

# Значение фитотерапии у больных гиперплазией простаты

В.В. БОРИСОВ

Кафедра нефрологии  
и гемодиализа ФПО  
врачей ММА  
им. И.М. Сеченова

*Общая тенденция старения населения страны предполагает неуклонное увеличение количества больных гиперплазией простаты пожилого и старческого возраста. По сводным статистическим данным в 60-80 лет распространенность этого заболевания среди мужчин колеблется в пределах 60-80%. Если после 40 лет она составляет 11,3%, каждые последующие 10 лет жизни мужчины увеличивают распространенность этого заболевания на 10%, достигая 81,4% в 80 лет.*

**П**оследние полтора десятилетия ознаменовались коренными изменениями в лечении данной категории больных. Если к началу 90-х годов прошлого века в мире 75% больных гиперплазией простаты подвергались оперативному лечению и лишь 25% получали консервативную медикаментозную терапию, спустя 10 лет ситуация изменилась с точностью до наоборот: 75% получают лекарственное лечение и лишь 25% по строгим показаниям подвергаются оперативному лечению. Необходимость всестороннего обсуждения проблемы консервативной терапии гиперплазии простаты продиктована неудовлетворительной ранней диагностикой, несвоевременным и неадекватным лечением с развитием опасных осложнений аденомы простаты даже в таких далеко не отсталых регионах,

как Московская область (9). Так, в урологические стационары Московской области 44,5% больных гиперплазией простаты поступают с острой задержкой мочеиспускания, 35,3% летальных исходов при гиперплазии простаты непосредственно связаны с этим осложнением, которое не предотвращают медикаментозной терапией.

Предпочтения в выборе операции, как метода радикального избавления от аденомы простаты, сегодня можно подразделить на анатомо-функциональные, возрастные, терапевтические, а также материальные и нередко связанное с ним настоятельное желание пациента. В соответствии с законом о здравоохранении (ст. 31) выбор метода лечения осуществляется врачом-специалистом совместно с пациентом на основе полной информации о заболевании и современных возможностях его лечения. К анатомо-функциональным предпочтениям следует отнести «среднюю долю» аденомы как механический клапан, препятствующий опорожнению мочевого пузыря, прогрессирующие нарушения уродинамики с увеличением количества остаточной мочи, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, ретенционные изменения верхних мочевых путей, осложняющиеся пиелонефритом, нефропатии с угрозой быстрого

развития и прогрессирования ХПН, повторные острые задержки мочеиспускания, камнеобразование в мочевом пузыре, рецидивирующую макрогематурию, обусловленную аденомой. К возрастным – более желательное радикальное избавление от аденомы путем операции в более молодом возрасте – 50-70 лет.

К терапевтическим предпочтениям можно отнести недостаточность или отсутствие эффекта медикаментозной терапии, плохую переносимость лекарственных препаратов и связанное с этим прогрессирование заболевания. Нередки сегодня и материальные причины отказа от лекарственной терапии в связи с отсутствием средств для приобретения препаратов. Больной при этом вправе настаивать на операции, но при отсутствии противопоказаний.

Показаниями к медикаментозной терапии гиперплазии простаты сегодня можно считать:

- суммарный балл IPSS более 8, но менее 18;
  - индекс качества QoL жизни 3 и более;
  - максимальную объемную скорость потока мочи при урофлоуметрии 5-15мл/сек;
  - объем остаточной мочи не более 150 мл;
  - противопоказания к оперативному лечению в связи с тяжелым фоном сопутствующих заболеваний и социальные причины, в том числе и категорический отказ от инвазивного лечения.
- С возрастом вполне закономерно прогрессирующее увеличение числа интеркуррентных заболеваний, являющихся относительным или абсолютным про-

**К началу 90-х прошлого века в мире 75% больных гиперплазией простаты подвергались оперативному лечению и лишь 25% получали консервативную медикаментозную терапию, спустя 10 лет ситуация изменилась с точностью до наоборот: 75% получают лекарственное лечение и лишь 25% по строгим показаниям подвергаются оперативному лечению.**

тивопоказанием к оперативному лечению. По данным ГKB №60 г. Москвы, традиционно связанной с проблемами гериатрической урологии (5), в качестве сопутствующих и препятствующих операции больные гиперплазией простаты имеют болезни органов кровообращения (85,3%), центральной нервной системы (2,5%), органов дыхания (2,3%), сахарный диабет (3,5%). Среди сердечно-сосудистых заболеваний – ишемическая болезнь сердца (74,3%), атеросклеротический кардиосклероз (34,2%), стенокардия (33,5%), гипертоническая болезнь (15,6%), постинфарктный кардиосклероз (9,8%), мерцательная аритмия (2,3%). Именно поэтому методы консервативного медикаментозного лечения гиперплазии простаты у больных пожилого и старческого возраста не перестают быть в высшей степени актуальными.

В то же время сегодня существует ряд противопоказаний к лекарственной терапии аденомы простаты. К ним относят:

- подозрение на рак простаты;
- воспалительные заболевания нижних мочевых путей в стадии обострения;
- нейрогенные расстройства мочеиспускания;
- рубцово-склеротические изменения простаты;
- камни мочевого пузыря;
- «средняя доля» гиперплазированной простаты;
- рецидивирующая макрогематурия;
- прогрессирующая почечная и печеночная недостаточность;
- индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов.

Именно поэтому современный контингент больных гиперплазией простаты, которые получают консервативную медикаментозную терапию, включает пациентов, которым это лечение показано, а также больных, у которых терапия носит вынужденный характер при наличии абсолютных противопоказаний или категорическом отказе от операции.

Для медикаментозной терапии гиперплазии простаты сегодня широко применяют альфа-1-адреноблокаторы, ингибиторы 5-альфа-редуктазы и препараты растительного происхождения.

Стратегия их назначения (7) предполагает применение альфа-1-адреноблокаторов (Дальфаз, Омник, Кардур, Теразозин) при небольших (до 50 г) объемах гиперплазии, выраженной инфравезикальной обструкции и преимущественно ирритативных симптомах заболевания в качестве монотерапии. Большие размеры аденомы и превалирование обструктивных симптомов требуют сочетания альфа-1-адреноблокаторов с ингибиторами 5-альфа-редуктазы (Проскар, Аводарт, Пермиксон). Строго говоря, Пермиксон относится к препаратам растительного происхождения, но по эффективности и всесторонней изученности он ближе к синтетическим ингибиторам 5-альфа-редуктазы.

Отношение к другим препаратам растительного происхождения (Серпенс, Простамол уно, Таденан, Уртирон, Гентос, Тыквеол) в мировой практике неоднозначное, нередко весьма критическое. Серпенс и Простамол уно являются экстрактами плодов южноамериканской пальмы *Serenoa repens*. Таденан – экстракт коры южноафриканской сливы *Pugium africanum*. Уртирон – экстракт корня крапивы, Тыквеол – масло семян тыквы, а Гентос – гомеопатический препарат. 4-е и 5-е международные совещания консультативного комитета ВОЗ по гиперплазии простаты в 1997 и 2000 г. определили, что их эффект незначительный, приравнивается к плацебо, назначение возможно лишь в самых ранних стадиях заболевания, и необходимы дополнительные клинические исследования для подтверждения их эффективности и безопасности у больных аденомой простаты. С одной стороны такие исследования необходимы, с другой – действие каждого из препаратов является совокупным действием всех компонентов экстракта, поэтому проведение фармакокинетических исследований невозможно. Все компоненты не могут быть прослежены с помощью маркеров и биоисследований. По этой же причине невозможно определение и компонентов экстракта.

Тем не менее, препараты растительного происхождения в консервативной терапии гиперплазии простаты получили широкое

распространение по ряду причин (2):

- близость к средствам «традиционной» народной медицины;
- выработка из растительного сырья, не обладающего, по мнению потребителя, токсичностью химических веществ, полученных синтетическим путем;

В качестве сопутствующих и препятствующих операции больные гиперплазией простаты имеют болезни органов кровообращения (85,3%), центральной нервной системы (2,5%), органов дыхания (2,3%), сахарный диабет (3,5%). Среди сердечно-сосудистых заболеваний – ишемическая болезнь сердца (74,3%), атеросклеротический кардиосклероз (34,2%), стенокардия (33,5%), гипертоническая болезнь (15,6%), постинфарктный кардиосклероз (9,8%), мерцательная аритмия (2,3%).

- многогранное действие;
- относительно низкая цена;
- агрессивная рекламная политика производителей.

Относительно низкая цена, как привлекательный аргумент, в современных экономических условиях вполне понятна. Широкая реклама, направленная непосредственно больным с активным вовлечением средств массовой информации равноценна порочным призывам к самолечению и должна быть осуждена в принципе. Доступность необоснованно разрекламированного препарата в широкой аптечной сети толкает больного, наблюдающего у себя определенные сходные проявления болезни, к самостоятельному приобретению и приему лекарства. Отсутствие врачебного обследования и исключения таких опасных заболеваний, как рак предстательной железы, бесконтрольное самолечение приводят порой к фатальному исходу. Это, прежде всего, касается телевизионной рекламы Простамол Уно и Гентоса.

В этом плане интересен зарубежный опыт. Так, в США большинство лекарственных препаратов растительного происхождения зарегистрированы как биологически активные пищевые добавки (БАД, *non medicine*) и общедоступны для применения без



врача. Примером может служить лечебный комплекс «Формула для мужчин» производства российско-американской фирмы Art Life, имеющийся и в нашей аптечной сети. В Европе и в нашей стране такие средства и их компоненты зарегистрированы как лекарства и стоят в одном ряду с гораздо более эффективными препаратами химической природы, что порождает и служит основой необоснованной жесткой конкуренции и агрессивных рекламных кампаний в средствах массовой информации, приносящих больным не столько пользу, сколько вред.

Эффект от растительных препаратов слабый, их применение желательно в начальных стадиях заболевания. Нежелательна конкуренция с лекарствами химического происхождения. Когда же следует применять и в каком направлении развивать рациональную фитотерапию заболеваний предстательной железы? Исходя из того, что наиболее распространенными заболеваниями являются гиперплазия (40% мужчин в возрасте старше 50 лет и 80% к 80 годам), хронический простатит (40% мужского населения) и их сочетание (около 60%, по некоторым данным до 80%), прежде всего, следует учитывать проблемы, которые в консервативной терапии заболеваний простаты сегодня еще не решены:

- профилактические и лечебные меры, которые могут быть приняты в самых начальных стадиях заболевания, когда увеличение простаты выявлено, а клинических проявлений гиперплазии простаты еще нет или они ми-

нимальны, и врач рекомендует только наблюдение;

- профилактика рецидивов и обострений у больных хроническим простатитом;

- возможность профилактики рака простаты и/или предотвращения трансформации предраковых изменений простаты в рак. Именно поэтому появляется настоятельная необходимость появления специальных растительных лечебных комплексов, обладающих комбинированным действием:

- тормозящий появление и рост аденомы простаты;

- обладающим комплексным противовоспалительным действием;

- позволяющим приблизиться к профилактике рака простаты;

- позволяющим начать его применение с профилактической целью и/или в самых ранних стадиях заболевания;

- созданных на основе естественных (растительных) продуктов;

- являющихся доступными по материальным соображениям в силу необходимости длительного применения.

Примером такого комплекса может служить Ликопротит, представленный компанией «Экомир». Он содержит большинство наиболее значимых компонентов терапии и профилактики гиперплазии простаты, хронического простатита и их сочетания. В его состав входит каротиноид ликопин, витамин Е, аскорбиновая кислота, витамин Д-3, экстракт плодов пальмы *Serenoa repens*, экстракт коры африканской сливы (*Pugueum africanum*), экстракт корня крапивы (*Urtica dioica*),

пиколитат хрома, аспарагинат цинка, дрожжи, обогащенные селеном.

Ликопин – каротиноид, препятствующий повреждению клеток свободными радикалами, является потенциальным антиоксидантом, снижая доступность ДНК лимфоцитов оксидантно-повреждению, инактивируя перекись водорода и двуокись азота, и защищая лимфоциты от индуцированных окисью азота мембранных повреждений, а клетки – от гибели. По данным исследований, проведенных в США, механизм действия ликопина может включать модуляцию межклеточных соединений, гэпов, антираковый механизм. В физиологических концентрациях он ингибирует рост раковых клеток человека, особенно клеток рака простаты.

Витамин Е, витамин С, селен – антиоксиданты. Селен и витамин Е необходимы для эффективного действия глутатиона, обеспечивающего работу иммунной системы, – естественного нейтрализатора свободных радикалов. Витамин Е действует совместно с селеном, его дефицит ухудшает способность организма усваивать и реализовывать селен. Витамин С также способствует нормальному метаболизму селена. Хром связан с регуляцией углеводного обмена, его дефицит обуславливает нейропатию и ангиопатию. Компенсация этого дефицита способна улучшить энергообеспечение тканей и метаболизм клеток простаты. Цинк является иммуностимулятором, входит в состав ферментов синтеза глюкокортикоидов, необходим для роста, развития и функционирования органов репродуктивной системы, нормализует функцию простаты.

Экстракт плодов пальмы *Serenoa repens* ингибирует 5-альфа-редуктазу I и II типа, тормозя рост аденомы простаты, а также благотворно влияет на обмен арахидоновой кислоты и ингибирует синтез простагландинов, оказывая противовоспалительное действие. Он является

**Предпочтения в выборе операции, как метода радикального избавления от аденомы простаты, сегодня можно подразделить на анатомо-функциональные, возрастные, терапевтические, а также материальные и нередко связанное с ним настоятельное желание пациента. В соответствии с законом о здравоохранении (ст. 31) выбор метода лечения осуществляется врачом-специалистом совместно с пациентом на основе полной информации о заболевании и современных возможностях его лечения.**



# Ликопрофит

Гармония мужского здоровья

♂ **Терапия и профилактика хронического простатита и доброкачественной гиперплазии предстательной железы**

♂ **Профилактика рака простаты**

## Состав:

- Ликопин
- Экстракты плодов пальмы карликовой коры сливы африканской корня крапивы двудомной
- Витамины Е, С, Д<sub>3</sub>
- Цинк, селен, хром



основой таких препаратов, как Пермиксон, Серпенс, Простамол Уно, Простасерен. Экстракт коры *Rugueum africanum* обладает противовоспалительной активностью, обусловленной ингибированием синтеза простагландинов в клетках простаты, содержит пентациклические тритерпены, обладающие противоопухоточными свойствами, а также п-докозанол и тетракозанол, снижающие уровень пролактина и блокирующие накопление холестерина в клетках простаты. Пролактин, как известно, увеличивает поглощение тестостерона простатическим эпителием, а холестерин увеличивает связывание дигидротестостерона, являющееся важным звеном патогенеза гиперплазии простаты. Далеко не все влияния компонентов коры *Rugueum africanum* ясны и объяснимы. Так, например, не уточнен механизм снижения возбудимости детрузора, снижения его чувствительности к катехоламинам, АТФ и карбохолину. Противовоспалительный эффект связывают со снижением продукции лейкотриенов и других 5-липосигеназных метаболитов. При исходно низкой активности щелочной фосфатазы в простате экстракт способен его восстанавливать, увеличивая и продукцию белков. Рядом исследований выявлено ингибирование образования фибробластов, увеличение секреции надпочечниковых андрогенов, секреторной активности простатического и бульбо-уретрального эпителия. Предполагают, что действие на фактор роста фибробластов, является объяснением его положительного влияния при гиперплазии простаты в большей степени при ее сопутствующем воспалении. Экстракт коры *Rugueum africanum* является основой таких препаратов, как Таденан и Трианол. Экстракт корня *Urtica dioica* увеличивает объем мочеиспускания, повышает скорость опорожнения мочевого пузыря, уменьшает объем ос-

таточной мочи при гиперплазии простаты. Он является основой препарата Уртирон, предлагаемого для терапии гиперплазии простаты.

Растительные компоненты Ликопрофита в значительно большей дозировке являются основой лекарственных препаратов для медикаментозной терапии гиперплазии простаты и хронического простатита. Поэтому в оценке эффективности, переносимости и безопасности Ликопрофита мы рассчитывали на совместное потенцированное действие его компонентов у больных в начальной стадии гиперплазии простаты и при хроническом простатите вне обострения (3). В исследовании были включены мужчины 20-80 лет, страдающие гиперплазией простаты (масса не более 65 г, остаточной мочи не более 100 мл), больные хроническим абактериальным простатитом и бактериальным простатитом после проведенной противовоспалительной терапии, изъявившие желание проводить терапию Ликопрофитом. В исследование не включали больных с подозрением на рак простаты (пальпаторно определяемые уплотнения, ПСА крови более 4нг\мл), с выраженной ретенцией мочи в мочевом пузыре (остаточной мочи более 100 мл), конкрементами мочевого пузыря, рецидивирующей макрогематурией, выраженной «средней долей» и обострением воспалительного процесса в простате. Обследование соответствовало общепринятым стандартам, его проводили до начала и по завершении курса лечения (3 месяца), включая жалобы и анамнез, данные IPSS, QoL, пальцевое ректальное исследование, микроскопическое исследование секрета простаты, определение ПСА крови, ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря, трансректальное УЗИ простаты, урофлоуметрию с ультразвуковым определением остаточной мочи.

Ликопрофит назначали по 1 капсуле (500 мг) 2 раза в сутки (утром и вечером) в течение 3 месяцев непрерывно в качестве монотерапии. Больные гиперплазией простаты, получавшие до этого медикаментозное лечение (Серпенс, Простамол УНО) принимали Ликопрофит после отмены препарата. Больные хроническим простатитом и гиперплазией простаты в сочетании с хроническим простатитом также получали Ликопрофит в качестве монотерапии. У одного больного с гиперплазией простаты и с хроническим простатитом в течение 7 дней приема Ликопрофита развилась аллергическая реакция в виде сыпи (принимал и другие лекарства в связи с сопутствующими заболеваниями), препарат был отменен.

Общее субъективное улучшение имело место у большинства пациентов (17, 56,6%). Оно выразилось в уменьшении затруднений при опорожнении мочевого пузыря, ликвидации дискомфорта внизу живота после мочеиспускания, обусловленного даже небольшим объемом остаточной мочи, улучшении настроения, аппетита, жизненного тонуса, уверенности в эффективности проводимой терапии. Отсутствие изменений своего общего состояния наблюдалось у 36,6% (11) больных. Это вполне понятно, поскольку срок приема экстрактов *Serenoa repens* и *Rugueum africanum* в случае положительного эффекта составляет около 6 месяцев, в нашей группе больных он вдвое меньше. 20% (6) больных отметили улучшение струи мочи, что также отражает положительное влияние препарата на простату, облегчающее мочеиспускание. Улучшение данных урофлоуметрии наблюдали у 72,4% больных. Уменьшение пальпаторной болезненности простаты, наблюдавшейся при хроническом воспалении, в 30% наблюдений (9 больных) отражает противовоспалительную эффективность Ликопрофита. Общая положительная субъективная оценка больными результатов проведенной терапии была положительной в 16 наблюдениях; уменьшение балла шкалы IPSS произошло у всех больных; улучшение индекса качества жизни QoL отметили 28 больных; исход-

**Современный контингент больных гиперплазией простаты, которые получают консервативную медикаментозную терапию, включает пациентов, которым это лечение показано, а также больных, у которых терапия носит вынужденный характер при наличии абсолютных противопоказаний или категорическом отказе от операции.**

ный нормальный уровень ПСА крови не стал повышенным ни у одного больного; положительная динамика данных микроскопии секрета простаты отмечена у 100% больных; уменьшение массы простаты наблюдалось в 55,2% наблюдений; остаточная моча исчезла, или объем ее уменьшился у 28 больных. Один больной хроническим простатитом на фоне приема препарата отметил ухудшение состояния: сохранение и усиление тазовой боли, ухудшение мочеиспускания, препарат был отменен спустя 1 месяц лечения.

М.Э. Ситдыкова и А.Ю. Зубков (2006) оценили эффективность Ликопрофита в лечении больных с обострением хронического простатита. Назначение препарата по 1 капсуле 3 раза в день в течение 2-х месяцев позволило при обострении хронического простатита добиться клинического улучшения в 70% (при традиционной терапии в 30%), снизить индекс симптомов заболевания в 3 раза (при традиционной терапии в 2,5), нормализовать экстроструктуру и уменьшить объем простаты в 1,6 раза, что не наблюдалось при традиционной терапии. Увеличение объемной скорости мочеиспускания произошло у 75% больных в отличие от традиционного лечения, когда этого удавалось добиться лишь в 1,7% наблюдений. Побочные эффекты при терапии Ликопрофитом не наблюдали (М.Э. Ситдыкова, А.Ю. Зубков 2006).

Таким образом, лечение комбинированным растительным препаратом, каким является Ликопрофит, показало перспективное, эффективное и безопасное положительное содружественное воздействие всех его компонентов у больных гиперплазией простаты и хроническим простати-

титом. Первый опыт применения позволяет рассчитывать на успех в дальнейшем, однако, трудно надеяться на быстрый и выраженный результат при более значительных размерах гиперплазии. Препарат содержит растительные экстракты, которые эффективны в начальных стадиях заболевания, чтобы не дискредитировать фитотерапию, его не следует назначать при больших размерах аденомы и выраженной симптоматике ГП, ГП+ХП, когда применяется общепринятое лечение. Раннее профилактическое значение Ликопрофита может быть оценено лишь в ходе дальнейшего более длительного наблюдения за больными, продолжающими прием препарата. Следует думать, что комбинации препарата с альфа-1-адреноблокаторами также смогут повысить эффективность медикаментозной терапии.

С другой стороны распространение растительных препаратов является ярким примером того, что современная жизнь в условиях рынка просто удивительна. Возвращаясь к проблеме недобросовестной рекламы растительных препаратов нельзя не упомянуть пищевую добавку Ликолам, недавно созданную на основе Ликопина и производных хлорофилла. Противовоспалительное действие Ликопина известно, его протекторные влияния в отношении рака простаты пристально изучаются во всем мире и еще не утверждены окончательно. Но уже сегодня в средствах массовой информации (газета «Лечебные письма № 10, 2006, еженедельник «Аргументы и факты» 2006 г.) производители и распространители Ликолама уверенно обещают его потребителям быстрое и окончательное избавление от гипер-

плазии простаты, возможность избежать операции за несколько минут путем приобретения Ликолама, излечить эректильную дисфункцию, восстановить фертильность и предоставить возможность стать отцом в возрасте более 60 лет. Подобные спекулятивные рекламные акции обма-

Растительные компоненты Ликопрофита в значительно большей дозировке являются основой лекарственных препаратов для медикаментозной терапии гиперплазии простаты и хронического простатита. Поэтому в оценке эффективности, переносимости и безопасности Ликопрофита мы рассчитывали на совместное потенцированное действие его компонентов у больных в начальной стадии гиперплазии простаты и при хроническом простатите вне обострения.

нывают больных, не только не повышают авторитет фитотерапии заболеваний простаты, а, наоборот, способствуют ее полной дискредитации.

На основе подробного рассмотрения преимуществ и недостатков фитотерапии заболеваний простаты, можно утверждать, что благотворное влияние растительных препаратов, особенно комплексных, подобных Ликопрофиту, служит основанием для их дальнейшего применения. Без всякого сомнения, лечение, которое эффективно помогает больному, должно быть продолжено. В ранних стадиях аденомы простаты и хронического простатита фитопрепараты эффективны, на основе дальнейших клинических исследований они могут стать достойными средствами их профилактики и терапии. 

### Список литературы:

1. В.В. Борисов Альфа-адреноблокаторы в лечении урологических заболеваний. Вестник семейной медицины, 2005, 2, 42.
2. В.В. Борисов Рациональная фармакотерапия больных гиперплазией простаты. Русский медицинский журнал, 2005, 13, 14, 969.
3. В.В. Борисов Растительный лечебный комплекс «Ликопрофит» при заболеваниях простаты. В кн.: Актуальные вопросы детской и взрослой урологии. Сборник научных трудов. Томск, 2006, 34.
4. Л.М. Горилковский Эпидемиология, факторы риска развития и биологическое течение доброкачественной гиперплазии предстательной железы. В кн.: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы под ред. академика Н.А. Лопаткина, М., 1999, 12.
5. Е.А. Климанова Монотерапия альфа-адреноблокатором доксазозином артериальной гипертонии и доброкачественной гиперплазии предстательной железы у мужчин старших возрастных групп. Дисс. канд. мед. наук, М., 2003.
6. Н.А. Лопаткин (ред.) Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. М., 1999, 7.
7. Раснер П.И. Современные возможности медикаментозного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Дисс. канд. мед. наук, М., 1999.
8. М.Э. Ситдыкова, А.Ю. Зубков Клиническая эффективность «Ликопрофита» в лечении хронического простатита. Эффективная фармакотерапия в урологии, 2006, 2, 20.
9. М.Ф. Трапезникова, К.В. Поздняков Распространенность доброкачественной гиперплазии предстательной железы и удельный вес выполняемых по поводу данного заболевания оперативных вмешательств в отдельных районах Московской области. Клиническая геронтология, 2005, 11, 9, 55.