

С.П. Пасечніков, д.м.н., професор, А.С. Глебов, к.м.н., П.О. Самчук, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

# Роль хронічного простатиту в розвитку ускладнень хірургічного лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози

**На сьогодні найвищу вірогідність послаблення або усунення симптомів, які розвинулися внаслідок інфравезикальної обструкції на тлі доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ), забезпечують хірургічні втручання на передміхуровій залозі. У сучасній світовій урології постійно розробляються, удосконалюються та використовуються різноманітні інвазивні та малоінвазивні методики лікування хворих на ДГПЗ. До них належать малоінвазивні трансуретральні (мікрохвильова термотерапія, голкова абляція, лазерна вапоризація, вапорекція, інцизія передміхурової залози), але найбільш поширені наразі – трансуретральна резекція простати (ТУРП) та черезміхурова простатектомія. Тільки в 2012 р. в Україні виконано майже 15 тис. операцій на передміхуровій залозі, при цьому понад 60% із них – відкриті простатектомії й близько 30% – ТУРП [6].**

Різні види хірургічного лікування ДГПЗ супроводжуються досить високим операційним ризиком, який пов'язаний з наявністю у пацієнтів похилого віку супутньої патології шлунково-кишкового тракту, дихальної, серцево-судинної, ендокринної систем, та в першу чергу запального процесу в передміхуровій залозі. Інтра- та післяопераційні ускладнення спостерігаються у 12,5-26,7% хворих, яким проведено хірургічне лікування ДГПЗ. Найбільш частими та загрозливими ранніми післяопераційними ускладненнями при оперативних втручаннях на передміхуровій залозі є розвиток запальних процесів у сечостатевої органів (гострий пієлонефрит, орхоепідиміт, уретрит, нагноєння післяопераційної рани). Водночас можуть виникати й інші ускладнення, такі як кровотеча з ложа передміхурової залози, гемотампонада сечового міхура та тромбоемболічні ускладнення. До пізніх ускладнень належать стриктура заднього відділу уретри, рубцеве звуження шийки сечового міхура, нетримання сечі, сечова норича, що не гоїться, пізні кровотечі з ложа передміхурової залози.

Кровотеча з ложа передміхурової залози розвивається у 0,7-10,0% хворих, гнійно-запальні ускладнення – у 10,3% пацієнтів, які перенесли простатектомію [7, 8, 10].

За результатами проведених досліджень В.О. Пироговим та співавторами, у віддалений післяопераційний період найчастішою причиною виникнення дизурії були інфекційно-запальні ускладнення, що при черезміхуровій простатектомії становили 22,9% випадків, при ТУРП – 3,22%; післяопераційне нетримання сечі після простатектомії виникло в 1,63% та після ТУРП – у 3,22% випадків.

Вважається, що виникнення кровотечі з ложа передміхурової залози є найбільш грізним раннім післяопераційним ускладненням, частота якого становить 8,3% випадків. Геморагічні ускладнення операційного втручання автори пояснюють як наявність позагоспітальної інфекції сечових шляхів, так і їх інфікуванням госпітальною мікрофлорою в процесі стаціонарного лікування [9, 11, 12].

У численних роботах підкреслюється, що виникнення кровотечі з ложа передміхурової залози пов'язане саме з інфекцією сечостатевої системи та запальним процесом, який стимулює місцевий фібриноліз за допомогою ферментів бактеріальної природи – стрептокінази та стафілокінази, які активують профібрinolіз. Унаслідок операційної травми збільшується виділення з передміхурової залози тромбопластичного активатора, який посилює фібриноліз. Цей процес перебігає повільно й проявляється за умов впливу інфекції. Екссудативна плазмова білка, у першу чергу фібрину, в умовах мікробної контамінації може призводити до утворення

фібринозно-гнійних нашарувань у ложі видаленої аденоматозної тканини передміхурової залози. Доведено, що щільні інфіковані продукти в осередку запалення є живильним середовищем для мікроорганізмів. Вони високо контаміновані, оскільки антибактеріальні препарати майже не проникають у середину цих субстанцій і, безсумнівно, є джерелом перманентного реінфікування.

Частота післяопераційної інфекції сечових шляхів становить 2,6% випадків при позадулонній позаміхуровій простатектомії, 13,4% при черезміхуровій простатектомії та 15,5% при ТУРП. Частота епідимітів – 1,1% випадків при ТУРП, 2,5% при позадулонній позаміхуровій простатектомії та 3,6% при черезміхуровій простатектомії.

Виникнення гнійно-запального процесу в різних відділах сечостатевої системи після простатектомії нерідко буває пов'язане з наявністю хронічної сечової інфекції та зустрічається у 5-40% випадків [14, 15, 16].

Не виключено, що наявність хронічної урогенітальної інфекції може впливати на характер перебігу захворювання і створювати загрозу розвитку низки ускладнень у післяопераційному періоді лікування ДГПЗ. Багато авторів пов'язують виникнення інфекційно-запальних і гнійно-септичних ускладнень після простатектомії з наявністю інфекції, що викликана умовно-патогенними мікроорганізмами.

За результатами дослідження характеру післяопераційних ускладнень у 507 хворих на ДГПЗ, у 47,3% із них виявлено хронічний простатит. Найчастіше гнійно-запальні ускладнення відзначалися після ТУРП – у 58,8% пацієнтів, після черезміхурової простатектомії – у 35,8% і після позадулонної простатектомії – у 19,7%. Зважаючи на високий рівень вказаних ускладнень, лікар змушений призначати затратну антибактеріальну терапію [13, 17].

Сучасні літературні дані вказують на дуже високу частоту поєднання ДГПЗ із хронічним простатитом. R. Rosen та співавторами опублікували результати масштабного багатонаціонального опитування, проведеного у 2003 р. в США та 6 країнах Європи з метою системного дослідження симптоматики хронічного простатиту. Про наявність помірно вираженої симптоматики повідомили 31% респондентів. Автори визначали зміни поширеності симптоматики хронічного простатиту відповідно до віку опитуваних. Так, у віковій групі від 50 до 59 років про симптоми хронічного простатиту повідомили 22% чоловіків, у групі від 70 до 80 років – 45,3%.

За результатами вивчення інтраопераційно видаленої тканини передміхурової залози, частота хронічного простатиту при ДГПЗ становить 70-100%. З віком виражається чітка тенденція до збільшення

кількості хворих на ДГПЗ із супутнім хронічним простатитом. Запальні зміни призводять до збільшення іригитивної та обструктивної симптоматики гіперплазії передміхурової залози. У ній відбуваються глибоко розрізнені процеси – як за якісними особливостями, так і за клінічними проявами. Проте між такими процесами, як гіперплазія і запалення передміхурової залози, не завжди вдається визначити чітку межу [18-20].

Встановлено, що у хворих на ДГПЗ із супутнім хронічним простатитом спостерігається більш виражена дизурія, а в анамнезі відзначаються періодичні покращення й погіршення сечовипускання. Учені дійшли висновку, що терапія має починатися з усунення запального процесу в передміхуровій залозі, у подальшому – індивідуального визначення тактики лікування ДГПЗ.

G. Vedalov та співавторами опублікували показники захворюваності на простатит у пацієнтів із ДГПЗ. Як стверджують дослідники, найбільша кількість ускладнень і найтриваліший післяопераційний період реєструються у пацієнтів із простатитом, який спричинений грамнегативними мікроорганізмами. Простатит було зафіксовано у 90,3% хворих на ДГПЗ. Зразки тканини передміхурової залози було отримано у пацієнтів під час ТУРП. Грампозитивні мікроорганізми були виявлені у 32,8% випадків, а S. epidermidis – у 26,6%. Грамнегативні мікроорганізми і гриби зафіксовано в 30,8 та 2,9% випадків відповідно. У 27,9% зразків, отриманих від пацієнтів із ДГПЗ, не вдалося виявити мікроорганізми, хоча патогістологічне дослідження продемонструвало наявність ознак простатиту.

J. Nickel та співавторами при дослідженні тканини передміхурової залози у 80 хворих на ДГПЗ, яким було проведено трансуретральну резекцію, виявили ознаки запального процесу в усіх випадках. Під час бактеріологічного дослідження у 44% випадків спостерігалася зростання бактеріальної флори. У 67% хворих до оперативного втручання було виконано катетеризацію сечового міхура.

Хронічний простатит супроводжує ДГПЗ у більшості випадків, підвищення його активності сприяє погіршенню мікроциркуляції в передміхуровій залозі й призводить до розвитку ранніх післяопераційних ускладнень. Отримані результати свідчать про потребу повноцінного передопераційного обстеження хворих на ДГПЗ, спрямованого на своєчасне виявлення хронічного простатиту й об'єктивну оцінку його активності для проведення передопераційного періоду необхідних профілактичних заходів.

За даними наших досліджень [21, 22], хронічний запальний процес у передміхуровій залозі та/або сечівнику у хворих на ДГПЗ вірогідно частіше зумовлений збудниками захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ; 60,6±6,0%),



С.П. Пасечніков

ніж умовно-патогенними мікроорганізмами (42,4±6,1%). При цьому ДНК Trichomonas vaginalis та Ureaplasma urealyticum у таких хворих із статистичною достовірністю виявляли, відповідно, у 4 та 3 рази частіше, ніж у хворих без запального процесу. Окрім того, було визначено, що наявність хронічного запального процесу в передміхуровій залозі та/або сечівнику вірогідно збільшує виразність симптомів нижніх сечовивідних шляхів у хворих на ДГПЗ (I-PSS становив 23,1±0,7 бала порівняно з таким показником у пацієнтів без запалення – 20,7±1,0 бала), що відбувається за рахунок як іригитивної, так і обструктивної складових. Частота виникнення ранніх післяопераційних ускладнень з боку сечостатевої органів у пацієнтів, інфікованих збудниками ЗПСШ, у 2 рази перевищувала таку в неінфікованих осіб і становила 42,6 проти 21,3%. Частота інфікованості збудниками ЗПСШ у 4 рази підвищувала частоту виникнення довготривалої або профузної макрогематурії після планової простатектомії. Наявність хронічного запального процесу в передміхуровій залозі та/або сечівнику у хворих на ДГПЗ вірогідно підвищувала частоту розвитку таких ранніх післяопераційних ускладнень простатектомії, як гострий пієлонефрит та нагноєння рани (10,6 проти 0% у пацієнтів без запального процесу).

Окремо відзначимо, що в усіх хворих на ДГПЗ в інтраопераційно видаленій тканині було виявлено гістологічні ознаки хронічного простатиту, причому загострення хронічного запалення виявлялося тільки у пацієнтів із ЗПСШ. У хворих на ДГПЗ, інфікованих ЗПСШ, також превалювали явища склерозу, базальноклітинної атипії та простої атрофії тканини простати.

За даними М.Л. Амозова та співавторами, хронічне запалення передміхурової залози є одним із найпоширеніших ускладнень у хворих на ЗПСШ. У пацієнтів, що звернулися до лікаря з приводу змішаної інфекції, відсоток залучення передміхурової залози в запальний процес був вищим і становив 87% порівняно з такими показниками в осіб, що мали моноінфекцію (хламідіоз – 80%, мікоплазмоз – 65%, трихомоніаз – 29%, уреаплазмоз – 63%).

Отже, розглядаючи ДГПЗ у поєднанні з хронічним запальним компонентом у тканинах передміхурової залози (у тому числі викликаний ЗПСШ), дослідники дійшли висновку щодо необхідності усунення запального процесу в передміхуровій залозі у хворих на ДГПЗ у періоді післяопераційного періоду. На сьогодні в арсеналі боротьби з простатитом – антибактеріальні препарати, протизапальна терапія, фізіотерапевтичні методики та фітолікування.

Ефективність фітотерапевтичних агентів, які застосовують при лікуванні симптомів нижніх сечових шляхів, виправдовує їх використання під час терапії хронічного простатиту. Одним із найбільш досліджених та ефективних сучасних фітотерапевтичних препаратів для лікування захворювань простати є Простамол® уно («Берлін Хемі»),



до складу якого входить екстракт плодів *Serenoa repens* (пальми пілкоподібної). Цей екстракт містить жирні кислоти, етилові ефіри жирних кислот, фітостероли, вітаміни. Механізм його дії й досі повністю не з'ясовано, однак встановлено, що ефективність екстракту плодів *Serenoa repens* пов'язана з гормональною та негормональною опосередкованою активністю.

Гормональна активність екстракту *Serenoa repens* пов'язана з пригніченням перетворення тестостерону на більш активний на рівні рецепторів андрогенів дигідротестостерон. Цей процес призводить до зниження гормональної відповіді макрофагів і лейкоцитів та інгібування їх міграції в місця запалення. Внаслідок цього відбувається скорочення вивільнення мієлопероксидази, яка призводить до руйнування запальної тканини і факторів росту тромбоцитів і факторів бетаросту, які стимулюють запалення. Існує експериментальний доказ інгібування сигналів факторів росту, таких як ІФР-1 (інсуліноподібний фактор росту), а також цитокінів, таких як МСР-1/ССЛ2, що знижує активність запального процесу в епітеліальних клітинах простати [1, 4, 5].

За даними наших досліджень, Простамол® уно показав себе як високо-ефективний препарат, що має мінімальні побічні ефекти в комплексному лікуванні хворих на хронічний простатит з розладами сечовипускання. Включення препарату до складу комплексної терапії пацієнтів з ДГПЗ і хронічним простатитом пришвидшувало лікування й покращувало показники якості життя в таких хворих. Використання препарату Простамол® уно в монотерапії хронічного простатиту, особливо абактеріального, дозволяло швидко й ефективно усунути обструктивні та іригитивні симптоми нижніх сечових шляхів (СНСШ) і покращити якість життя чоловіків [23].

Вивчення можливостей застосування препарату Простамол® уно при лікуванні дисфункції сечових шляхів у пацієнтів з ДГПЗ і хронічним простатитом, яке було проведене на базі Інституту урології НАМН України, показало, що ефективність цього лікарського засобу при ДГПЗ становить 89,7%, при хронічному простатиті – 87,5%. Окрім цього, Простамол® уно забезпечує ефективність регресу симптомів такої складної патології, як синдром хронічного тазового болю. Зокрема, в систематичному огляді та мета-аналізах у пацієнтів, що приймали *S. repens*, зареєстровано значне зменшення вираженості болю порівняно з особами, що приймали плацебо (відносний ризик 1,6; 95% довірчий інтервал 1,1-1,6). Схожі результати представили на 9-му конгресі Східноєвропейського підрозділу Європейської асоціації урологів (м. Салоніки, Греція, 2013 р.) Е.А. Литвінець та співавт., які довели, що 30-денне лікування препаратом Простамол® уно у вигляді монотерапії та в комбінації з препаратом Флосін® має виражений позитивний вплив на усунення порушень сечовипускання без побічних ефектів; патогенетично обґрунтоване при синдромі незапального хронічного тазового болю, що дозволяє досягти позитивних результатів терапії та стійкого клінічного ефекту [25].

На 28-му конгресі Європейської асоціації урологів особливу увагу було приділено застосуванню препарату Простамол® уно в лікуванні хронічних абактеріальних запальних процесів у передміхуровій залозі. Підкреслено багатовекторний та різноплановий вплив екстракту *Serenoa repens* на прозапальний цитокіновий каскад внаслідок інгібування циклооксигенази та 5-ліпоксигенази. Особливий інтерес викликали результати 5-річного дослідження, присвяченого лікуванню хронічного простатиту як профілактиці можливого розвитку ДГПЗ. Доведено, що збільшення розмірів

передміхурової залози у пацієнтів, які отримували Простамол® уно, було менш істотним, ніж в осіб контрольної групи. Автори дійшли висновку, що постійний прийом препарату є дієвим і безпечним інструментом не тільки профілактики рецидивів загострень хронічного простатиту, а й розвитку ДГПЗ, що дозволяє підвищити якість життя чоловіків, які страждають на цю хворобу [24].

На конференції Центральноєвропейського підрозділу Європейської асоціації урологів (м. Краків, Польща, 2014 р.) визнані експерти в галузі урології представили інформацію про новітні аспекти терапії розладів сечовипускання та результати клінічних досліджень ефективності Простамолу. У доповіді В. Djavan (президента регіонального офісу Європейської асоціації урологів, професора Віденського університету) підкреслювалося, що, крім власне гіперплазії, на розвиток симптомів ДГПЗ серйозний вплив має запальний процес. За сучасними уявленнями, саме передміхурова залоза, запальний процес та сечовий міхур відіграють важливу роль у патогенезі захворювання. Результати декількох опублікованих нещодавно досліджень продемонстрували, що найчастіше у пацієнтів із ДГПЗ запалення відбувається внаслідок інфільтрації запальних клітин та підвищеної активності певних запальних маркерів.

Аналізуючи всі аспекти, що стосуються СНСШ, запальний процес можна виділити як потенційну терапевтичну мішень з урахуванням оцінки анамнезу пацієнта для пошуку найкращого методу лікування. Способом терапії симптомів ДГПЗ була присвячена доповідь Ф.М.Д. Debruynе, у якій підкреслювалася важливість доповнення терапевтичної схеми симптомів ДГПЗ препаратами рослинного походження, оскільки мішенню інших фармакологічних схем не є пов'язані з ДГПЗ запальні процеси, і їх застосування призводить до таких серйозних побічних ефектів, як ортостатична гіпертензія, еректильна дисфункція, ретроградна еякуляція, анеякуляція та шлунково-кишкові розлади. Тому саме Простамол стає препаратом вибору для лікування розладів сечовипускання у хворих з початковою стадією ДГПЗ та хронічним простатитом, бо екстракту *Serenoa repens*, який вже декілька сторіч використовують для лікування симптомів ДГПЗ, притаманні протизапальні, антипроліферативні, антиапоптозичні й антиандрогенні властивості, які забезпечують позитивний клінічний ефект [26].

На конференції Балтійського підрозділу Європейської асоціації урологів (м. Вільнюс, Литва, 2014 р.) у рамках обговорення доповіді Ф.М.Д. Debruynе щодо методів лікування ДГПЗ експерти С.Р. Шарпл (Велика Британія), J. Palou (Іспанія) і J.P.M. Sedelaar (Нідерланди) підкреслювали комплексну патогенетичну дію препарату Простамол® уно, яка одночасно спрямована на інгібування процесу збільшення розмірів передміхурової залози та ліквідацію симптомів хронічного простатиту за рахунок антиандрогенного й антипроліферативного ефектів, а саме:

- блокування обох ізомерів (1 і 2 типу) 5-альфа-редуктази та інгібування зв'язування дигідротестостерону з рецепторами простати;
  - вплив на простатичні фактори росту й супресію проліферації клітин/проапоптотичний ефект;
  - блокування взаємодії пролактину зі специфічними рецепторами в простаті та порушення процесів передачі сигналу;
  - інгібуючий вплив на альфа-1-адренорецептори в простаті та розслаблююча дія на гладку мускулатуру.
- Окремо були розглянуті механізми протизапальної дії препарату Простамол®

уно, який регулює рівень цитокінів, а саме:

- інгібує фосфоліпазу А2 і зменшує перетворення фосфоліпідів мембран в арахідонову кислоту;
- пригнічує циклооксигеназу зі зниженням утворення простагландинів (медіаторів запалення);
- інгібує ліпоксигеназу й зменшує утворення лейкотрієнів.

При розгляді ДГПЗ у контексті частого поєднання з хронічним запальним компонентом у тканинах передміхурової залози було відзначено провідну роль фармакологічних ефектів препарату Простамол® уно у зменшенні глибини запальної реакції. Адже в останні роки запаленню як важливому ланцюгу патогенезу доброякісних і злоякісних новоутворень передміхурової залози приділяють дедалі більше уваги. А хронічне запалення не тільки призводить до розвитку симптоматики, а й запускає лімфокинозуючі механізми, які впливають на прогресування й наслідки захворювання. Результати досліджень останніх років свідчать, що екстракт *S. repens* разом з інгібіцією циклооксигенази і 5-ліпоксигенази впливає на ключові медіатори запалення МСР1/ ССЛ2 і VСAM1, що визначають прогресування захворювання. Крім того, доведено, що застосування цього екстракту у хворих на ДГПЗ призводить до статистично значущого зниження рівня TNF- $\alpha$  та інтерлейкіну-1 $\beta$  (ІЛ-1 $\beta$ ) у тканині простати.

Усе це зумовлює доцільність застосування препарату Простамол® уно у пацієнтів із ДГПЗ у періопераційний період, що активно обговорювалося учасниками симпозиуму в процесі панельної дискусії [26]. Слід підкреслити, що, згідно з даними Ф.М.Д. Debruynе, мінімальним терміном використання препарату на основі екстракту *Serenoa repens* для достовірного розвитку ефекту є 3 міс. Важливо, що метод екстрагування, який використовується для отримання екстракту *Serenoa repens* для препарату Простамол® уно, на відміну від інших лікарських засобів на такій основі, заповнений на спиртовій/етиловій екстракції, яка забезпечує стабільний вміст діючих речовин у рецептурі препарату [2, 3].

Отже, інгібування хронічного запалення в передміхуровій залозі – це реальний шлях покращення результатів лікування хворих на ДГПЗ – як медикаментозного, так і хірургічного. Отже, призначення препарату Простамол® уно в періопераційний період можна вважати достатньо обґрунтованим – таким, що вірогідно призведе до зменшення вираженості запального процесу в передміхуровій залозі й, у свою чергу, суттєво знизить частоту запально-зумовлених ускладнень хірургічного лікування пацієнтів із ДГПЗ. Важливим мотивуючим фактором впровадження зазначеного підходу до лікування вказаної категорії хворих є можливість призначення зареєстрованого в Україні препарату відповідно до визначених інструкцією показань до його прийому.

Моніторинг результатів періопераційного призначення Простамол® уно хворим на ДГПЗ відкриває широкий простір для наукових досліджень задля поглибленого вивчення і наступного розуміння механізмів лікувальної дії екстракту *S. Repens* та оптимізації практичного його застосування.

#### Література

- Gerber G.S., Fitzpatrick J.M. The role of a lipido-steric extract of *Serenoa repens* in the management of lower urinary tract symptoms associated with benign prostatic hyperplasia. *BJU Int.* 2004 Aug; 94 (3): 338-44.
- Buck A.C. Efficacy of pretreatment with *Serenoa repens* on bleeding associated with transurethral resection of prostate. *Minerva Urol Nefrol.* 2004 Mar; 56 (1): 73-8.
- Debruynе F., Boyle P., Calais da Silva F., Gillenwater J.G., Hamdy F.C., Perrin P., Teillac P., Vela-Navarrete R., Raynaud J.P., Schulman C. Evaluation of the

clinical benefit of Permixon and tamsulosin in severe BPH patients – PERMAL study subset analysis *Prog Urol.* 2004 Jun; 14 (3): 326-31.

- Pecoraro S., Anneschiarico A., Gambardella M.C., Sepe G. Is there a scientific basis for the therapeutic effects of *Serenoa repens* in benign prostatic hyperplasia? Mechanisms of action. *J Urol.* 2004 Nov; 172 (5 Pt 1): 1792-9.
- Raynaud J.-P. *Serenoa repens*: an overview of its pharmacological activities as regards medical treatment of benign prostatic hypertrophy (BPH). In: Dimopoulos C.A., Di Silverio F., editors. BPH: From molecular biology to patient relief. Proceedings of the satellite symposium held during the 4th Mediterranean Congress of Urology: 1995 Sep 6-10: Rhodes. Bologna: Monduzzi Editore. 1996; 57-69.
- Возіанов О.Ф. Досягнення й проблеми урологічної допомоги населенню України / О.Ф. Возіанов, С.П. Пасечніков, Л.П. Павлова // Урологія. – 2001. – № 4. – С. 3-6.
- Возіанов О.Ф. Сучасні інструментальні методи лікування аденоми передміхурової залози / О.Ф. Возіанов, С.П. Пасечніков, А.О. Андреев // Журнал АМН України. – 1997. – № 4. – С. 567-581.
- Сайдакова Н.О. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози у структурі госпіталізованої захворюваності та оперативних втручань / Н.О. Сайдакова, Л.М. Старцева, В.В. Кузнецов, В.С. Грицай // Здоров'я людини. – 2009. – № 1. – С. 172-178.
- Строй О.О., Мицик Ю.О., Дмитрієнко В.В. Застосування медикаментозної корекції розладів сечовипускання після трансуретральної резекції доброякісної гіперплазії передміхурової залози // Урологія. – 2006. – № 1. – С. 25-30.
- Возіанов О.Ф. Деякі питання діагностики доброякісної гіперплазії передміхурової залози / О.Ф. Возіанов, Е.О. Стаховський, В.І. Білик // Урологія. – 1999. – № 2. – С. 45-48.
- Hasui Y. Relationship between serum prostate specific antigen and histological prostatitis in patients with benign prostatic hyperplasia / Y. Hasui, K. Marutsuka, Y. Asada // *Prostate* 1994; 25(2): 91-96.
- Вайнберг З.С., Неотложная урология. – М.: Мос. Рабочий; 1997, Люлько А.В. (ред.) Неотложная урология и нефрология: К., Здоров'я; 1996. – С. 28-42.
- Люлько О.В. Ускладнення відкритих і трансуретральної простатектомії, їх профілактика і лікування / О.В. Люлько, О.О. Люлько, С.І. Забашний // Урологія. – 2004. – № 1. – С. 8-19.
- Бондаренко Ю.М. Функціональні ускладнення нижніх сечових шляхів та їх корекція при хірургічному лікуванні хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози: автореф. дис. канд. мед наук: 14.01.06 / Ю.М. Бондаренко. – К., 2007. – 19 с.
- Bedalov G. Prostatitis in benign prostatic hyperplasia: a histological, bacteriological and clinical study / G. Bedalov, I. Vuckovic, S. Fridrih, M. Bruk, D. Pushkar, Z. Bartolin // *Acta Med. Croat.* – 1994. – 48. – P. 105-109.
- Ухаль М.І. Алгоритм організаційних і профілактичних заходів ранніх і пізніх ускладнень при оперативному втручанні на передміхуровій залозі у хворих середнього та похилого віку / М.І. Ухаль, Д.А. Меленевський, А.С. Анчев // Урологія. – 2000. – № 1. – С. 25-29.
- Арбулієв М.Г. Профілактика гнійно-воспалительних ускладнень после аденомектомии / М.Г. Арбулієв, Р.Ш. Задаєв, З.Ш. Зайнулладінов // Мат-лы X Рос. съезда урологов. – 1-3 октября. – 2002. – М. – 2002. – С. 62-65.
- Возіанов О.Ф. Зв'язок інфікованості збудниками захворювань, що передаються статевим шляхом, з виникненням ранніх післяопераційних ускладнень у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози / О.Ф. Возіанов, С.П. Пасечніков, В.С. Грицай // Журнал АМН України. – 2009. – № 3. – С. 568-573.
- Возіанов О.Ф. Вплив інфікованості збудниками різного таксономічного походження на виникнення ранніх післяопераційних ускладнень у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози / О.Ф. Возіанов, С.П. Пасечніков, М.В. Мітченко, В.С. Грицай // Урологія. – 2010. – Т. 14. – С. 76.
- Voizianov O.F. Influence of chronic inflammatory process of prostate and urethra on clinical course of benign prostatic hyperplasia / O.F. Voizianov, S.P. Pasiechnikov, V.S. Grytsai // 24th Annual Congress of the European Association of Urology: Abstract book (Stockholm, 17-21 March 2009) // *Eur. Urol. Suppl.* – 2009. – Vol. 8. – № 4. – P. 208.
- Возіанов О.Ф. Зв'язок інфікованості збудниками захворювань, що передаються статевим шляхом, з виникненням ранніх післяопераційних ускладнень у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози / О.Ф. Возіанов, С.П. Пасечніков, В.С. Грицай // Журнал АМН України. – 2009. – № 3. – С. 568-573.
- Возіанов О.Ф. Особливості ранніх стадій хронічного запального процесу у передміхуровій залозі після аварії на ЧАЕС // Урологія. – 2010. – Т. 14.
- Пасечніков С.П., Никитин О.Д. Исползование Простамолу уно в лечении больных хроническим простатитом // *Здоровье мужчины.* – № 2. – 2003. – С. 79-83.
- Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Спиридоненко В.В. Терапия симптомов нижних мочевых путей при ДГПЖ и хроническом простатите (по материалам 28-го конгресса Европейской ассоциации урологов) // *Здоровье мужчины.* – № 2 (45). – 2013. – С. 92-94.
- Lytvynets Y., Gotsuliak Y.V. Efficacy and safety of Prostamol Uno and Flosin in treating patients with a noninflammatory chronic pelvic pain (category IIIb) // *Eur Urol Suppl* 2013; 12; P. 1139.
- Djavan B. Benign Prostatic Hyperplasia (BPH): CEM 2014 Symposium Report // *European Urology Today*, October/December 2014. – P. 2.
- Пасечніков С.П. Фитопрепараты в лечении ДГПЖ и хронического простатита / По материалам Балтийского митинга Европейской ассоциации урологов 2014 // *Здоровье мужчины* № 4 (51). – 2014. – С. 6-7.