

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПРИ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ДГПЖ И ПРОСТАТИТА КОМБИНИРОВАННЫМ ФИТОПРЕПАРАТОМ ПРОСТАГУТ®ФОРТЕ

Н.Д. Темников¹, А.А. Еркович²

¹ФГУ «Сибирский окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства России» (г. Новосибирск)

²ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава»
(г. Новосибирск)

В статье оценивается эффективность и безопасность препарата Простагут форте в качестве монотерапии, а также сравниваются результаты лечения пациентов, принимавших другие группы препаратов.

Ключевые слова: монотерапия препаратом Простагут форте, комбинированные фитопрепараты

Темников Николай Дмитриевич – врач-уролог ФГУ «СОМЦ ФМБА России», заочный аспирант кафедры урологии ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава», e-mail: doctormitrich@yandex.ru

Еркович Андрей Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии, ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава», заведующий отделением урологии ФГУ «СОМЦ ФМБА России»; рабочий телефон: (383) 338-89-77

Введение. Доброкачественная гиперплазия (увеличение) предстательной железы (ДГПЖ) – частое заболевание в пожилом и старческом возрасте у мужчин. Изменения в предстательной железе характерные для ДГПЖ составляют 40 % у мужчин после 40 лет, а к 80-ти годам – 70 %, хотя клинически ДГПЖ не всегда может себя проявлять. По Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), у 85 % мужчин со временем разовьётся ДГПЖ, а у 95 % она будет обнаружена при аутопсии. [3].

Клинически данное заболевание проявляется различными дизурическими симптомами с нарушением пассажа мочи по нижним мочевым путям. Это как обструктивная, так и ирритативная симптоматики, а особенно ноктурия. При отсутствии адекватного лечения изменения в предстательной железе приводят к последней стадии

заболевания, что резко увеличивает риск развития острой задержки мочи. Важно знать, что подобные дизурические симптомы не строго специфичны для ДГПЖ. Они могут встречаться при других заболеваниях предстательной железы и мочевого пузыря. Большое значение имеет правильная диагностика ДГПЖ [3].

Общеизвестно, что ДГПЖ является одним из самых распространенных доброкачественных новообразований у мужчин старшего возраста. Социальная значимость и актуальность этой проблемы подчеркивается демографическими исследованиями ВОЗ, указывающими на тенденцию роста населения в возрасте более 60-ти лет. Эта закономерность характерна и для нашей страны [7].

ДГПЖ – это заболевание, влияющее, прежде всего, на качество жизни пациента, иногда влияющее драматически. Заболевание вынуждает пациентов изменять свой образ жизни, приспосабливаться: 58 % мужчин умышленно уменьшают потребление жидкости в вечерние часы, 41 % избегает посещения мест, где отсутствует туалет, 31 % отказывается от поездок на дальние расстояния, 20 % мужчин стараются реже выходить из дома [8].

В настоящее время диагностика ранней стадии ДГПЖ стала значительно лучше. А показания к проведению операции стали более строгими. Таким образом, количество пациентов для проведения консервативного лечения значительно увеличилось.

Хочется отметить, что в 80 % случаев ДГПЖ сочетается с простатитом [9]. Различные варианты воспалительной реакции являются постоянным компонентом стромальных изменений в предстательной железе при доброкачественной гиперплазии, встречающимся в $94,58 \pm 0,43$ % случаев [10]. Анализ 4,5-летнего исследования (MTOPS) показал, что пациенты с воспалением имеют существенно большие размеры простаты, более высокий уровень простатического специфического антигена (ПСА) и повышенный риск развития задержки мочи [11].

У 80 % мужчин с ДГПЖ обнаруживаются антитела к ткани простаты. У 90 % мужчин с ДГПЖ клинически выявляется простатит. В 80 % случаев простатит, сопутствующий ДГПЖ, аутоиммунный. Воспалительные явления в простатической ткани значительно отягощают симптомы ДГПЖ. Эффективная терапия простатита снижает симптомы ДГПЖ до 72 % [12].

На сегодняшний день нет чётких критериев для назначения того или иного лекарственного препарата больным с ДГПЖ, отсутствуют чёткие сведения о назначении комбинированного медикаментозного лечения у больных с различными симптомами заболевания. Выбор лечения должен основываться на результатах исследований патогенеза заболевания и особенностей действия препарата. Сегодня существуют несколько групп препаратов для консервативного лечения ДГПЖ в сочетании с простатитом. Наиболее часто используются: симптоматические – $\alpha 1$ -адреноблокаторы и патогенетические – синтетические ингибиторы 5α -редуктазы, монофитопрепараты, комбинированные фитопрепараты, в частности Простагут форте – экстракт плодов пальмы сабаль (*Sabal serulata* 160 мг) и корней крапивы двудомной (*Urtica dioica* 120 мг), применение которого основывается на результатах исследований, в том числе на различных моделях *in vitro* и *in vivo*. При различных экспериментах было доказано, что действие экстракта плодов пальмы сабаль (*Sabal serulata* 160 мг) и корней крапивы двудомной (*Urtica dioica* 120 мг) ингибирует 5α -редуктазу, ароматазу, эластазу лейкоцитов, блокирует $\alpha 1$ -адренорецепторы, обладает антиэстрогенным, антипролиферативным, противовоспалительным, иммуномодулирующим действиями. При этом снижается уровень дигидротестостерона в предстательной железе человека и

ингибирование роста её ткани без искажения PSA и маскировки рака простаты. Экстракт Простагут форте (*Sabal serulata*) оказывает неконкурентное ингибирование 5 α -P1 и неконкурирующее ингибирование 5 α -P2, в отличие от конкурентного связывания с рецепторами синтетическими ингибиторами 5 α -редуктазы, тем самым изменяя липидный состав ядерных мембран клеток железы, где находится 5 α -P, и этим меняя её активность, но полностью не блокируя. Ввиду этого отсутствуют побочные действия на потенцию и либидо, гинекомастии, снижения количества эякулята. Экстракт Простагут форте (*Urtica dioica*), ингибируя ароматазу, оказывает антиэстрогенное действие, а вместе с экстрактом сабаль значительно снижает интрапростатическую концентрацию EGF, оказывая антипролиферативное действие.

Противовоспалительная активность направлена на ингибирование продукции лейкотриенов, снижение проницаемости сосудов, ингибирование энзимной активности (5-липооксигеназа и другие ее метаболиты), которая преобразует специфические жирные кислоты (включая арахидоновую) в воспалительные медиаторы (in vitro на культуре клеток человека). Механизм противовоспалительного действия *Sabal serrulata* (экспериментальное исследование на макрофагах) – подавление синтеза эйкозаноидов макрофагами крыс, а механизм противовоспалительного действия *Urtica dioica* (клиническое исследование) – подавление активности фермента HLE (человеческая лейкоцитарная эластаза).

Комбинированный фитопрепарат оказывает широкий спектр действия на патогенез ДГПЖ и простатита и имеет преимущество в данном виде терапии.

Большинство практикующих врачей при выборе медикаментозного лечения ДГПЖ ориентируются в основном на собственный опыт и часто назначают комбинированный курс лечения: α 1-адреноблокаторы и синтетические ингибиторы 5 α -редуктазы, при этом добиваясь у пациента максимального и быстрого симптоматического улучшения без учёта побочных эффектов и стоимости лечения [1, 4].

Препараты растительного происхождения имеют широкую популярность и распространённость во многих странах мира из-за своей эффективности и минимальной выраженности побочных реакций [5]. Впервые применение фитотерапии, или так называемых растительных экстрактов, для лечения расстройств мочеиспускания описано в Египте в XV столетии до нашей эры. В настоящее время фитотерапия в европейских странах и США ежегодно увеличивается. В США растительные препараты продаются на сумму 1,5 млрд долларов ежегодно. В Италии фитопрепараты при ДГПЖ используют на 5 % больше чем α 1-адреноблокаторы и ингибиторы 5 α -редуктазы. В Германии и Австрии фитотерапия является лечением первой линии, особенно в начальной стадии, и составляет более 90 % всех средств для лечения ДГПЖ и простатита [6].

Учитывая патогенетическое действие препарата Простагут форте, эффективность, крайне редкое возникновение побочных реакций при его использовании у пациентов с ДГПЖ в сочетании с простатитом, мы определили цель нашего исследования: оценить эффективность и безопасность препарата в качестве монотерапии, а также сравнить результаты лечения пациентов, принимавших другие группы препаратов.

Материалы и методы. В исследование были включены 82 человека, средний возраст составлял $55 \pm 11,7$ лет с диагнозом ДГПЖ в сочетании с простатитом. Исключались пациенты со склерозом и раком простаты, стриктурой уретры, заболеваниями мочевого пузыря, инфекцией мочевых путей, сопутствующими заболеваниями печени и почек. Пациенты были разделены на 3 группы. В первой группе

проводилась терапия с ингибитором 5 α -редуктазы – финастеридом, во второй группе – терапия с монофитопрепаратом – *Serenoa repens*, в третьей – комбинированным фитопрепаратом – Простагут форте. Во всех трёх группах лечение проводилось без комбинации с другими препаратами, используемыми в терапии при ДГПЖ, т. е. в качестве монотерапии. Курс составлял 3 месяца. Контрольные осмотры проводились 1 раз в месяц.

Субъективно пациенты до лечения отмечали дизурию (ирритативную, обструктивную симптоматику и ноктурию): по шкале IPSS $13 \pm 7,1$ балла, QOL 3 ± 2 балла, жалобы длительностью более 8 мес. Первичный объём мочи составил $135 \pm 46,3$ см³, а остаточная моча $40 \pm 22,1$ см³. Максимальная объёмная скорость мочеиспускания (Q_{max}) была $14,13 \pm 1,7$ мл/с с длительностью мочеиспускания $48,2 \pm 12,3$ с. Уровень ПСА в сыворотке крови составлял $2,46 \pm 1,06$ нг/мл. Объём предстательной железы $42 \pm 12,85$ см³. Секрет простаты: лейкоциты 14 ± 3 в п/з, лецитиновые зёрна – незначительное количество, бактерии – отсутствуют.

Методы исследования эффективности проводимого лечения во всех трех группах включали в себя изучение жалоб на протяжении лечения, анамнеза, пальцевое ректальное исследование предстательной железы, оценку симптомов мочеиспускания по шкале IPSS и качества жизни (QOL). В динамике и после курса лечения проводились ультразвуковое исследование (УЗИ) мочевого пузыря, предстательной железы, остаточной мочи, урофлоуметрия, секрет простаты. ПСА в сыворотке крови оценивался только после трех месячного курса лечения.

Результаты и обсуждения. После обследования пациенты начали лечение. В первой группе приём препарата проводился 1 раз в сутки, во второй группе – 2 раза в сутки, и в третьей Простагут форте принимался по 1 капсуле 2 раза в день. Пациенты наблюдались в течение трех месяцев и 1 раз в месяц проходили контрольное обследование в динамике.

По результатам контрольного обследования через один месяц лечения отрицательной динамики во всех трех группах не наблюдалось. Отметили уменьшение дизурии, в большей степени уменьшилась обструктивная симптоматика. Два пациента в группе, где принимали препарат *Serenoa repens*, существенной динамики не отметили, в третьей группе (принимавших Простагут форте) субъективно без динамики был один человек. В этой же третьей группе у одного пациента развилась желудочная диспепсия. Пациент от лечения не отказался. Было рекомендовано принимать препарат после еды, диспепсия исчезла.

В первой группе: по шкале IPSS 9 баллов, QOL 2 балла. Первичный объём мочи составил 168 см³, а остаточная моча 19,7 см³, Q_{max} 15,2 мл/с с длительностью мочеиспускания 45,4 с. Секрет простаты: лейкоциты 12 в п/з.

Во второй группе: по шкале IPSS 11 баллов, QOL 3 балла. Первичный объём мочи составил 155 см³, а остаточная моча 29,2 см³, Q_{max} 14,2 мл/с с длительностью мочеиспускания 47,9 с. Секрет простаты: лейкоциты 10 в п/з.

В третьей группе (принимавшие Простагут форте): по шкале IPSS 10 баллов, QOL 3 балла. Первичный объём мочи составил 160 см³, а остаточная моча 26,2 см³, Q_{max} 14,8 мл/с с длительностью мочеиспускания 47,1 с. Секрет простаты: лейкоциты 9 в п/з.

Существенной динамики после одного месяца лечения в уменьшении объёма простаты по УЗИ во всех группах не отмечалось.

Пациенты продолжали получать терапию согласно распределению по группам, ежемесячно посещали врача, проходили обследование до окончания курса лечения.

Через 3 месяца после окончания лечения пациенты во всех трёх группах отметили значительные улучшения при мочеиспускании. Также при обследовании отмечалась положительная динамика объективных показателей (рис. 1).

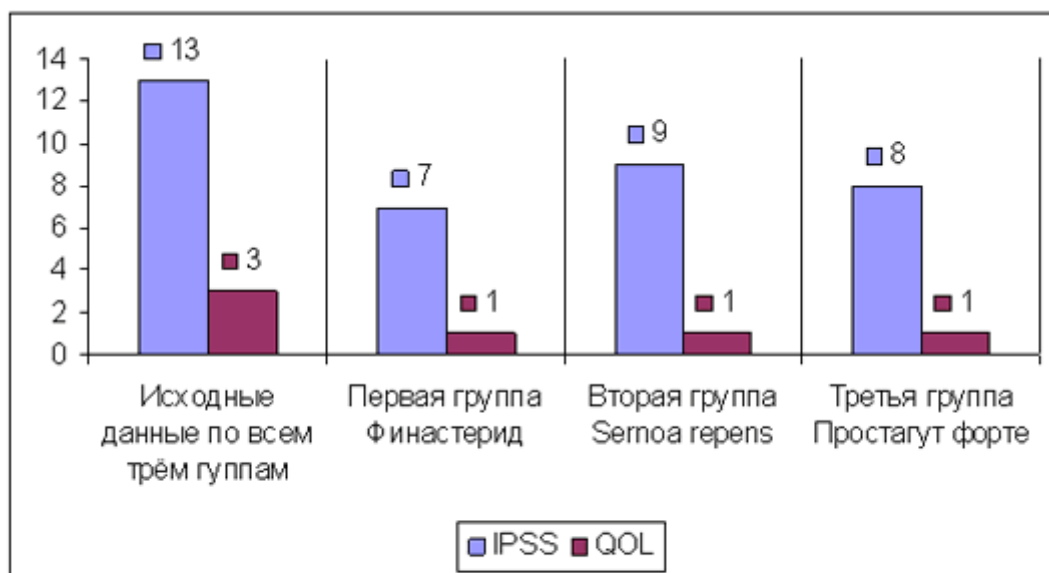


Рис. 1. Динамические изменения по шкале IPSS и QOL через 3 месяца после лечения по всем трём группам

В первой группе: по шкале IPSS 7 баллов, QOL 1 балл. Первичный объём мочи составил 263 см³, а остаточная моча 5 см³, Qmax 17,83 мл/с с длительностью мочеиспускания 34,7 с. Объём предстательной железы составил 34,4 см³ (рис. 2).

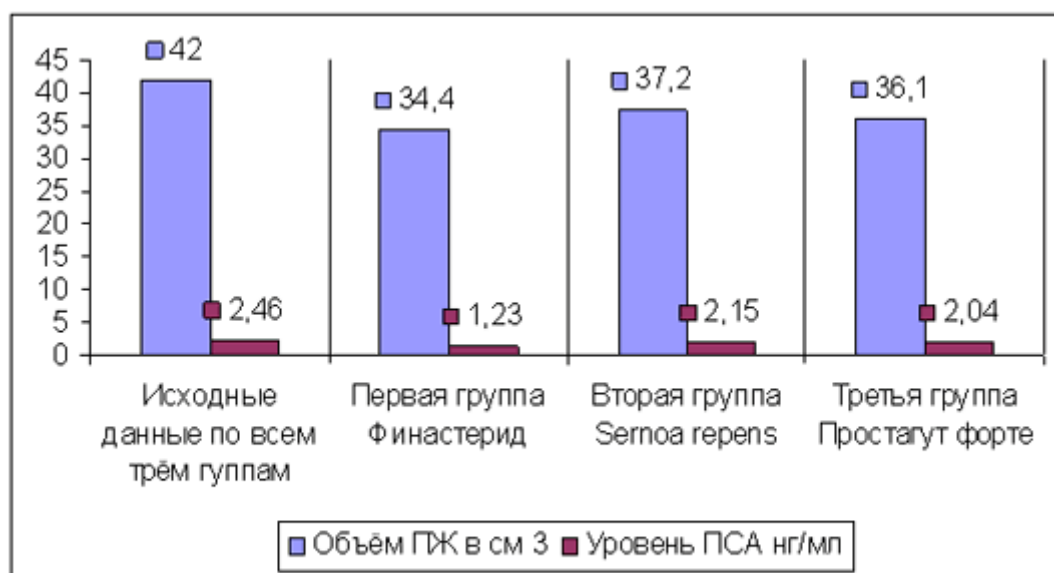


Рис. 2. Динамические изменения объёма ПЖ и ПСА через 3 месяца после лечения по всем трём группам

Уровень ПСА в сыворотке крови снизился до 1,23 нг/мл. Средний показатель лейкоцитов в секрете предстательной железы снизился до 6 в п/з (рис. 5). Кроме

субъективной положительной динамики в мочеиспускании и объективных показателей этой группы пациенты отметили побочные эффекты, главным образом снижение потенции – 16 % и либидо – 10 %. Некоторые отметили ретроградную эякуляцию – 2 %, уменьшение объёма эякулята – 8%, гинекомастия – 3 %.

Во второй группе: по шкале IPSS 9 баллов, QOL 1 балл. Первичный объём мочи составил 257 см³, а остаточная моча 17,2 см³, Q_{max} 16,5 мл/с с длительностью мочеиспускания 36,5 с (рис. 3). Объём предстательной железы составил 37,2 см³. Уровень ПСА в сыворотки крови снизился до 2,15 нг/мл. Побочных эффектов не было отмечено. Средний показатель лейкоцитов в секрете предстательной железе снизился до 6 в п/з.

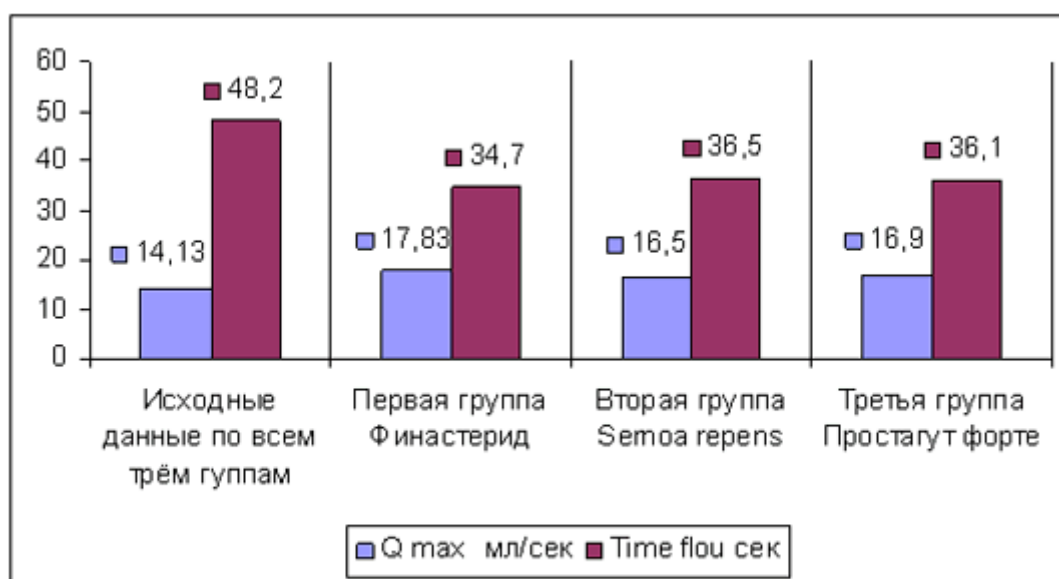


Рис. 3. Динамические изменения Q_{max} и длительности мочеиспускания через 3 месяца во всех трёх группах после лечения

В третьей группе (принимавшие Постагут форте): по шкале IPSS 8 баллов, QOL 1 балл. Первичный объём мочи составил 260 см³, а остаточная моча 15,6 см³ (рис. 4), Q_{max} 16,9 мл/с с длительностью мочеиспускания 36,1 с. Объём предстательной железы составил 36,1 см³. Уровень ПСА в сыворотки крови снизился до 2,04 нг/мл. Средний показатель лейкоцитов в секрете предстательной железе снизился до 5 в п/з (рис. 5).

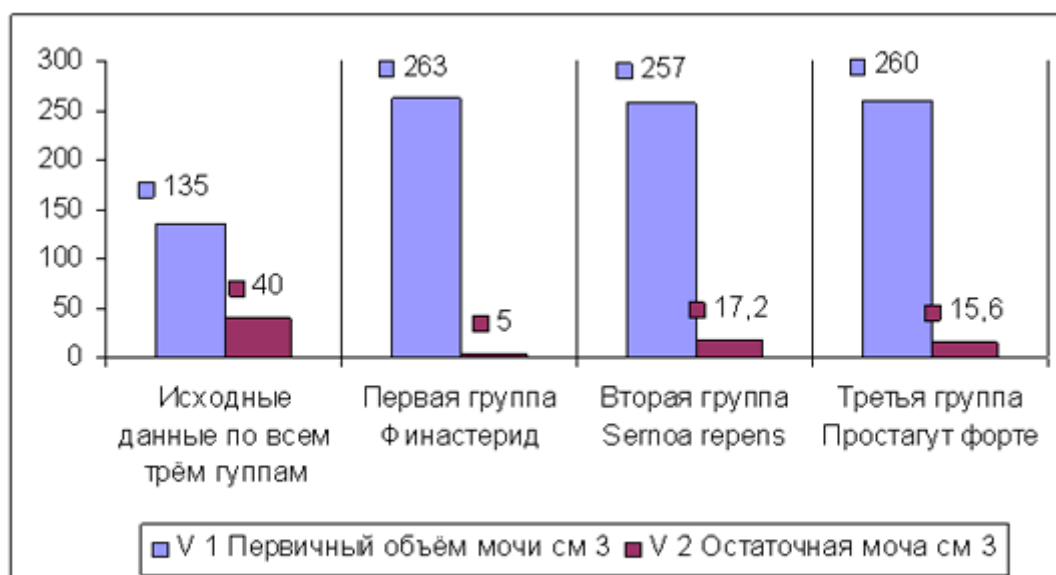


Рис. 4. Динамические изменения первичного и остаточного объема мочи через 3 месяца после лечения по всем трём группам

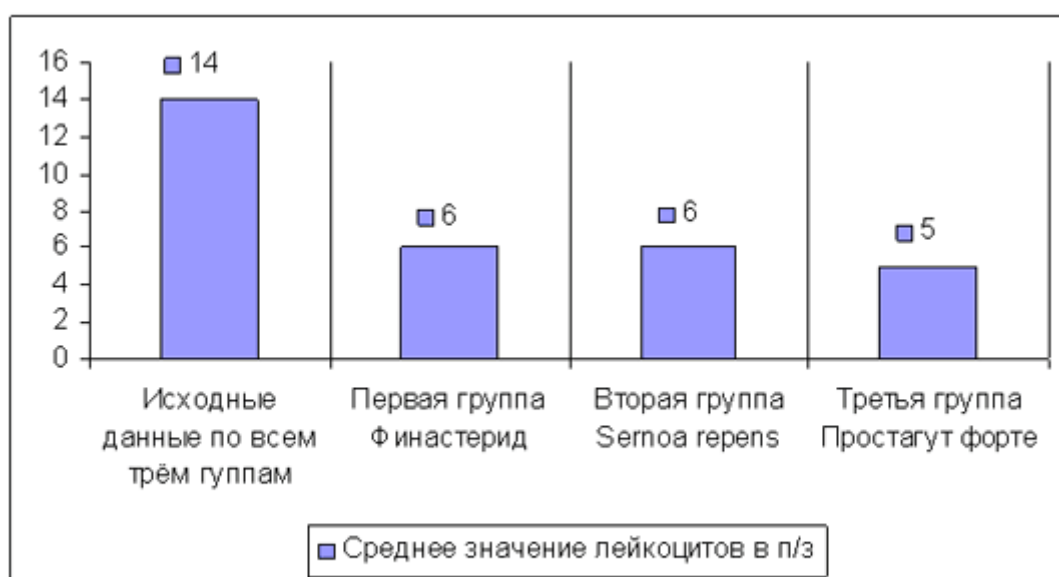


Рис. 5. Динамические изменения лейкоцитов в секрете простаты через 3 месяца после лечения по всем трём группам

При положительных субъективных и объективных показателях пациенты этой группы отметили повышение эректильной и копулятивной функций – 15 % (табл. 1).

Таблица 1

Результаты во всех трёх группах через 3 месяц после лечения

Параметры	Исходные данные по всем трём группам	Первая группа принимавшая Финастерид	Вторая группа принимавшая Serenoa repens	Третья группа принимавшая Простагут форте
IPSS, баллы	13	7	9	8

QOL, баллы	3	1	1	1
Первичный объём мочи, мл	135	263	257	260
Объём остаточной мочи, мл	40	5	18,2	10,2
Qmax	14,13	17,83	16,5	16,9
Длительностью мочеиспускания, с	48,2	34,7	36,5	36,1
Объём предстательной железы, см3	42	34,4	37,2	36,1
Уровень ПСА, нг/мл	2,46	1,23	2,15	2,04
Количество лейкоцитов в секрете простаты в п/з	14	6	6	5

После всего курса лечения пациентам всех трёх групп было предложено пройти анкетирование. В анкетах заключалась субъективная оценка пациентов проведенного лечения (табл. 2).

Таблица 2

Субъективная оценка пациентов проведенного лечения

Параметры	Первая группа, принимавшая Финастерид	Вторая группа, принимавшая Serenoa repens	Третья группа, принимавшая Простагут форте
Улучшение мочеиспускания	Да	Да	Да
Выражение позитивного отношения	Снижение ноктурии	Снижение ноктурии	Снижение ноктурии
Выражения негативного отношения	Побочные эффекты (эректильная дисфункция, снижение либидо, гинекомастия)	Нет	Нет
Финансовый показатель	Дорого	Накладно	Не дорого
Пожелания пациента к лечению	Терапия без побочных эффектов	Нет	Нет

Из табл. 2 наглядно видно как пациенты сами оценивают результат, их отношение и даже пожелания в лечении. Предпочтение в выборе пациенты отдают фитопрепаратам. Однако не менее важным параметром являются и финансовые затраты, учитывая, что лечение проводится длительно. Поэтому предпочтительным из этих препаратов является Простагут форте.

Вывод. Таким образом, комбинированный фитопрепарат Простагут Форте, используемый в третьей группе, показал хороший результат при лечении начальной стадии ДГПЖ в сочетании с простатитом. Оказывая широкий спектр действия на патогенез ДГПЖ и простатита за счёт комбинации растительных экстрактов, он имеет преимущество в данном виде терапии. В процессе лечения не выявлялись побочные эффекты (эректильная дисфункция, снижение либидо, гинекомастия, ретроградная эякуляция); 15 % пациентов отметили улучшения половой функции. Не происходило искажённого снижения ПСА сыворотки крови. Это препарат с очень низким развитием побочных эффектов и доступен по стоимости.

Комбинированный растительный препарат Простагут форте является эффективным и безопасным для лечения ДГПЖ и простатита, может по праву считаться препаратом первой линии терапии и применяться в качестве монотерапии. При начальной стадии после предварительного обследования можно, назначая препарат, профилактировать рост гиперплазированной ткани простаты, снимать воспаление, не дожидаясь дизурических явлений и, тем более, показаний к операции. Препарат улучшает качество жизни пациентов.

Список литературы

1. Сивков А. В. Пермиксон® : механизм действия, клиническая эффективность и место в лечении ДГПЖ / А. В. Сивков ; под ред. Н. А. Лопаткина // Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. – 2-е изд. – М., 1999. – С. 117–134.
2. Медведев А. А. Лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы препаратом Простаплант / А. А. Медведев, Л. А. Синякова, А. В. Зайцев // Урология. – 2000. – № 4. – С. 13–15.
3. Мазо Е. Б. Эффективность и безопасность новой лекарственной формы препарата Витапрост®, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, в терапии пациентов с аденомой предстательной железы / Е. Б. Мазо [и др.] // Урология. – 2007. – № 6. – С. 55–61.
4. Разумов С. В. Целесообразность перехода от комбинированного лечения препаратом Простамол Уно и α1-адреноблокаторами на режим монотерапии препаратом Простамол Уно у больных аденомой предстательной железы / С. В. Разумов, А. А. Егоров // Урология. – 2007. – № 3. – С. 47–50.
5. Аляев Ю. Г. Пятилетний опыт лечения пермиксоном (Serenoa repens, «Pierre Fabre Medicament») больных с гиперплазией предстательной железы / Ю. Г. Аляев [и др.] // Урология. – 2002. – № 1. – С. 23–26.
6. Трапезникова М. Ф. Простамол® Уно в лечении пациентов с аденомой предстательной железы и хроническим неинфекционным простатитом / М. Ф. Трапезникова [и др.] // Урология. – 2008. – № 5. – С. 39–43.
7. Лоран О. Б. Комбинированная медикаментозная терапия больных доброкачественной гиперплазией простаты. Опыт и перспективы / О. Б. Лоран, И. В. Лукьянов // РМЖ. – 2003. – Т. 11, № 24.
8. По материалам Европейской Урологической Ассоциации. – г. Женева, 2001.

9. Lytton D. Interracial incidence of benign prostatic hyperplasia / D. Lytton // In: Hinman F. Jr. (ed) Benign prostatic hypertrophy. Springer. – New York, Berlin, Heidelberg, 1993. – P. 22–6.
10. Лопаткина Н. А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы : руководство по урологии / Н. А. Лопаткин. – 1999.
11. Claus G. Roehrborn*, Dallas, TX; Steven A Kaplan, New York, NY; William D Noble, Rockville, MD; M Scott Lucia, Denver, CO; Kevin M Slawin, Houston, TX; Kevin T McVary, Chicago, IL; John W Kusek, Leroy M Nyberg, Jr, Bethesda, MD. The impact of acute or chronic inflammation in baseline biopsy on the risk of clinical progression of bph: results from the mtops study AUA Poster, 2005.
12. Kasselmann. American urology society. – 2005.

THERAPY EFFICIENCY IN BPH INITIAL STAGE AND PROSTATIC WITH COMBINED PHYTO REMEDY PROSTAGUT FORTE

N.D. Temnikov¹, A.A. Erkovich²

¹FSG «Siberian district medical centre of Federal medico-biological Russia agency»
(c. Novosibirsk)

²SEE HPE «Novosibirsk State Medical University Rushealth» (c. Novosibirsk)

The article estimates the efficiency and safety of Prostagut forte remedy, as monotherapy; the comparable results of treating patients, who took another remedies.

Keywords: monotherapy of Prostagut forte, combined phyto remedies

About authors:

Temnikov Nikolai Dmitrievich – doctor-urologist FSG «Siberian district medical centre of Federal medico-biological Russia agency», post-graduate by correspondence at urology chair SEE HPE «Novosibirsk State Medical University Rushealth», e-mail: doctormitrich@yandex.ru

Erkovich Andrei Anatoljevich – doctor of medical sciences, professor, head of urology chair, SEE HPE «Novosibirsk State Medical University Rushealth», head of urology department FSG «Siberian district medical centre of Federal medico-biological Russia agency», office telephone: (383) 338-89-77

List of the Literature:

1. Sivkov A.V. Permixon : activity mechanism, clinical efficiency and place in BPH treatment / A.V. Sivkov; under red. of N.A. Lopatkin // Benign endocrine glands hypoplasia. – 2-d edition. M., - P. 117-134.

2. Medvedev A.A. Benign endocrine glands treatment with Prostataplan / A.A. Medvedev, L.A. Siniakova, A.V. Zaitsev // Urology. – 2000. - № 4. – P. 13-15.
3. Mazo E.B Efficiency and safety of new Vitaprost preparation, covered by intestinal dissolving coat, in therapy for patients with benign endocrine glands / E.B Mazo [et al.] // Urology. – 2007. - №6. – P. 55-61.
4. Rasumov S.V. Expediency of transfer from combined treatment with Prostatamol Uno and α_1 - adrenoblockers to monotherapy / S.V. Rasumov, A.A. Egorov //Urology. – 2007. - №3. – P. 47-50.
5. Aliaev J.G. A 5-year-old permixon treatment (Serenoa repens, «Pierre Fabre Medicament») patients with benign endocrine glands / J.G. Aliaev [et al.] // Urology. – 2002. - №1. – P. 23-26.
6. Trapeznikova M.F. Prostatamol Uno in treating patients with benign endocrine glands and chronicle non-infectional prostate / M.F. Trapeznikova [et al.] // Urology. – 2008. №5. – P. 39-43.
7. Loran O.B. Combined medicament therapy for benign endocrine glands patients. Experience and prospects / O.B. Loran, I.V. Lukjanov // RMJ. – V. 11, №24.
8. European Urological Association materials. – c. Genève, 2001.
9. Lytton D. Interracial incidence of benign prostatic hyperplasia / D. Lytton // In: Hinman F. Jr. (ed) Benign prostatic hypertrophy. Springer. – New York, Berlin, Heidelberg, 1993. – P. 22–6.
10. Лопаткина Н. А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы : руководство по урологии / Н. А. Лопаткин. – 1999.
11. Claus G. Roehrborn*, Dallas, TX; Steven A Kaplan, New York, NY; William D Noble, Rockville, MD; M Scott Lucia, Denver, CO; Kevin M Slawin, Houston, TX; Kevin T McVary, Chicago, IL; John W Kusek, Leroy M Nyberg, Jr, Bethesda, MD. The impact of acute or chronic inflammation in baseline biopsy on the risk of clinical progression of bph: results from the mtops study AUA Poster, 2005.
12. Kasselman. American urology society. – 2005.