращувались, що знайшло своє відображення у зростанні активності участі пацієнтів у співпраці із лікарем під час проведення лікування, покращання соціальної адаптації та комунікативної активності пацієнтів. Отримані результати в динаміці наведені на мал. 4 і в табл. 6.

Наведені результати та їхній аналіз свідчать, що при проведенні комплексного лікування в осіб із вираженими тривовжно-депресивними розладами при хронічних уретриті та везикуліті дозволило суттєво покращити результати лікування хворих, чого раніше не вдавалось досягти на тлі застосування базисного, тобто традиційного для фахівців, лікування.

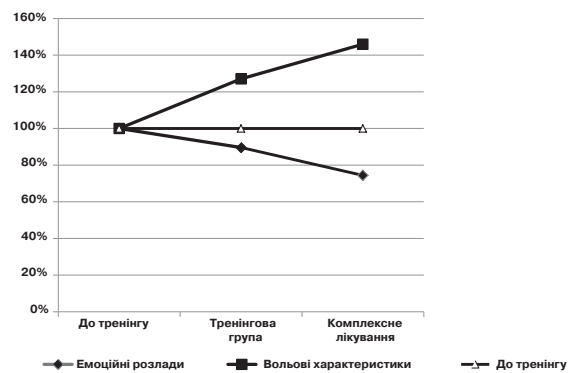
З метою поглибленого аналізу результатів ефективності запропонованого комплексного лікування хворих із ХЗЗСС ми звернули увагу на особливості корекції клінічних симптомів запальних захворювань протягом усього курсу лікування хворих із ХЗЗСС чоловіків.

Головними клінічними симптомами ХЗЗСС у хворих чоловіків, що спостерігалися до початку лікування, є синдром хронічного тазового болю, ослаблена сексуальна активність, довготривала ЕД, часті гнійні виділення із сечостатевого каналу. Різний ступінь важкості проявів еректильної дисфункції було діагностовано у хворих із хронічними запальними процесами і ДГПЗ. При комплексному ліванні досягнуто суттєвого зменшення вираженості алгічного синдрому, прояви якого були відзначені у $24,0\%$ хворих.

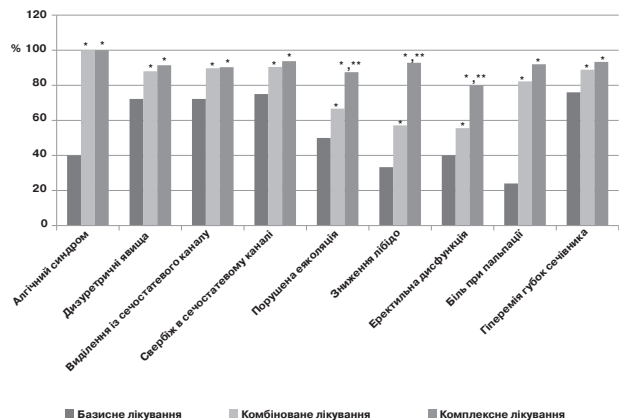
Інші клінічні прояви та симптоми цих захворювань (тривала слабкість, зниження працездатності, порушення сну, дратівливість) спостерігали у 12% хворих із хронічним везикулітом і у 10% хворих із ДГПЗ, ХП та уретритом. У $20,0\%$ осіб, що отримали відповідне етіопатогенетичне обґрунтова-



Мал. 3. Зміни показника самоволодіння у хворих при ХП, уретриті та везикуліті, ДГПЗ: * – достовірно по відношенню до показників у хворих, що зазнавали впливу тільки психокорективного тренінгу ($p < 0,05$)



Мал. 4. Особливості прояву психічних розладів та вольові характеристики у хворих після проведення тренінгу на тлі використання традиційного лікування і після використання у хворих на ХЗЗСС комплексної терапії



Мал. 5. Ефективність комбінованого і комплексного лікування у хворих із ХЗЗСС, %

Примітки: * – достовірно до показника групи базисного лікування; ** – достовірно до показника групи комплексного лікування

не лікування, вдалося ліквідувати біль під час пальпації передміхурової залози, а у $12,0\%$ обстежених спостерігалась нормалізація структури залози, про що свідчили об'єктивні дані УЗД. У процесі лікування загальний стан хворих усіх груп свідчив про часткове або суттєве покращання (відновлення) сексуальної активності та сексуального потягу. При цьому відновлення функції еякуляції та ерекції в порівнянні із хворими, яким проводили комбіноване лікування, вдалось

досягти у 66,6%, підвищення лібідо – у 57,1% чоловіків, в той час як у пацієнтів, котрі отримували комплексне лікування ХЗСС, ці показники склали 87,5% і 92,8% ($p < 0,05$) (мал. 5). Отримані результати свідчать, що застосування психокорекційних тренінгових заходів у хворих із сексуальними розладами на тлі перебігу ХЗСС дає можливість позитивно вплинути не лише на розвиток органічних порушень, але і на психічні чинники відповідних захворювань.

Таким чином, при комплексному лікуванні ХЗСС їхня клінічна картина суттєво змінювалась. Зниження або нівелювання інтенсивності патологічної симптоматики (проявів алгічного синдрому, набряку тканини передміхурової залози, виділень із сечостатевого каналу та сечівника, відчуття свербіжів та печіння, гіперемії губок сечівника) спостерігалось протягом першого тижня лікування у понад 86% обстежених (46 хворих) дослідних груп.

ХЗСС характеризується поліетіологічністю і складністю патогенезу, значною поширеністю, тривалим перебігом, тяжким характером основних клінічних проявів у чоловіків. Усе це зумовлює часті звертання пацієнтів за допомогою до фахівців. Останнім часом сформувався уявлення, що ХЗСС у чоловіків є не лише медичною, але й важливою соціальною проблемою, однією із найважливіших і складних проблем сучасної урології. Це вимагає від фахівців постійного вивчення їхнього перебігу, розвитку ускладнень, пошуку нових варіантів лікування. У зв'язку з цим вивчення ефективності застосування фармакологічних препаратів різних груп залишається перспективним науково-медичним напрямком в урології, дозволяє вдосконалити надання спеціалізованої фахової допомоги зазначеній категорії хворих.

Сучасне розуміння поглиблення всього комплексу особистісних порушень, що розвиваються при ЕД на тлі запального процесу, включає в себе вивчення змін в тканинах органів статевої системи інфекційного походження, для яких характерне структурне ураження клітинних елементів паренхіми та інтерстиційної тканини, що супроводжується певними аутоімунними порушеннями та супутніми розладами нейроендокринної регуляції [2]. Провідну роль у розвит-

ку ХП відіграють порушення кровотоку в тканині передміхурової залози та звільнення ацинусів від секрету. При цьому розвиток інфекційного процесу може спричинити перехід конгестивної форми простатиту в інфекційну [3]. Корекція психологічних аспектів і чинників, що супроводжують порушення ерекції, на сьогоднішній день не набули широкого застосування. Як відомо, сексуальні розлади у хворих на ХП, наприклад, зустрічаються у 50–60% хворих [4]. Понад 43% хворих на ХП постійно скаржаться на ЕД [5], а 24% з них – на зниження лібідо [5]. У цих хворих, окрім болю, дизурії, зниження ерекції, розладів еякуляції, спостерігається розвиток супутньої соматичної патології. Ці порушення підтримують психологічний дистрес і самі по собі є психотравмою, що загострює перебіг захворювання і погіршує процес лікування хворих.

Вони суттєво погіршують психічний стан пацієнта і в окремих випадках стають причиною розвитку неврастенії, депресії, астенії хворих, їхнього емоційного виснаження та розвитку астеноневротичного синдрому, спостерігається зниження працездатності та соціальна дезадаптація хворих, при цьому емоційна нестабільність інколи викликає суїцидні нав'язливі думки [6].

ВИСНОВОК

Запропонований нами спосіб комплексного лікування хворих із включенням в індивідуально підібрану комбіновану схему медикаментозної терапії психокорекційних тренінгових заходів дозволило досягти більш швидкого одужання, про що свідчили результати суб'єктивного та об'єктивного обстежень. Хворі зазначали покращання самопочуття, повноцінну нормалізацію сексуальної функції та власного психологічного стану, який об'єктивно оцінювали за окремими стандартизованими шкалами. Комплексний підхід дозволив ефективно та безпечно відкоригувати психологічний стан хворих із ХЗСС, що позитивно вплинуло на результати комбінованого лікування в стаціонарі і у віддалений період та за умов проведення спостереження шляхом диспансерного контролю.

Комплексное терапевтическое и психологическое лечение мужчин с хроническими воспалительными заболеваниями мочеполовой системы Гусейнов Эльнур Фаман Оглы

В статье показано, что предложенный нами способ комплексного лечения больных с включением в индивидуально подобранную комбинированную схему медикаментозной терапии психокоррекционных тренинговых способов позволило достичь более быстрого выздоровления.

Ключевые слова: хронические воспалительные заболевания мужских половых органов, лечение, психокоррекция.

Therapeutic and psychological treatment of men with chronic inflammatory diseases of urinary system Huseinov Elnour Faman Ogly

The article shows that the method we have proposed a complex treatment of patients with individually selected combination scheme of medicine therapy of psychological training methods have made it possible to reach more than a quick recovery.

Key words: chronic inflammatory diseases of male genital organs, treatment, psychological support.

Сведения об авторе

Гусейнов Эльнур Фаман Оглы – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Литвинець Є.А. Клінічно-патогенетичні особливості механізмів розвитку та прогресування хронічного простатиту, обґрунтування раціональної тактики лікування хворих // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.06. Урологія. – Київ, 2010. – 32 с.
- Гурженко Ю.Н. Использование суппозитория Виталпрост в комплекс-

- ном лечении больных хроническим неспецифическим простатитом / Ю.Н. Гурженко // Здоровье мужчины. – 2005. – № 1. – С. 46–50.
- Люлько О.В. Застосування ПростаНорму в комплексному лікуванні хворих на хронічний простатит, ускладнений копулятивною дисфункцією / О.В. Люлько, В.П. Стусь // Здоровье

- мужчины. – 2005. – № 1. – С. 104–106.
- Возіанов О.Ф. Вплив хронічного запального процесу передміхурової залози та сечівника на симптоми нижніх сечових шляхів у хворих із доброякісною гіперплазією передміхурової залози / О.Ф. Возіанов, С.П. Пасечніков, В.С. Грицай // Здоровье мужчины. – 2008. – № 2. – С. 176–179.

- Щеплев П.А. Хронический простатит / синдром хронической тазовой боли / П.А. Щеплев, Ю.Я. Кузнецкий // Андрология и генитальная хирургия. – 2004. – № 1–2. – С. 23–30
- Щеплев П.А., Страчунский Л.С., Рафальский В.В. и др. Простатит. – М.: ИД Медпрактика. – М., 2005. – 224 с.

Статья поступила в редакцию 05.12.2013