

Bibliografie

1. BENT S., KANE C., SHINOHARA K. et al. Saw palmetto for benign prostatic hyperplasia. *N.Engl.J.Med.* 2006; 354: 557-566.
2. DEBRUYNE F. et al. Comparison of phytotherapeutic agent (Permixon) with an alpha-blocker (Tamsulosin) in the treatment of benign prostatic hyperplasia: a 1-year randomized international study. *Eur. Urol.* 2002; 41 (5): 497-506; discus.: 506-507.
3. DJAVAN B., FONG Y. et al. Progression delay in men with mild symptoms of bladder outlet obstruction: a comparative study of phytotherapy and watchful waiting. *Wld J.Urol.* 2005; 23 (4): 253-256.
4. EMBERTON M, ANDRIOLE GL, DE LA ROSETTE JET AL. Bph. A progressive disease of the ageing male. *Urology* 2003; 61: 267– 273
5. FONG Y. *Curr. Opin.Urol.* 2005; 15 (1): 45-48.
6. Guidelines on benign prostatic hyperplasia / de la Rosette J., Alivizatos G., Madersbacher S. et al. *European Association of Urology*, 2011.
7. HUTCHISON A., FARMER R., VERHAMME K. et al. The efficacy of drugs for the treatment of LUTS/BPH, a study in 6 European countries. *Eur.Urol.* 2007; 51: 207-215.
8. LEVIN R.M. et al. A scientific basis for the therapeutic effects of *Pygeum africanum* and *Serenoa repens*. *Urol.Res.* 2000; 28 (3): 201-209.
9. LOWE F.C., KU J.C. Phytotherapy in treatment of benign prostatic hyperplasia: a critical review. *Urology.* 1996; 48: 12-20.
10. MCCONNELL J.D., BARRY M.J., BRUSKEWITZ R.C. Benign prostatic hyperplasia: diagnosis and treatment. Agency for Health Care Policy and Research. *Clin. Pract. Guidel. Quick. Ref. Guide. Clin.* 1994; 8: 1-17.
11. ROEHRBORN C.G. et al. Focus on lower urinary tract symptoms: Nomenclature, diagnosis, and treatment options. Highlights from the 5-th International consultation on benign prostatic hyperplasia. June 25-27, 2000, Paris, France. *Rev.Urol.* 2001; 3(3): 139-145.
12. SCHLEICH S., PAPAIOANNOU M., BANIAHMAD A., MATUSCH R. Extracts from *Pygeum africanum* and other ethnobotanical species with antiandrogenic activity. *Planta Med.* 2006; 72 (9): 807-813.
13. SPEAKMAN M.J., KIRBY R.S., JOYCE A. Et al. Guideline for the primary care management of male lower urinary tract symptoms. *Br.J.Urol.Int.* 2004; 93 (7): 985-990.
14. TĂNASE A., *Urologie și Nefrologie Chirurgicală. Curs de prelegeri. Chșinău, centrul Editorial-Poligrafic Medicina, 2005, Cap.XIV Adenomul și cancerul de prostată CONF.V. GHICĂVIÎ, p.139-153.*
15. АЛЯЕВ Ю.Г., АПОЛИХИН О.И., МАЗО Е.Б., и др. Эффективность и безопасность Простамол Уно при лечении больных с начальными проявлениями аденомы предстательной железы и риском прогрессирования: 2 года исследования. *Урология* 2009, №4:36-40.
16. АЛЯЕВ Ю.Г., ВИАРОВ А.З., ЛОКШИН К.Л., и др. Эффективность и безопасность простамол Уно у больных хроническим абактериальным простатитом. *Урология* 2006; 1:47-50.
17. АПОЛИХИН О.И., СИВКОВ А.В., БЕШЛИЕВ Д.А., АБДУЛЛИН И.И.. Современные возможности медикаментозного лечения аденомы предстательной железы. *Москва, Медицина, Урология, 2010, №2:54-59*
18. БОРОЯН Р.Р.. Основной фактор роста фибробластов в прогнозировании эффективности медикаментозного лечения больных аденомой предстательной железы. *Москва, Медицина, Урология, 2008, №6:49-52*
19. ВИАРОВ А.З., АЛЯЕВ Ю.Г., ЛОКШИН К.Л., и др. О безопасности длительного непрерывного (более 1 года) приема экстракта *Serenoa Repens* (Пальмы Сабаль) у больных аденомой предстательной железы. *Урология* 2009; №1:84-87.
20. ТРАПЕЗНИКОВА М.Ф., ДУТОВ В.В., ДОЛГОВ А.Г., УРЕНКОВ С.Б. Простамол – Уно в лечении пациентов с аденомой предстательной железы и хроническим неинфекционным простатитом. *Урология, 2008, №5:39-42.*
21. ТРАПЕЗНИКОВА М.Ф., ДУТОВ В.В., ДОЛГОВ А.Г. Применение препарата Простамол Уно в лечении пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты и хроническим простатитом. *Врач.состояние* 2007;3:42-43.

ASPECTE CONTEMPORANE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT A PROSTATIEI CRONICE

THE CONTEMPORARY ASPECTS ON DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC PROSTATITIS

Ion Dumbraveanu

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală USMF "N. Testemițanu"

Summary

Chronic prostatitis is ranked first among the inflammatory diseases of the male urogenital tract, and the third most important disease of the prostate, after benign hyperplasia and cancer. The aim of the work is to study contemporary methods of diagnosis and treatment of chronic prostatitis. The classification of disease proposed by the National Public Health Institute from U.S.A is presented, and diagnostic methods, such as imaging and microbiological are highlighted. It is stressed the importance of a complex treatment with long time antibiotics, alpha adrenergic blockers, local complementary therapy and physiotherapy treatment.

Introducere

Diagnosticul și tratamentul prostatitei cronice rămâne o temă mereu actuală atât pentru medici, cât și pentru bărbații cu vârsta între 20 și 60 de ani. Prostatita cronică se situează pe primul loc printre bolile inflamatorii ale tractului uro-genital masculin, și constituie a treia ca importanță boală a prostatei, după hiperplazia benignă și cancer. Incidența prostatitei cronice variază de la 5-10% în SUA, până la 30-70% în țările europene sau Rusia. În circa 7-30% cazuri boala se complică, sau se asociază cu veziculită, epididimită, infertilitate. Fiecare la doilea bărbat, la un moment oarecare al vieții sale, se va confrunta cu probleme cauzate de inflamația prostatei. (9,10,18) În același timp prostatita cronică adeseori este nejustificat corelată cu disfuncția erectilă, iar pacientul este insuficient investigat, fiind din start etichetat cu sentința medicală "pacient prostatic".

Prostata ca organ a fost descrisă pentru prima dată de către Herophilus în anul 350 î.Hr., și în traducere directă din greaca înseamnă cel care stă înainte. Este o glandă situată în spațiul pelvi-subperitoneal, inferior de vezica urinară, dezvoltată în jurul porțiunii inițiale a uretrei. La bărbatul adult are circa 3 cm în sens vertical, 3,5 cm transversal, 2,5 cm sagital și o greutate de 20-25 grame. La nou născut prostata are o formă sferică. La adult se compară cu o castană ușor turtită antero-posterior, sau cu un con ușor recurbat înainte. Secretul prostatei este bogat în fosfataze acide, acid citric, zinc, enzime (fibrinogenaza, fibrinoliza, veziculaza) și are o reacție slab alcalină cu un rol important pentru fluidificarea ejaculatului și motilitatea spermatozoizilor. În același timp prostata este un organ hormonal și hormonodependent, unde testosteronul produs de către testicule se transformă în metabolitul sau mult mai activ dihidrotestosteronul.

Inflamația prostatei a fost descrisă ca forma nozologică aparte de către Belfield în 1800, în 1815 Legneau a publicat observațiile proprii despre pacienții cu inflamația prostatei, iar în 1904 Wassidlo arată rolul infecției nespecifice în apariția bolii. (6,14) În decurs de un secol au apărut sute de mii de articole consacrate prostatitei cronice, au fost tratați milioane de pacienți, iar la diferite etape de evoluție a medicinei, conceptul asupra problemei a variat, adeseori diametral opus.

Scopul lucrării

Scopul lucrării este studierea metodelor contemporane de diagnostic și tratament a prostatitei cronice, conform rigoriilor științei moderne.

Printre factorii incriminați în apariția prostatitei sunt: acțiunea bacteriană a anumitor germeni (Gr-, Gr+, hlamidii, micoplazme, ureaplazme, trihomonade, etc.); dereglarea microcirculației, refluxul urinei în prostată, datorate relaxării insuficiente a colului vezicii urinare, creșterii rezistenței uretrale și apariției unui flux turbulent de urină în uretra prostatică.

Clasificarea prostatitei cronice.

Un diagnostic corect și un tratament adecvat este dificil de efectuat în absența unei clasificări satisfăcătoare a bolii. Au fost propuse mai multe clasificări ale prostatitei cronice, la ora actuală fiind utilizate 3 dintre ele. Astfel, clasificarea școlii moscovite, propusă în anii 70 ai secolului XX, și reactualizată în 1998, deosebește:

- Prostatita cronică infecțioasă
- Prostatita cronică neinfecțioasă.

Conform evoluției:

- Prostatita cronică în acutizare
- Prostatita cronică în remisiune

În anii 80, apare noțiunea de prostatodinie, adică doar prezența durerilor, în absența modificărilor morfologice, și corespunzător o nouă clasificare: (4)

- Prostatita cronică bacteriană
- Prostatita cronică abacteriană
- Prostatodinie

Cea mai amplă clasificare la ora actuală este cea propusă de Institutul de Sănătate Publică din SUA, în 1995. (8)

Conform acestei clasificări deosebim 4 tipuri principale de prostatită. Categoria I, sau prostatita bacteriană acută. Categoria II - prostatita cronică bacteriană, se stabilește în urma depistării bacteriilor la examinarea microbiologică a secretului prostatei, sau a ejaculatului. Categoria III, sau sindromul cronic dureros pelvin, se caracterizează prin prezența durerilor perineale cel puțin 3 luni, în absența florei bacteriene. Categoria dată se împarte în categoria IIIA - inflamatorie, și IIIB - neinflamatorie. Deosebirea dintre ultimele 2 categorii este relevată prin prezența sau absența leucocitelor în frotiul repetat al prostatei. Categoria a IV, prostatita cronică asimptomatică, se caracterizează prin prezența leucocitelor și a microorganismelor în secretul prostatei în absența simptomatologiei clinice. (Tabelul 1)

Tabelul 1

Criteriile de clasificare a prostatitei, conform NIH

Categoria	Calsificarea	Caracterizarea
I	prostatita acută bacteriană	infecția acută a prostatei
II	prostatita cronică bacteriană	infecția cronică a prostatei, infecții recurente ale tractului urinar, prezența bacteriilor în frotiu
III	prostatita cronică abacteriană / sindromul dureros cronic pelvin	dureri (sau disconfort) în zona pelvi genitală (cu durata de cel puțin 3 luni) însoțite de tulburări micționale și / sau sexuale fără obiectivarea infecției
III A	inflamator	leucocitoza în sperma, secreția prostatică exprimată sau în urina recoltată după masajul prostatic
III B	neinflamator	fără leucocitoza în spermă, secreția prostatică exprimată sau în urina recoltată după masajul prostatic
IV	prostatita inflamatorie asimptomatică	inflamație evidențiată la punția biopsie prostatică în secreția prostatică exprimată sau în urina recoltată după masajul prostatic, fără manifestări subiective

Diagnosticul prostatitei cronice deși ușor la prima vedere, nici pe departe nu este simplu de efectuat. Prostatita cronică poate masca sau mima evoluția a cel puțin 20 de maladii sau sindroame, iar afirmația lui Stamey, precum că prostatita cronică este „groapa de gunoi” a urologiei rămâne valabilă și în zilele noastre. Conform datelor Asociației Europene de Urologie, prostatita cronică abacteriană are o incidență de 8 ori mai mare (90%) ca cea bacteriană (10%). Datele autorilor

ruși sunt diametral opuse, prostatita infecțioasă are o incidență de 80%. (3,5,15)

Pentru a facilita diagnosticul prostatitei cronice au fost propuse următoarele criterii:

- Vârsta preponderentă de afectare 20-50 ani (media 43 ani)
- Cel mai frecvent semn – durerea și disconfortul perineal
- Durata maladiei cel puțin 3 luni
- Acușele subiective foarte variabile
- Durerea testiculară unilaterală nu este un semn al prostatitei cronice
- Acușele iritative predomină asupra celor obstructive
- Disfuncția erectilă poate însoți o prostatită, dar nu este patognomică
- Durerea postejaculare și/sau ejacularea precoce este mult mai specifică și va permite o diferențiere de o eventuală hiperplazie benignă la un barbat tânăr.

Examinarea standard al pacientului urologic nu este valabilă pentru pacientul cu prostatită cronică. La ora actuală asociațiile profesionale internaționale recomandă utilizarea Indexului Simptomelor Prostatitei Cronice – NIH CPSI.(8) Se apreciază durerea sau disconfortul, micțiunea, influența simptomatologiei asupra activității cotidiene și a calității vieții. Intensitatea simptomatologiei și gravitatea maladiei se apreciază în puncte, unde:

- 0 – 9 puncte – simptomatologie neînsemnată, forma ușoară;
- 10 – 18 puncte – simptomatologie moderată, forma medie
- 18 – 31 și mai mult – simptomatologie severă, forma gravă.

Frotiul prostatei rămâne o investigație indispensabilă, dar preponderant cu scop de screening și monitorizare a tratamentului, și nu de confirmare a diagnosticului.

Proba Stamey a fost recomandată timp de mai multe decenii pentru o diagnosticare corectă a maladiei. Neajunsurile metodei, în special necesitatea examinărilor microbiologice multiple din 4 eșantioane (urina uretrală, urina din jetul mediu, lichidul prostatic, și urina de după masajul prostatei), concomitent cu apariția metodelor de diagnostic prin determinarea AND-ului, o fac să nu mai fie utilizată pe scară largă ci doar opțional. În schimb, o importanță tot mai mare revine examinării lichidului seminal, atât prin microscopia simplă (spermograma), cât și microbiologică (spemocultura), sau a determinărilor ADN-ului către hlamidii, micoplasme, trihomonade, etc. Devine tot mai evident rolul infecției sexual transmisibile în patogenia prostatitei cronice. Astfel, un studiu realizat în anul 2005, relevă o prezență a trihomonadelor în 30 % din biopatele prostatice, iar în circa 70 % din cazuri imaginile hiperecogene la ecografia prostatei, sunt datorate prezentei trihomonadelor.(17) *Diagnosticul imagistic.* Este inimaginabil la ora actuală stabilirea diagnosticului de prostatita cronică fără o ecografie transrectală a prostatei. Ecografic se apreciază dimensiunile prostatei, omogenitatea, prezența zonelor hiperecogene, sugestive la localizarea parauretrală pentru o acutizare a procesului inflamator, iar la localizarea periferică pentru un eventual proces neoplazic. Prezența zonelor hiperecogene este caracteristică pentru calculi intraprostatici, dacă lasă un con de umbră; pentru conglomerate proteice la localizarea în zona centrală sau de tranziție, sau pentru zone de fibroză intraprostatică datorate unui proces inflamator cronic.

Determinarea antigenului prostatic specific este obligatorie la toți pacienții cu acuze urinare joase trecuți de vârsta de 40

ani, pentru a exclude prezența unui adenocarcinom al prostatei. Trebuie de menționat că în procesele cronice ale prostatei valoarea PSA poate fi crescută, dar în limite rezonabile, cu tendințe de scădere după instituirea tratamentului antibacterian. Opțional se efectuează urofluometria și statutul imunologic cu imunograma. Personal recomand efectuarea ultimei investigații ori de câte ori este posibil în situația unor tratamente multiple în antecedente, sau a unor pacienți cu un statut imun deficitar.

Tratamentul prostatitei cronice. Problema terapiei prostatitei cronice la ora actuală nici pe departe nu este elucidată. La sfârșitul secolului XX, J. Curtis Nickel s-a exprimat "Suntem oare astăzi gata să avem recomandări certe în tratamentul prostatitei? Eu cred că nu, dar suntem obligați să facem aceasta pentru a încerca să rezolvăm o problemă destul de complicată sub denumirea de prostatită cronică". Nu există scheme unice de tratament a prostatitei cronice. În publicațiile recente sunt relevate prioritățile și preferințele medicilor în prescrierea unui anume preparat pentru tratamentul prostatitei cronice. (3,5,8,9,12) Astfel în ordinea priorității de la 0 la 5 se utilizează următoarele preparate: Antibiotice și preparate chimioterapeutice – 4,4; preparate antiinflamatorii nesteroidiene – 3,3; $\alpha 1$ –adrenoblocatori – 3,3; fizioproceduri – 3,1; miorelaxante și antispastice – 2,5; inhibitori de 5-alfa reducatază- 2,1; fitopreparate (pigeum africanum, serenoa repens) – 2,5; imunomodulatori – 2,0; peptide bioregulatorie (adenoprosin, prostatilen, vitaprost) -1,8; antiagregante și anticoagulante (trental, reopliglucin, escuzan) -1,8; antidepresante și tranchilizante (amitriptilin, diazepam, rexin, etc.)-1.

Rolul principal în tratamentul prostatitei cronice revine terapiei antimicrobiene, dar se va ține cont de faptul că o serie întreagă de preparate pătrund greu în prostată, realizând concentrații mult mai mici decât în serul sanguin. Preparatele antimicrobiene au soluționat în mare măsură problema tratamentului inflamației acute a prostatei, dar nu au acționat esențial asupra rezultatelor tratamentului procesului cronic din prostată. Rata eșecurilor tratamentului antibacterian în monoterapie crește paralel cu durata patologiei. Tratamentul antibacterian se va indica doar în caz de acutizare a procesului inflamator sau de depistare a agentului patogen din prostată. Fără depistarea agentului patogen, folosirea antibioticelor în tratamentul prostatitei cronice poate avea efect de placebo. (12) În formele asimptomatice ale PC nespecifice, deși agentul patogen este prezent, nu se recomandă de administrat tratament antibacterian. Folosirea neîntemeiată a antibioticelor crește riscul disbacteriozei și dezvoltării prostatitei micotice.(9,10). Eficacitatea înaltă în prostatita acută și rezultatele nesatisfăcătoare în prostatita cronică sunt condiționate preponderent de acumularea în concentrații mici a antibioticului în secretul prostatei, în același timp concentrația antibioticului din secretul prostatei corelează cu efectul clinic al tratamentului. (12,14,15,17). Antibioticele pătrund în secretul prostatic datorită difuziei neionice prin membranele lipide ale epitelului prostatic. (11,19) Prin urmare cerințele către preparatele antibacteriene utilizate în tratamentul prostatitei cronice vor fi: liposolubilitate înaltă, legare slabă cu proteinele plasmei și constantă de disociație înaltă. Selectarea preparatelor se va face nu doar în baza rezultatelor antibiogrammei, dar și a proprietăților lor farmacocinetice. O eficacitate înaltă în tratamentul prostatitei cronice manifestă fluorochinolonele (ciprofoxacina, ofloxacina, levofloxacina, moxiflosacina), deoarece se

acumulează în concentrație înaltă în leucocite și în secretul prostatei. Durata tratamentului cu fluorochinolone în regim de monoterapie va fi de minim 28 zile. O altă grupă de preparate utilizate cu succes și care realizează concentrații mari în prostată o reprezintă macrolidele (claritromicina, roxitromicina, azitromicina). Utilizarea fluorochinolonei sau a macrolidelor în regim de monoterapie arată rezultate inferioare comparativ cu combinarea lor.

Tratamentul antibacterian adecvat nu întotdeauna e suficient pentru suprimarea procesului inflamator din prostată și stabilirea remisiunii îndelungate. Modificările anatomice, dereglările neurotrofice, hormonale, congestia sanguină, refluxul urinar, procesele autoimune primare sau secundare inflamației prostatei sunt factorii patogenetici de predispoziție și menținere a inflamației prostatei. Efectuarea tratamentului complex etiopatogenetic permite obținerea unui rezultat stabil, ce satisface necesitățile pacienților și cerințele medicilor. (16,18) Tratamentul patogenetic va fi efectuat concomitent cu antibioterapia și are următoarele sarcini: stabilizarea statutului imun și hormonal; restabilirea circulației sanguine în prostata și bazinul mic; reducerea riscului de reflux intraprostatic. În ultimul deceniu tot mai mulți cercetători utilizează în tratamentul prostitei cronice α – adrenoblocatorii (tamsulosin, alfuzosin, etc.). Astfel în 1992 Rossete raportează pentru prima dată despre eficacitatea α 1-adrenoblocatorilor la pacienții cu prostatită cronică abacteriană. (6) În 1998, Barbalius descrie efectul terapiei combinate α -adrenoblocatori + antibiotice asupra a 270 pacienți cu prostatită bacteriană și reducerea recidivelor de la 87 la 41%, iar depistarea florei bacteriene de la 75 la 16%. (1,2). Unele studii arată că pe fondul utilizării Tamsulosinei timp de 4 săptămâni s-a observat diminuarea simptomelor pe scara NIH-CPSI la 74,5% pacienți, precum și creșterea Q_{max} și Q_{live} la 30,4% și 65,4%, respectiv. (7, 14) α -adrenoblocatorii inhibă componentul dinamic al funcției de contracție al sfincterului prostatic, reduc rezistența uretrală, cresc viteza de eliminare a urinei, reduc gradul de turbulență a fluxului urinar și prin urmare și refluxul prostatic.

Restabilirea microcirculației locale, care este întotdeauna dereglată indiferent de cauză, și a troficii prostatei, acționează benefic asupra regresiei procesului inflamator. Dacă funcțional prostata nu este restabilită, procesul inflamator continuă, indiferent de utilizarea preparatelor antibacteriene. Creșterea eficacității antibioticoterapiei se poate realiza prin combinarea cu enzimoterapie locală sau sistemică. Cu scop de stimulare a musculaturii micului bazin și a îmbunătățirii indicilor hemodinamici locali se recomandă proceduri fizioterapeutice, preparate cu acțiune organotropă locală asupra prostatei, precum – adenoprosin, prostatilen, vitaprost. (15,18) Masajul prostatei rămâne să fie una din metodele efective de drenare a prostatei, concomitent se îmbunătățește circulația sanguină și limfatică. Dar masajul manual al prostatei traumatizează prostata, distruge microabcesele din prostată și contribuie la răspândirea intraprostatică a infecției. Contraindicațiile masajului prostatei sunt: prostatita acută, asocierea cu adenom sau cancer al prostatei, calculi sau calcinate a prostatei, chisturi a prostatei, prezența urinei reziduale.

Metodele fizioterapeutice, adeseori controversate și neacceptate unanim rămân în arsenalul terapeutic. Se utilizează: electrostimularea prostatei cu curenți modulari (rectal sau transcutan); termoterapia în diverse variante, magnetoterapia, terapia LASER, terapia cu ultrasunete (fonoforeza), vibroterapia, acupunctura. Electrostimularea transuretrală cu sau fără aspirație vacuum are eficacitate dubioasă, deoarece orice manipulare asupra uretrei poate fi urmată de consecințe grave, precum apariția stricturilor uretrale.

Concluzii

Tratamentul prostatitei cronice va fi unul complex și îndelungat, minim 28 zile. Preparatele de bază vor fi cele cu acțiune antibacteriană, antiinflamatorie și α -adrenoblocanții. Preparatele antibacteriene de elecție sunt fluorochinolonele și macrolidele. Terapia complementară va utiliza preparate antioxidante, imunomodulatorii, remedii fizioterapeutice și terapie topică locală.

Bibliografie

1. BARBALIUS GA, NIKIFORIDIS G, LIATSIKOS EN: Alpha-blockers for the treatment of chronic prostatitis in combination with antibiotics. J Urol 1998 Mar; 159(3): 883-7
2. BARBALIUS GA et al "Treatment of chronic prostatitis syndromes" International Prostatitis Collaborative network. Bethesda. 1999. Abstract
3. BUNDRICK W, HERON SP, RAY P, et al. Levofloxacin versus ciprofloxacin in the Treatment of Chronic Bacterial Prostatitis: A Randomised Double-blind Multicenter Study. Urology 2003;62(3):537-541.
4. DRACH G.W., FAIR W.R., MEARES E.M. et al. Classification of benign diseases associated with prostatic pain: Prostatitis or prostatodinia? J. Urol 1978; 120: 266.
5. GIANNORINI G, MOGOROVICH A, VALENT F, et al. Prulifloxacin versus levofloxacin in the treatment of chronic bacterial prostatitis: a prospective randomized double-blind trial. J Chemother 2007;19(3):304-308.
6. JJ DE LA ROSETE et al. "Research in prostatitis syndromes" Eur. Urol. 1992. vol22.
7. J.HELSTROM, R.A.SCHMID "Neuromuscular dysfunction in nonbacterial prostatitis" Urology. 1987. Vol.30.p183
8. LITWIN MS, MCNAUGHTON-COLLINS M, FOWLER. The National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptoms Index (NIH-CPSI). 1999 AUA Meeting.
9. SCHAEFFER A, STERN J: Chronic prostatitis. Clin Evid 2002 Jun; (7): 788-95
10. SCHAEFFER AJ, WEIDNER W, BARBALIUS GA. Summary Consensus Statement: Diagnosis and Management of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. Eur Urol 2003;(Suppl. 2):1-4.
11. STAMEY T.A. Pathogenesis and treatment of Urinary Tract Infections. Baltimore, Williams and Wilkins; 1980.342-429.
12. NICKEL J.C. Clinical Evaluation of the Patient Presenting with Prostatitis. Eur Urol 2003;(Suppl. 2): 11-14.
13. ROBERTS R.O., LIEBER M.M., BOSTWICK D.G. et al. A review of clinical and pathological prostatitis syndromes Urology 1997; (49): 809-821
14. ȚURCANU R. Lazeromagnitoterapia în tratamentul complex al prostatitei cronice nespecifice. Autoreferatul tezei de DSM. Chișinău. 2004.
15. ЛОРАН О., ПУШКАРЬ Д., СЕГАЛ А. Наше понимание хронического простатита. Фарматека. 2002. И. 10. Стр. 69-75.
16. ПУШКАРЬ Д.Ю., СЕГАЛ А.С. Хронический абактериальный простатит: современное понимание проблемы // Consilium Medicum. 2003. Т. 5. № 7. С. 401-04.
17. ПУШКАРЬ Д.Ю., РАСНЕР П.И. Патогенетические основы медикаментозной терапии фторхинолонами и альфа-адреноблокаторами у больных хроническим простатитом. Фарматека. №19 (173) 2008
18. СЕГАЛ А.С. Диагностика и лечение хронического простатита // РМЖ. 2003. Т. 11. № 8.
19. МАЗО Е.Б., СТЕПЕНСКИЙ А.Б., ГАМИДОВ С.И. и др. Фармакотерапия хронических простатитов // РМЖ. 2001. Т. 9. № 23.