



ТЕМА НОМЕРА:

**РОССИЙСКАЯ УРОЛОГИЯ 2020:
НАДО ЖИТЬ ЗДЕСЬ И СЕЙЧАС**



Цистит? Не пугает! ЦИСТАЛИС помогает



«ЦИСТАЛИС» («CYSTALIS») представляет собой натуральный комплекс активных компонентов, которые благоприятно воздействуют на различные механизмы, позволяющие облегчить состояние при цистите и предотвратить его обострение.

Эффективная уникальная комбинация активных веществ против цистита в одном препарате - не имеет аналогов на рынке!

- Олигомерные проантоцианидины
- Арбутин
- D-манноза

ЦИСТАЛИС - новое слово при цистите!

www.shpharma.ru

№ свидетельства госрегистрации RU.77.99.11.003.E.001615.04.19 от 24.04.2019

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ



- »» Тема номера:
 - »> Российская урология 2020: надо жить здесь и сейчас..... 2

- »» Ординаторская с академиком Д.Ю. Пушкарем: Как улучшить качество жизни после оперативного вмешательства на предстательной железе?..... 26

- »» Не держите камней в душе, руках и почках..... 34

- »» Органотропные препараты в урологии с позиции клинической фармакологии 40

Российская урология 2020: надо жить здесь и сейчас



В.А. Шадркина
Уролог, научный редактор Uroweb.ru, Москва

Оглядываясь назад в необычный 2020 год, нужно признать, что он оказался не только годом потерь, но и приобретений. Совершенно точно этот год запомнится надолго и будет еще долгое время предметом обсуждений, анализа и воспоминаний.

воспоминаний.



Блицкрига не получилось

Пандемия COVID-19, неожиданно разразившаяся в мире, перевернула жизнь и урологам, и их пациентам. И если в первую волну в марте-июне мы еще надеялись на трудную, но быструю победу медицины и системы здравоохранения, «блицкриг», то в сентябре уже стало понятно, что впереди еще месяцы, если не годы, борьбы с новой инфекцией. Диссидентов стало меньше, как только инфекция коснулась их родственников или их лично.

Во время 1й волны COVID-19 массовое перепрофилирование урологических коек в инфекционные повлекло за собой потерю не только качества помощи

урологическим пациентам, но и потерю самого факта оказания такой помощи. Все силы были направлены на помощь пациентам с ковидом, а пациенты с урологическими заболеваниями, которые во многом носят хронический характер, остались наедине со своим состоянием. Конечно, многие из урологов оставались максимально на связи со своими пациентами, по мере сил и возможностей помогая рекомендациями. Однако загруженность, работа в «красных зонах», отсутствие времени, сил, здоровья, вынужденная изоляция коллег 65+, сильно ограничила помощь нашим пациентам. ■



Сотрудники 4-го урологического отделения ГКБ №50 (Москва)

Ко времени развития 2й волны COVID-19 силы были мобилизованы, структурированы и более организованы. Нелюбимые всеми противоэпидемические мероприятия – маски, переход на дистанционную работу, изоляция различных групп населения – видимо, все-таки выполнили свое назначение по крайней мере в том, что люди стали серьезнее относиться к вероятности заражения и беречь себя. Вновь открывшиеся урологические отделения возобновили прием профильных пациентов, в целом продемонстрировав, что система справилась. Буквально в последние дни уходящего года, стало известно, что некоторые урологические отделения Москвы перепрофилированы вновь, но уже на оказание урологической помощи пациентам с ковидом, то есть, несмотря на продолжающуюся пандемию, пациентам с урологическими заболеваниями помощь будет оказываться в полном объеме.



Первый Da Vinci Xi в России и Москве. Четвёртое поколение роботической системы у в клинике урологии ГКБ№50. Первая простатэктомия на Da Vinci Xi в России.

Ближайшие результаты пандемии

Трансформация профессиональных мероприятий

Урологи России, немногочисленные и очень дружные, привыкли к традиционным профессиональным встречам и личному общению. Изменившиеся обстоятельства перевернули формат встреч, заставили обучаться дистанционному взаимодействию с аудиторией и друг с другом. Даже Конгресс Российского общества урологов – неизменное место личных встреч, общения и обмена опытом урологов РФ – прошел в онлайн формате.

Опыт дистанционных мероприятий практически всей урологической аудитории позволил выделить положительные и отрицательные стороны такого формата.

Несомненными **плюсами** можно назвать большое количество мероприятий, которое можно посетить, прослушать доклады или выступить в качестве спикера. Оффлайн подобное количество мероприятий посетить физически невозможно, даже если не брать во внимание финансовые расходы.

Большая часть онлайн мероприятий аккредитовано в системе непрерывного медицинского образования – за участие в них можно получить баллы.

Во время онлайн мероприятий наблюдается больше активности среди участников – урологи охотно задают вопросы, комментируют доклады, то есть обратная связь, позволяющая не только получить мнение специалистов по той или иной теме, но и определить наиболее острые темы, востребованных спикеров.

Онлайн встречи позволяют провести опросы или тестирования, позволяющие определить уровень знаний участников мероприятия, мнение и тактику в конкретных ситуациях.

К очевидным **минусам** можно отнести отсутствие личного дружеского общения, усложнившаяся обстановка для спикеров – отсутствие «живой» аудитории и ее реакции real time на выступление, влияние на здоровье (гиподинамия, повышенная утомляемость, необходимость многочасового нахождения перед монитором, невозможность отвлечься и отдохнуть несколько минут). Со стороны аудитории к спикерам предъявляются повышенные требования – интересное изложение темы, харизма, самые новые и свежие профессиональные факты.

Нужно отметить, что требования аудитории к научной составляющей мероприятия в целом, и к спикерам, в частности, будут только увеличиваться. ■

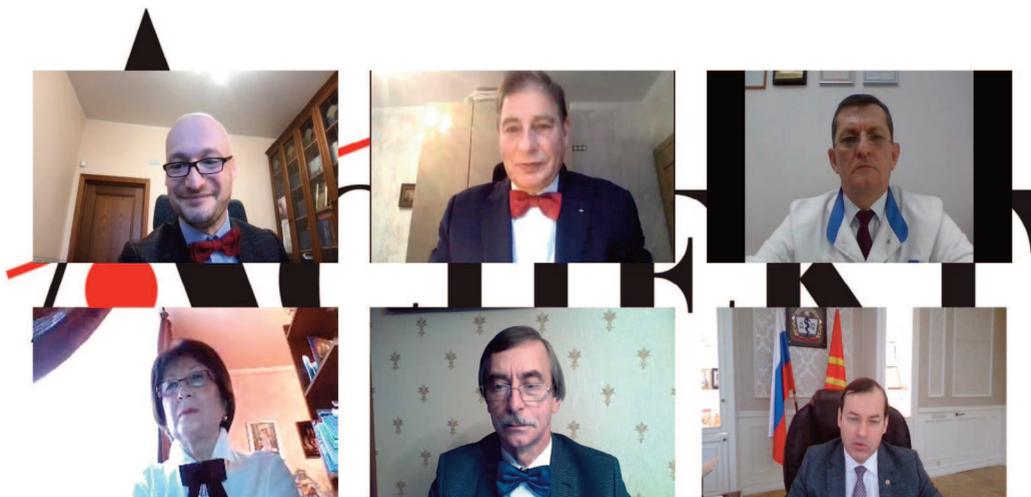
Организаторы онлайн мероприятий сталкиваются с порой непреодолимыми техническими сложностями – отсутствие интернета, достаточного для осуществления связи между участниками.

Несмотря на все эти особенности, многие профессиональные сообщества сумели перестроиться на онлайн формат.

Ярким примером может считаться Дискуссионный клуб «АСПЕКТ», взявший на себя ношу по обучению урологов в 2020 году. 48 заседаний продолжительностью более 6 часов каждое в 45 городах России и 5 самостоятельных школ по МКБ с участием 25 спикеров – всего 5168 онлайн участников + 1100 участников за счет оффлайн мероприятий в начале года. Нужно отметить, что это не просто онлайн доклады, это именно дискуссионный клуб, в котором нет рядовых участников, каждый может задать вопрос, вступить в полемику с докладчиками, предложить рассмотреть свою точку зрения. Организаторами введен новый формат опросов урологов прямо во время доклада с выводом результатов опроса в режиме реального времени. Это позволяет спикеру прямо во время доклада узнать мнение урологов.

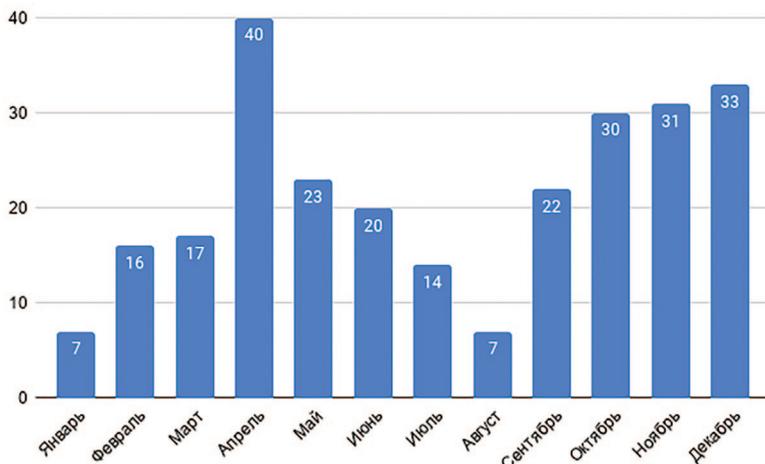


ДОК АСПЕКТ - Москва 4-5.12.2020



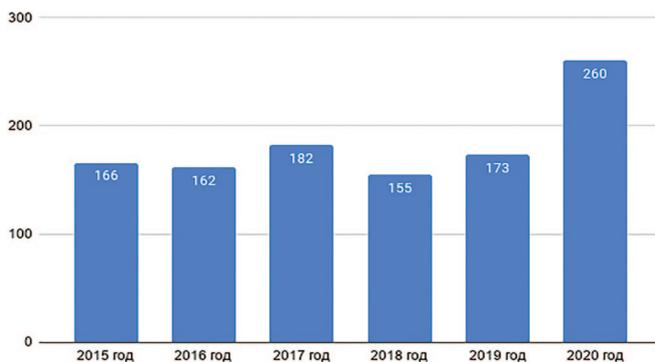
Онлайн-заседание Дискуссионного клуба «АСПЕКТ» г. Москва 4-5 декабря 2020 года

Согласно календарю мероприятий на Uroweb.ru мероприятия с организационной и информационной поддержкой команды Уровеб всего за год было проведено 260 мероприятий:



Количество мероприятий согласно календарю Uroweb.ru за 2020 год

Как видно, всплеск активности традиционно пришелся на апрель и ноябрь-декабрь. За последние 6 лет число мероприятий держалось приблизительно на одном уровне, в 2020 году наблюдаем резкий рост числа мероприятий, что подтверждает наши предложения о том, что если онлайн формат сохранится в 2021 году, то число мероприятий или возрастет, или останется на уровне 2020 года, но однозначно будет больше, чем в предыдущие годы. ■



Количество урологических мероприятий 2015-2020 гг

Развитие телемедицины

Неожиданный толчок в развитии получила телемедицина (ТМ) – во время пандемии сама жизнь все расставила на места и дала ответ на вопрос – быть телемедицине или не быть. Во всех странах врачи всех специальностей были вынуждены оказывать ТМ помощь своим пациентам. Государственная система нашей страны все свои силы бросила на оказание помощи пациентам с ковидом, обойдя вниманием всех остальных пациентов. Конечно, неправильно упрекать ее в этом – нагрузка на государственные и муниципальные учреждения в одночасье стала непомерной, поэтому оказать помощь всем было на тот момент невозможно. Этот пробел был восполнен частной медициной, которая осуществляла прием пациентов с неинфекционными заболеваниями, в том числе с урологическими.

Тем не менее, остались нерешенные вопросы и законодательные особенности, которые существенно ограничивают возможности телемедицины. Ниже приведены сдерживающие моменты, расположенные по степени важности:

1. Сейчас дистанционную медицинскую помощь надо оказывать с того места, на которое имеется лицензия на оказание медицинской помощи по профилю. То есть, уролог может оказывать дистанционные консультации только на своем рабочем месте уролога, невозможно оказывать ее удаленно в месте своего фактического пребывания. Разумно ли это? Мы считаем, что нет. Основной инструмент уролога во время оказания дистанционной помощи пациенту – его знания, которые находятся вместе с урологом, где бы последний ни находился, ноутбук (смартфон) и интернет/сотовая связь. Нужен ли ему в данный момент его лицензированный рабочий кабинет с цистоскопом и другими мануальными инструментами? Конечно, нет.

2. Идентификация участников телемедицинской консультации – сейчас существует требование, согласно которому можно пройти идентификацию через сайт Госуслуг. Многие частные клиники к этому не готовы, и получить дистанционную медицинскую помощь анонимно в настоящее время невозможно.

3. Очень сложным и дискуссионным является вопрос возможности постановки первичного диагноза дистанционно без очного посещения врача. Все вокруг меняется, в том числе и медицина, появляются новые устройства мониторинга, которые можно использовать в домашних условиях, пациенты могут самостоятельно в лабораториях сдать необходимые анализы, пройти обследование с



помощью различных методов визуализации, и передать дистанционно результаты всех исследований любому врачу. Меньше всего пациентов в этот момент беспокоит сохранность и безопасность их данных, они хотят только одного – получить медицинскую консультацию с конкретными рекомендациями. Давайте, коллеги, будем честны – многие из нас оказывали такой вид консультаций, ставили диагнозы и назначали лечение. Возможно, в профессиональном сообществе назрела необходимость обозначить те ситуации и состояния, при которых возможна и дистанционная постановка первичного диагноза, и дистанционное назначение лечения.

Потери друзей и коллег

Ни в один другой год мы не потеряли столько своих коллег-урологов. Горько писать об этом, урологическое сообщество мало, практически мы все друг друга знаем лично – встречались и общались, обсуждали пациентов, дружили. И если бы не ковид, продолжали бы жить и работать. ■

Авакян Альберт Валерьевич (Майкоп)

Акопян Анатолий Мисакович (Санкт-Петербург)

Анверов Рустам Анверович (Новопавловск)

Батищев Олег Юрьевич (Уфа)

Бондаренко Андрей Геннадьевич (Азов)

Боржиевский Цезарь Каэтанович (Львов, Украина)

Завацкий Сергей Евгеньевич (Екатеринбург)

Иванов Александр Павлович (Ярославль)

Казихинуров Альфрит Альтафович (Уфа)

Капсаргин Федор Петрович (Красноярск)

Крестинин Олег Михайлович (Курск)

Левченко Константин Анатольевич (Кисловодск)
Мамбетов Жаныбек Султанбаевич (Бишкек, Киргизия)
Ротару Корнелиу (Кишинев, Молдова)
Солсаев Соип Накаевич (Грозный)
Старинский Максим Валерьевич (Москва)
Тарасов Николай Иванович (Челябинск)
Травкин Андрей Евгеньевич (Подольск)
Тиболов Анатолий Ильич (Владикавказ)
Хамзин Адильжан Акжигитович (Алматы, Казахстан)
Шолох Павел Иванович (Нур-Султан, Казахстан)
Эгамбердиев Адхамжон Анварбердиевич (Ростов-на-Дону)

Каждый из погибших коллег помогал своим пациентам, каждый внес свой вклад в развитие урологии. Уход каждого из коллег – это удар по нашей специальности, удар по регионам и по нашим пациентам. Наверное, будет правильно, если мы будем не просто помнить наших друзей, но и работать чуть больше.

Жизнь продолжается

Работа НМИЦ урологии

В конце 2019 года в России были созданы 2 национальных медицинских исследовательских центра (НМИЦ) по профилю «урология»: ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (директор д.м.н., профессор Газимиев М.А.) и ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России (директор д.м.н., профессор, член-корр. РАН Аполихин О.И.).



Газимиев Магомед Алхазурович – д.м.н., профессор, директор Национального медицинского исследовательского центра урологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России, исполнительный директор Российского Общества Урологов.



Аполихин Олег Иванович – д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, Директор НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России.

НМИЦ урологии Сеченовского университета отвечает за Северо-Западный, Южный, Уральский, Сибирский и Дальневосточный ФО с населением 68 036 418 человек, а НМИЦ урологии им. Лопаткина – за Центральный, Северо-Кавказский и Приволжский ФО с населением 78 712 172 человека (общая численность населения РФ на 2020 год составляет 146 748 590 чел.). Задачами НМИЦ были названы внедрение новейших методов диагностики и лечения урологических заболеваний, консультативная помощь, подготовка медицинских кадров и выездные мероприятия в «прикрепленных» субъектах РФ. ■

Профиль урология



**НМИЦ
радиологии**

- Центральный ФО
- Северо-Кавказский ФО
- Приволжский ФО

78 712 172 человек

Население: 146 748 590 чел. (2020 г.)



**СЕЧЕНОВСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

- Северо-Западный ФО
- Южный федеральный ФО
- Уральский ФО
- Сибирский
- Дальневосточный

68 036 418 человек

Взято из открытых источников. Выступление О.И. Аполичина на 1140-е заседании Московского общества урологов «НМИЦ урологии: новые возможности и перспективы развития урологической службы»

В 2020 году, несмотря на пандемию, НМИЦ начали свою работу, охватив 1200 учреждений всех форм подчинения и собственности и 7800 урологов. За год НМИЦ провели 397 консультаций в формате видеосвязи и заочной форме согласно заявкам – экстренная (2 часа), отсроченная (24 часа), плановая (3 суток).

Сотрудниками НМИЦ были выделены проблемы урологической службы в РФ:

1. В 51% регионов отсутствует региональный приказ об организации медпомощи по профилю «урология»:

- Нет порядка маршрутизации
- Не обозначены нормативные сроки оказания медицинской помощи
- Не сформирована структура службы
- Нет профилактической работы
- Не обозначены критерии эффективности

2. В 87% регионов отсутствует раздел по урологии в «Программе развития здравоохранения региона».

3. В 92% регионов – отсутствие положения о главном внештатном урологе региона и резолюций по его ежегодным рекомендациям.

4. В 90% регионов – отсутствие закрепленного штатного сотрудника органа регионального управления здравоохранения по вопросам урологии.



Уже проводятся пилотные программы «Мужское здоровье и социальное долголетие», «Дистанционный мониторинг урологических заболеваний», являющиеся примером реализации принципа непрерывного взаимодействия врачей общей практики и врачей-специалистов с целью раннего выявления урологических заболеваний.

Все перечисленные выше проблемы требуют решения как на профессиональном (методологическом), так и законодательном региональном и федеральных уровнях.

Аккредитация. Начало.

На данный момент приказ об обязательном вступлении медицинских и фармацевтических специалистов в систему НМО находится на рассмотрении. ■

Дек 2020

29 Дек 2020 online	1141-е заседание Московского общества урологов	Россия	Москва
26 Дек 2020 online НМО	Заседание ДОК «АСПЕКТ» г. Новосибирск - ДЕНЬ ВТОРОЙ	Россия	Новосибирск
25 Дек 2020 online	Практический подход к ДГПЖ: рекомендации профессора Неймарка Б.А.	Россия	Москва
25 Дек 2020 online НМО	Заседание ДОК «АСПЕКТ» г. Иркутск	Россия	Иркутск
24 Дек 2020 online НМО	Заседание ДОК «АСПЕКТ» г. Красноярск	Россия	Красноярск
23 Дек 2020 online	Онкоурология с ведущими экспертами. STATE OF THE ART. Лекарственная терапия мышечно-инвазивного уротелиального рака	Россия	Москва
23 Дек 2020 online	<u>ЧСВУ «Гипоактивный мочевой пузырь — редкая патология?»</u>	Россия	Москва
23 Дек 2020 online НМО	Заседание ДОК «АСПЕКТ» г. Новосибирск - ДЕНЬ ПЕРВЫЙ	Россия	Новосибирск
22 Дек 2020 online НМО	Заседание ДОК «АСПЕКТ» г. Барнаул	Россия	Барнаул
21 Дек 2020 online	ЧСВУ: Диалог клинициста и фармаколога об оптимальной терапии простатита	Россия	Москва
19 Дек 2020 online НМО	Заседание ДОК «АСПЕКТ» г. Нижний Новгород	Россия	Нижний Новгород

Uroweb.ru активно сотрудничает со всеми организаторами мероприятий и обучающих курсов с выдачей баллов НМО

Однако уже весной 2021 года документ пройдет согласование и, как ожидается, будет узаконен. Но, учитывая особенности работы медицинских работников во время пандемии, МЗ РФ планирует ввести мораторий до 1 июня 2021 года на допуск физических лиц к медицинской и фармацевтической деятельности без сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации.

При наличии действующего сертификата сдавать аккредитацию и получать свидетельство не нужно. Пока не истек срок действия документа, врачи могут продолжать работать без сдачи аккредитационного экзамена. Если документа нет, специалисту нужно сдать все этапы экзамена в специализированных центрах. Без аккредитации в 2021 году к работе не допустят, но и уволить без оснований не могут по закону — на обучение и сдачу аккредитационного экзамена дается время.

За год необходимо набрать 50 баллов НМО, соответственно, за 5 лет – 250 баллов. К этой ситуации подготовились практически все профессиональные урологические сообщества: **Российское общество урологов, Российское общество онкоурологов, Аспект, Рациональная фармакотерапия в урологии, Общество Нейроурологов, Общество «Мужское здоровье», Интернет форум урологов, Камнеборцы, региональные урологические общества и ассоциации.** Профессиональный урологический ресурс **Uroweb.ru** также готов к проведению мероприятий и обучающих курсов с выдачей баллов НМО, в том числе и в дистанционном формате, и в этом отношении активно сотрудничает со всеми организаторами мероприятий.

Новый источник исследований

На пандемию COVID-19 отреагировали не только система здравоохранения и практическая медицина, но и научное сообщество. Работа урологической службы в условиях эпидемиологического неблагополучия стало предметом научных исследований и, как следствие, научных публикаций.

Оказание стационарной помощи пациентам урологического профиля в условиях пандемии коронарновирусной инфекции COVID-19. *Малхасян В.А., Касян Г.Р., Ходырева Л.А., Колонтарев К.Б., Говоров А.В., Васильев А.О., Пушкарь Д.Ю.*

DOI: 10.29188/2222-8543-2020-12-1-4-11

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42749902>



COVID-19: влияние на урологическую службу Российской Федерации. *Пушкарь Д.Ю., Касян Г.Р., Малхасян В.А., Сазонова Н.А., Шадеркин И.А., Шадеркина В.А.*

DOI: 10.29188/2222-8543-2020-12-2-13-17

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43306611>

Мочеполовая система и COVID-19: некоторые аспекты. *Сивков А.В., Корякин А.В., Синягин А.А., Аполихин О.И., Каприн А.Д.*

DOI: 10.29188/2222-8543-2020-12-2-18-23

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43306612>

Перспективы лечения больных урогинекологического профиля в условиях пандемии COVID-19 и последующего снятия ограничительных мер. *Гвоздев М.Ю., Шадеркина В.А., Шадеркин И.А., Джураева М.Д., Арефьева О.А.*

DOI: 10.29188/2222-8543-2020-12-2-24-32

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43306613>

Метаморфозы онкоурологии после первой волны пандемии COVID-19

Беляев А.М., Носов А.К., Игнатова О.К., Байрамов Х.Н., Рябинин Р.И., Щекутеев Н.А., Саад А.Э., Беркут М.В.

DOI: 10.29188/2222-8543-2020-12-3-16-24

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44066481>

Оценка психологического статуса врачей-урологов во время пандемии COVID-19

Красавцева Ю.В., Киселева М.Г., Касян Г.Р., Пушкарь Д.Ю.

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43057611>

Влияние COVID-19 на мужскую фертильность. Что уже известно? *Ефремов Е.А., Касатонова Е.В., Мельник Я.И., Никушина А.А.*

<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43968723>

Многими урологами ожидаются научные работы по изучению влияния коронавируса на мужскую фертильность, на функцию предстательной железы, ■

мочевого пузыря и почек. Вероятно, за время существования пандемии урологам удастся накопить, систематизировать и проанализировать научный материал по этой категории пациентов.



Юбилейный выпуск журнала «Андрология и генитальная хирургия»

20 лет исполнилось одному из самых известных журналов «**Андрология и генитальная хирургия**» (главный редактор Президент ПААР профессор **Щеплев Петр Андреевич**), чему была посвящена юбилейная научная конференция, в которой приняли участие известные российские андрологи, обсудив не только векторы и перспективы журнала, но и вопросы клинической андрологии, которые остаются злободневными вне зависимости от эпидемиологической ситуации в стране.

Новые медиа-проекты для урологов

Во второй половине 2020 года начат авторский проект «Онкоурология с ведущими экспертами. State of the art» под руководством профессора Павла Ильича Раснера – профессиональная информационно-образовательная программа, в которой ведущие эксперты онкоурологии делятся своим опытом, мнением по разным вопросам отечественной и международной клинической практики и новых направлениях в нашей специальности. Приглашенными спикерами стали профессора Б.Я. Алексеев, М.И. Волкова, К.А. Ньюшко, Н.В. Воробьев, К.Е. Борисов, Б.Е. Осмоловский.



Проект «Онкоурология с ведущими экспертами. State of the art» под руководством профессора Павла Ильича Раснера

Число участников трансляции суммарно превысило 1300 человек, а просмотров видео в записи – более 3200 за 2 месяца.

«Эндоурология не для «чайников» – авторский проект д.м.н., профессора Николая Александровича Григорьева – признанного гуру эндоурологии, руководителя урологической клиники АО «Европейский Медицинский Центр». ■



Авторский образовательный проект профессора Н.А. Григорьева «Эндоурология НЕ для «чайников»

Видео по трудной катетеризации, КУЛТ проксимальных камней, лайфхаки коагуляции в мочевых путях, простатитическим стентам, почечной колике у беременных собрали обширную аудиторию и 3315 просмотров.



Профессиональная информационно-образовательная программа «Ординаторская с главным урологом РФ»

Трижды академик РАН Дмитрий Юрьевич Пушкарь при участии профессоров Касяна Г.Р., Говорова А.В., Котова С.В., Кривобородова Г.Г., проводил «**Ординаторскую с главным урологом РФ**» на Uro.TV, в которой рассматривались урологическая служба в условиях пандемии COVID, качество оказания помощи пациентам с ДГПЖ, СНМП, метаболическим синдромом, а также качество жизни пациентов после оперативных вмешательств на предстательной железе.

Новые книги по урологии



«Экстренная хирургическая помощь в условиях COVID-19», авторы член-корреспондент РАН, профессор Шабунин Алексей Васильевич, академик РАН, профессор Пушкарь Дмитрий Юрьевич, доктор медицинских наук, профессор Касян Геворг Рудикович, кандидат медицинских наук Васильев Александр Олегович.

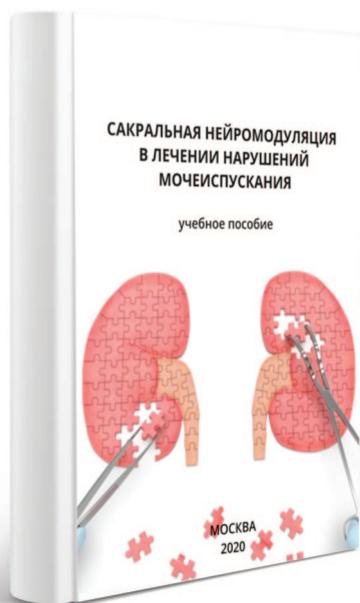
Временные методические рекомендации по оказанию специализированной медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология» в условиях новой коронавирусной инфекции COVID-19. Авторы Пушкарь Д.Ю., Погонин А.В., Куандыкова М.В., Касян Г.Р., Говоров А.В., Колонтарев К.Б., Ходырева Л.А., Малхасян В.А., Куприянов Ю.А., Васильев А.О. ■





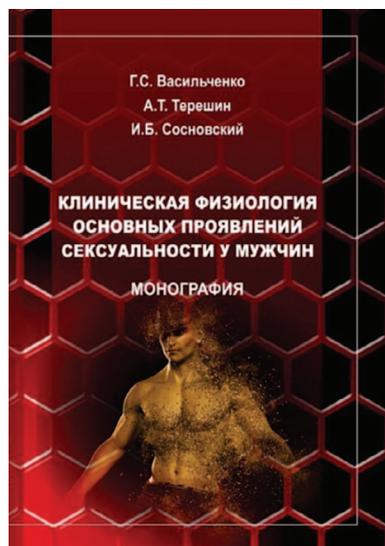
Принципы и этапы восстановления урологической помощи после COVID-19. Авторы Пушкарь Д.Ю., Погонин А.В., Куандыкова М.В., Касян Г.Р., Говоров А.В., М.Ю. Гвоздев, Ахвледiani Н.Д., Ходырева Л.А., Берников А.Н., Рева И.А.

Сакральная нейромодуляция в лечении нарушений мочеиспускания. Авторы Е.С. Коршунова, М.Н. Коршунов, А.С. Никитин, Р.М. Нанаев, И.С. Трифионов, С.П. Даренков, В.В. Крылов.



Проявления сексуальности мужчин были рассмотрены с позиции клинической физиологии коллективом авторов Васильченко Г.С., Терешин А.Т., Сосновский И.Б. В книге приведен фундаментальный анализ исследований биологов, генетиков, эмбриологов, а авторы показывают различные модели процесса раз-

множения в природе, роль дифференциации полов в эволюционном преобразовании генетического фонда, дифференциацию полов в раннем онтогенезе и многомерность детерминации пола. С современных позиций авторы приводят данные об анатомо-физиологическом обеспечении половой сферы мужчины, функциональной активности дополнительных половых желез, особенности васкуляризации гениталий.



Сразу 2 книги из серии «Андрология для урологов» вышли под редакцией профессора Щеплева П.А. – «Ургентная андрология» и «Спермиология» (с участием Ж.Ю. Сапожковой). ■

Social импакт-фактор

Изменившаяся на наших глазах действительность требует изменения во всех сферах жизни – личной, профессиональной и общественной.

Если занимаешься наукой, следишь за импакт-фактором научных журналов, в которых планируешь публиковаться. Современная жизнь требует от всех непрерывной социальной «видимости» для повышения, так называемого, **social-импакт фактора**.



Это касается врачей, которые хотят привлечь пациентов – считается «хорошим тоном» иметь инстаграмм-канал, в котором можно демонстрировать результаты удачных операций, положительные отзывы и интервью с вылеченными и довольными пациентами, показывать частичку своей личной жизни, чтобы выглядеть человечнее. Особенно такой формат нравится молодым и амбициозным врачам, которые не представляют свою жизнь без интернета. Но в последнее время от них не отстают и врачи старшего возраста, за короткое время видя повышенный интерес со стороны пациентов.

Social видимость нужна и людям науки – если занимаешься научной работой, то обязательно выступаешь в качестве спикера на профессиональных мероприя-

тиях, представляя результаты научных изысканий, делаясь опытом и собственными наработками. Однако с переходом мероприятий в онлайн формат не все спикеры оказались готовы к выступлению в онлайн-режиме. Это связано с трудностями освоения различных платформ для трансляции, наличием оборудования и связи, достаточных для работы в онлайн. Особенно неохотно переходят в онлайн «спикеры одного доклада» – все выступления публикуются и доступны для просмотра в записи, поэтому если у выступающего в активе только один доклад, или несколько докладов на одну и ту же тему, с интеграцией препаратов от различных фармкомпаний, то в интернете все это выводится на поверхность и становится очевидным.

Social импакт-фактор = *социальная видимость*

Несмотря на сложности и непривычность работы в онлайн, очень многие спикеры сумели переформатировать свою работу и за почти год адаптироваться к новым условиям – полностью перейти на дистанционный формат выступлений, открыть различные дополнительные каналы коммуникации с аудиторией – социальные сети, телеграмм-, ватсап-, зум, инстаграмм-, ютьюб-каналы, интегрироваться с уже известными платформами. Такие спикеры понимают и прослеживают цепочку событий – не сумеешь адаптироваться – не будешь выступать – не будешь видимым (низкий social-импакт фактор) – не будет интереса со стороны профессионального сообщества – не будет интереса со стороны фармкомпаний. Лишь небольшое число всем известных ученых, достаточно заметных и востребованных в «доковидное» время, исчезли из социальной видимости, видимо, ожидая возврата к привычному образу жизни и работы. ■



2020 год выдался очень насыщенным на новые форматы, проекты и новых спикеров

Нужно сказать, что мы все надеемся на это возвращение к обычной жизни, к очным мероприятиям, к личному общению. Но, на наш взгляд, не стоит ожидать этого быстро. Да и вряд ли мы вернемся к прежней жизни без ограничений, на все сто процентов. Поэтому нужно продолжать обучаться дистанционным технологиям, **надо жить здесь и сейчас**, приспосабливаться к имеющимся условиям и продолжать всеми возможностями реализовывать наши профессиональные задачи. ■

ПЕЙРОНИ



АКТУАЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ!

УНИКАЛЬНЫЙ КОМПЛЕКС С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ
АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ОТНОШЕНИИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

ПЕЙРОФЛЕКС



Активные компоненты комплекса ПЕЙРОФЛЕКС при курсовом приеме способствуют:

- Уменьшению размера фиброзной бляшки^{1,2,3}
- Замедлению прогрессирования искривления полового члена^{4,5}
- Уменьшению боли в активную фазу болезни Пейрони^{6,7,8}
- Профилактике искривления полового члена после травмы

SHPHARMA
source of healing

www.shpharma.ru

1. Carson C.C. Tech. Urol. 1997. Vol. 3. № 3. P. 135-139 2. Hoesche-Klinder R. Urologe. A. 1978. Vol. 17. № 4. P. 224-227 3. Weidner W. et al. Eur. Urol. 2005. Vol. 47. № 4. P. 530-536 4. ZARAFONETIS C.J., HOBRAK T.M. J. Urol. 1959. Vol. 81. № 6. P. 770-772.
5. Scardino P.L., Scott W.W. Ann. N. Y. Acad. Sci. 1949. Vol. 52. № 3. P. 390-396 6. Chesney J. Br. J. Urol. 1975. Vol. 47. P. 209-218.
7. Pryor J., Farrell C. Prog. Reprod. Biol. Med. 1983. Vol. 3. P. 41-45 8. Devine C.J., Horton C. Semin. Urol. 1987. Vol. 5. P. 251-261.

№ свидетельства госрегистрации RU.77.99.88.003.R.003360.09.19 от 16.09.2019.

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Для специалистов

Ординаторская с академиком Д.Ю. Пушкарем: Как улучшить качество жизни после оперативного вмешательства на предстательной железе?

В эфире проекта «Урология. Ординаторская» академик РАН, главный внештатный специалист-уролог Минздрава РФ и Департамента здравоохранения города Москвы Дмитрий Юрьевич Пушкарь, д.м.н., профессор кафедры урологии МГМСУ Геворг Рудикович Касян и заведующий кафедрой урологии и андрологии РНИМУ имени Н.И. Пирогова Сергей Владиславович Котов обсудили причины возникновения и пути устранения симптомов нижних мочевых путей, возникающих после хирургических вмешательств на простате.



Дмитрий Юрьевич Пушкарь академик РАН, главный внештатный специалист-уролог Минздрава РФ и Департамента здравоохранения г. Москвы



Геворг Рудикович Касян д.м.н., профессор кафедры урологии МГМСУ



Сергей Владиславович Котов д.м.н., заведующий кафедрой урологии и андрологии РНИМУ имени Н.И. Пирогова

Беседа профессоров была основана на разборе клинических случаев.

Причины и устранение СНМП после ТУР ПЖ

Профессор Касян Геворг Рудикович привел пример пациента 70 лет с объемом простаты 77 см³, Q_{max} — 12 мл/сек, общим уровнем ПСА 1,5 нг/мл, количеством баллов IPSS 18, ПЕФ (индекс эректильной функции) — 6 и нормальным ОАМ.

Симптоматика смешанная: присутствуют эпизоды недержания и urgency, но есть и обструктивные симптомы с постепенным увеличением объема остаточной мочи. Как подчеркнул спикер, случай этот достаточно типичный и многие пациенты с похожими симптомами лечатся медикаментозно. Некоторым, впрочем, назначается оперативное лечение, и часто мужчины возвращаются к врачам после пройденного хирургического лечения из-за проблем как с качеством мочеиспускания, так и с удержанием мочи, а также наличием urgentных позывов и ноктурии.

Существует ряд причин, из-за которых пациент, переживший операцию на предстательной железе, не мочится: сохраняется обструкция, возникает детрузорно-сфинктерная диссинергия или же наблюдается гипоконтрактильность мочевого пузыря. В диагностике таких состояний применяются анкета IPSS, уретроцистоскопия, урофлоуметрия с определением остаточной мочи и исследование «давление — поток». Если наблюдаются одновременно высокое давление в мочевом пузыре и низкий поток мочеиспускания, речь идет об инфравезикальной обструкции (ИВО). Существует индекс инфравезикальной обструкции, который рассчитывается по формуле $P_{det}Q_{max} - 2Q_{max}$. При значении индекса больше 40 диагностируется обструкция, значение менее 20 говорит об ее отсутствии, а на границы 20–40 приходится условная «серая зона». Вероятность обструкции велика при скорости мочеиспускания ниже 12 мл/сек.

Как подчеркнул Геворг Рудикович, препаратами выбора первой линии в подобных случаях являются альфа₁-адреноблокаторы (АБ), и в частности силодозин. Анализ клинических исследований: 17 с использованием альфа-блокаторов и 26 — эндоскопического лечения — при изменении показателей $P_{det}Q_{max}$, Q_{max} и индекса ИВО по сравнению с исходным уровнем у пациентов с СНМП/ДГПЖ показал его эффективность, в том числе в снижении индекса ИВО. При этом силодозин превосходит все другие АБ по влиянию на основные уродинамические показатели. При его назначении (8 мг/сутки, 8 недель) средний индекс ИВО снижался с 70,6 до 39,2. По окончании лечения все пациенты заявили, что их состояние улучшилось настолько, что операция была отложена или перенесена. Международный опросник по симптомам предстательной железы заполнялся в исходном состоянии, а также после 4 и 8 недель лечения. Влияние силодозина на индекс ИВО сравнимо с применением многих малоинвазивных хирургических методик. ■

Роль уродинамики

Встречаются и другие причины, препятствующие расслаблению сфинктеров, к примеру нейрогенные. Операции у таких пациентов обычно низкоперспективны. Зачастую нарушено расслабление наружного сфинктера уретры у пациентов с болезнью Паркинсона. У многих из них наблюдается ДГПЖ, и в большинстве случаев показана операция. Затрудненное мочеиспускание наблюдается при склерозе шейки мочевого пузыря.

При плохо сокращающемся (гипоконтракtilном) мочевом пузыре состояние оценивается с помощью уродинамики. Вероятнее всего, такое состояние вызывается у больных с заболеваниями простаты декомпенсацией детрузора, а не является отдельным заболеванием. Достигнуть периодического опорожнения мочевого пузыря в таких случаях предпочтительно по сравнению с постоянным дренированием. Десятилетнее наблюдение показателей уродинамики у пациентов со сниженной кортракtilностью без лечения показало, что по истечении установленного периода всего лишь 3 пациента из 69 имели острую задержку мочи, а остальные продолжали наблюдаться.

Поллакиурия и ургентность

Сегодня ведется активная дискуссия на тему о том, как меняется детрузор при ИВО и какова предиктивная ценность этих изменений. Важно не упустить тот момент, когда нужно устранить ИВО, чтобы дать пациенту хотя бы шанс на самостоятельное мочеиспускание.

Отдельную большую проблему представляют собой поллакиурия и ургентность мочеиспускания. Для оценки состояния пациента применяются дневники мочеиспускания, в которых отмечаются частота и средний объем мочеиспусканий, дневной и ночной диурез. Причинами могут быть цистит / воспаление, гиперактивность мочевого пузыря, попадание инородного тела и другие патологические состояния, к примеру, опухоли мочевого пузыря. Таким пациентам рекомендуют ограничить на ночь чрезмерное потребление жидкости, чая и кофе. При наличии воспалительных явлений выполняются общий анализ мочи и посев на микрофлору, назначаются антибиотики и обильный прием жидкости (в дневное время). Также могут применяться фитопрепараты, иммуномодуляторы, свечи с белладонной или диклофенаком.



В какой-то степени проведение ТУР ПЖ может влиять на urgency, однако единственным доказанным негативным фактором остается предоперационная терминальная гиперактивность детрузора. Лечение при гиперактивности стандартное: холинолитики, БЗ-адреномиметики и в ряде случаев — внутридетрузорное введение ботулинического токсина.

Ноктурия

Весьма сложная проблема, которая не может решаться урологами в одиночку, — ноктурия. Зачастую первичные нарушения сна здесь сочетаются с тотальной полиурией, ночной полиурией и симптомами накопления мочи. При ноктурии зачастую непонятно — стоит лечить гиперактивность мочевого пузыря или ДГПЖ. Назначаемые обычно холинолитики не снижают ночной диурез у больных с ночной полиурией, однако снижают ноктурию, если она связана с urgency-позывами. Также ТУР снижает ноктурию в меньшей степени, нежели другие проявления СНМП. Как напомнил Геворг Рудикович, следует различать методы лечения urgency, стрессового и смешанного недержания. Стоит учитывать также возможное негативное влияние возрастного андрогенного дефицита. Андроген-заместительная терапия не дает быстрого стопроцентного результата.

В рамках консервативного лечения может применяться антидепрессант дулоксетин, ингибитор обратного захвата серотонина, повышающий тонус наружного сфинктера мочевого пузыря.

Качество жизни пациентов и СНМП после РПЭ

Тему продолжил профессор Сергей Владиславович Котов. По его словам, сегодня зачастую на первый план выходит качество жизни пациентов после оперативного вмешательства. Со своей стороны доктор также привел клинический пример: пациент 59 лет, ИМТ 31 кг/м², жалобы на ноктурию 1–2 раза в ночь. В связи с повышением ПСА до 7,3 нг/мл проведена биопсия предстательной железы под контролем гистосканирования. Гистологически в 2/12 биоптатов с 50% поражением столбиков аденокарцинома предстательной железы ISUP 1 (Глисон 3 + 3), cT1cN0M0. У пациента нарушена гликемия натощак, соблюдает диету. Вредные привычки отрицает, ведет половую жизнь. Проведена лапароскопическая ■

НС-РПЭ, время операции 140 мин. На вторые сутки проведена ретроградная цистография с последующим удалением уретрального катетера. Зафиксирована острая задержка мочи — однократная катетеризация, затем повторная установка катетера на сутки плюс альфа-блокатор. Гистологически рТ2А.

Пациент вернулся через 12 месяцев с жалобами на недержание мочи на фоне физической нагрузки. Ночью недержание меньше, чем днем, используются две прокладки в день. Мужчина выполняет упражнения Кегеля. ПСА 0,01 нг/мл, IPSS 4 (2 — обструктивные симптомы и 2 — ирритативные). Половую жизнь ведет с ФДЭ-5, МИЭФ 5–17. Остаточной мочи нет, при урофлоуметрии Q_{max} 17,2 мл/сек, $Q_{ср}$ 6,9 мл/сек.

Сергей Владиславович подчеркнул, что после радикальной простатэктомии может наблюдаться не только недержание, но и острая задержка мочи. Особенно она распространена при сокращении срока дренирования: по собственным данным, озвученным профессором, при удалении катетера на вторые сутки ОЗМ наблюдается в 6% случаев. Согласно доступным на сегодня данным литературы, силодозин повышает способность к самостоятельному мочеиспусканию после удаления катетера и сокращает инциденты повторной задержки мочи.

Все же наиболее часто беспокоит пациентов после хирургического вмешательства недержание мочи. Частота сохраняющегося после радикальной простатэктомии недержания, по разным данным, составляет от 1 до 40%. В целом 6–9% пациентов требуют по этому поводу вторичного хирургического вмешательства.

Основными причинами являются гиперактивность детрузора (нестабильность и гиперрефлексия), низкая эластичность стенки мочевого пузыря, нарушения сфинктерного аппарата, в частности, гипермобильность уретры и недостаточность уретрального сфинктера, а также недержание мочи от перенаполнения (парадоксальная ишурия) и экстрауретральная инконтиненция.

Как напомнил Сергей Владиславович, к структурам, отвечающим за удержание мочи у мужчин, относятся шейка мочевого пузыря, проксимальная уретра (выше семенного бугорка), наружный сфинктер уретры и периуретральные мышцы.

Диагностика в таких случаях начинается со сбора анамнеза (вид операции, особенности послеоперационного лечения, лучевая терапия). Может проводиться физикальное обследование. Также выполняется оценка степени недержания мочи (прокладочный тест) и оценка обструкции (урофлоуметрия, уретроскопия, УЗИ

с определением остаточной мочи, уретрография +/-). Проводится общий анализ и бакпосев мочи, также может выполняться КУДИ (при смешанном недержании). По мнению Сергея Владиславовича, самый простой и надежный вариант для определения функции мочевого пузыря — тест с прокладкой. Он применяется для количественной оценки наличия и выраженности недержания мочи и эффективности лечения. Используется измерение потери мочи с помощью абсорбирующих прокладок за определенный период времени или во время заданной физической нагрузки. Лично Сергей Владиславович рекомендует пациентам тест на 4 дня в домашних условиях (2 будних дня + 2 выходных). При легкой степени потери мочи составляют от 10 до 200–300 мл, при средней — от 200–300 до 500–700 мл и при тяжелой — более 700 мл.

К появлению остаточной мочи обычно приводит ИВО и гипоактивность детрузора. Частота выявления остаточной мочи у пациентов с недержанием неизвестна, отчасти — вследствие отсутствия стандартного порогового значения объема остаточной мочи.

В целом, 50% пациентов с тяжелой степенью или тотальным недержанием мочи после РПЭ имеют стеноз уретровезикального анастомоза, что также требует врачебного внимания.

Медикаментозное устранение тотального недержания мочи после РПЭ

В первые 12 месяцев обычно применяется консервативная терапия. Здесь стоит выделить лечение сопутствующих заболеваний и когнитивных расстройств, а также коррекцию образа жизни: снижение потребления жидкости в определенное время (ночью или при выходе на публику), снижение или отказ от курения, приема кофеина, алкоголя, коррекция принимаемых лекарственных препаратов и режима их приема (мочегонные). Кроме того, в списке снижение веса, лечение запоров, поведенческая терапия и физиотерапия, мочеиспускание по времени, тренировка мочевого пузыря и мышц тазового дна, а также электростимуляция.

К вариантам консервативной медикаментозной терапии относят назначение дулоксетина и десмопрессина. Среди вариантов для оперативного лечения выделяются объемообразующие агенты, стволовые клетки, мужские слинги и ИМС — AMS-800. ■

Хирургическое устранение тотального недержания мочи после РПЭ

При хирургическом лечении урологи, проводящие его, должны иметь достаточный опыт выполнения каждой операции, проходить обучение только у специалистов, обладающих должной квалификацией и выполнять достаточное число операций для поддержания квалификации хирурга и бригады. При необходимости важно предлагать альтернативные методы хирургического лечения, заниматься осложнениями и, если нужно, подбирать график удаленного наблюдения.

На сегодня нет никаких доказательств того, что объемобразующие вещества излечивают недержание мочи после простатэктомии. Имеются слабые доказательства того, что наполнители могут давать временное, краткосрочное улучшение качества жизни у мужчин с недержанием мочи после простатэктомии. Нет никаких доказательств превосходства одного объемобразующего вещества перед другим.

Российским обществом урологов рекомендуется для лечения недержания мочи у пациентов мужского пола применять искусственный сфинктер уретры при отсутствии эффекта от консервативной терапии продолжительностью не менее 12 месяцев. При этом, хотя искусственный сфинктер можно использовать при любой степени недержания после радикальной простатэктомии, мужские слинги рекомендуется устанавливать при недержании легкой / средней степени тяжести.

Таким образом, основным показанием для оперативного лечения стрессового недержания у мужчин после операции на простате является неэффективность консервативной терапии, оптимальные сроки проведения которой составляют 9–12 месяцев. Показанием к установке слинга является недержание мочи легкой / средней степени тяжести (потеря мочи не более 500 мл при 24-часовом прокладочном тесте). Также желательны отсутствие лучевой терапии в анамнезе и сохранная функция сфинктера при уретроцистоскопии.

В завершение дискуссии и обсуждения клинических случаев академик Пушкарь Дмитрий Юрьевич отметил, что категория пациентов с СНМП требует внимания, вдумчивого и персонализированного подхода в каждом отдельном клиническом случае. ■

*Материал подготовила В.А. Шадеркина
Видео выступления можно посмотреть на Uro.TV
<https://uro.tv/ordinatorskaya-s-glavnim-urologom-rf>*



Для специалистов

КАМЕНЬ КАМНЮ РОЗНЬ

Согласно Рекомендациям Европейской ассоциации урологов (2020 г.):

- Состав камня является основой для дальнейших диагностических и лечебных решений
- Анализ камня должен быть выполнен при всех случаях мочекаменной болезни
- Необходимо принимать во внимание состав камня перед тем, как принять решение о методе удаления
- Пациенты с МКБ высокого риска нуждаются в специальных мерах профилактики рецидивов, которые обычно представляет собой консервативное лечение, основанное на анализе камня

ОКСЛАТНЫЕ КАМНИ? **ОКСАЛИТ**



ОКСАЛИТ – первое средство с клинически подтвержденным комплексным действием на метаболизм оксалатов при кальций-оксалатной форме мочекаменной болезни: значительно уменьшает форму оксалатов, снижает скорость роста конкрементов и частоту повторного камнеобразования после оперативного лечения¹.

- Клинически апробирован
- Снижает уровень содержания оксалатов в 2,4 раза!
- Без побочных эффектов

УРАЛИКС – новое натуральное средство, специально созданное для стабильного снижения уровня мочевой кислоты при всех формах нарушений пуринового обмена: уратных формах МКБ и нефропатии, подагре и бессимптомной гиперурикемии.

- Ингибирует фермент ксантиноксидазу
- Новинка 2020 года

УРАТНЫЕ КАМНИ? **УРАЛИКС**



ОКСАЛИТ свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.88.003.E.001471.04.16 от 10.04.2016
УРАЛИКС свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.88.003.R.003359.09.19 от 16.09.2019

¹ М.Ю. Прясников, Д.А. Мазуренко, О.В. Константинова, И.А. Шадеркин, С.А. Голованов, Н.В. Анохин, Д.А. Войтко, НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Кафедра урологии и андрологии ФМБЦ им. Бунаряева ФМБА РФ, Институт цифровой медицины ФGAOU ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России. Результаты оценки влияния растительного препарата с комплексом биологически активных компонентов на биохимические показатели мочи у больных мочекаменной болезнью. Экспериментальная и клиническая урология 2019; (4): 40–46

SHPHARMA
source of healing
www.shpharma.ru



Не держите камней в душе, руках и почках

Мочекаменная болезнь (МКБ) – одно из самых распространенных заболеваний в урологии, которое находится на втором месте после воспалительных неспецифических заболеваний органов мочеполовой системы. В последние 15-20 лет повсеместно наблюдается неуклонный рост числа пациентов с этим заболеванием. В России за период с 2002 по 2014 гг. прирост заболеваемости МКБ составил 34,5%, в среднем в РФ в 2014 г. показатель числа пациентов с МКБ на 100 тыс. всего населения составил 578,8, тогда как в 2002 г. он был равен 440,5 (+31,4%).

Фармацевтические компании всего мира активно ищут новые консервативные способы лечения мочекаменной болезни или воздействия на нее, производители медицинского оборудования сконцентрировали свое внимание на миниатюризации оборудования с целью минимизировать неблагоприятные эффекты при хирургическом вмешательстве.

Причины МКБ

В настоящее время известны лишь некоторые звенья в цепи факторов, вызывающих появление камней в органах мочевыделительной системы. По этой причине задача определения этиологии и патогенеза МКБ как никогда актуальна для современной медицины. Существует 5 основных концепций камнеобразования:

Матричная теория. Ядро камня образуется из белков мочи, а кристаллическая часть камня определяется рН мочи. При развитии воспалительных процессов изменяется рН и относительная плотность мочи, что ведет к выпадению солей в осадок и формированию камней.

Коллоидная теория. Паталогическая кристаллизация происходит, когда защитные коллоиды (нуклеиновая, гиалуриновая, хондроэтилсерная и муцинонуклеиновая кислоты, муцины, альбумины, глобулины) переходят из лиофильного состояния в лиофобное.

Ионная теория. Недостаточность протеолиза мочи в условиях изменённого рН приводит к камнеобразованию.

Теория преципитации и кристаллизации. При патологической кристаллизации, когда при высокой концентрации солей запускается процесс камнеобразования.

Ингибиторная теория. Поддерживают метастабильность мочи ингибиторы и промоторы. Вследствие нарушения баланса ингибиторов и промоторов образуются камни.

Лечение мочекаменной болезни

Диагностика МКБ традиционно начинается со сбора анамнеза – образа жизни пациента, его телосложения, подвижности, типа питания. После этого проводится физическая и лучевая диагностика, клинические лабораторные исследования. Лучевые методы исследования — обзорная и экскреторная урография, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография, магнитно-резонансная урография — позволяют с точностью 98% определить конкременты размером от 1-2 мм. Некоторые методы диагностики имеют ограниченное применение – так, в прошлое уходит внутривенная (экскреторная) урография, а УЗИ носит скрининговый характер. Точная диагностика невозможна без КТ и МРТ-методов, от результатов которых зависит выбор как хирургического, так и консервативного лечения, так как только на основании точных методов визуализации делается вывод о локализации камня, его плотности, наличии или отсутствии осложнений.

Из хирургических методов в настоящее время активно применяют эндоурологические методы лечения, включая лазерные методики, дистанционную литотрипсию. За последние 10 лет число открытых оперативных вмешательств по поводу МКБ неуклонно стремится к нулю – практически все камни, даже коралловидные, заполняющие чашечно-лоханочную систему почки, можно удалить малоинвазивными эндоскопическими методами. Консервативные методы лечения в последние годы так же претерпевают эволюционные изменения – таргетное лечение МКБ в зависимости от состава камня, новые препараты для литокинетической терапии. Признанным стал персонализированный, междисциплинарный и комплексный подход лечения уролитиаза.

Применения препарата Реналоф для лечения мочекаменной болезни

Для увеличения эффективности лечения урологи давно и эффективно применяют новые лекарственные средства и биологически активные добавки. Реналоф — биологически активный комплекс, в состав которого входит активированный экстракт травы Пырей ползучий (*Agropyron Repens*). Комплекс применяют для ■

метафилактики мочекаменной болезни и комплексной терапии хронического пиелонефрита. Пырей обладает мочегонными свойствами благодаря наличию в нем инулина. Ингредиенты Реналофа включают также магний — химический элемент, играющий важную роль в процессе остановки камнеобразования и выступающего как цитрат, филат для снижения концентрации растворенных камнеобразующих веществ путем комплексования активных компонентов в моче и маннитол в качестве вспомогательного средства. Уникальность свойств препарата делает его идеальным веществом для лечения любых инфекций мочевых путей. Трава Пырей обладает антимикробными свойствами, поэтому препарат уменьшает воспаление слизистой оболочки, а также нейтрализует бактерии, препятствует их размножению и росту. Пырей обуславливает хорошую регенерацию эпителия после экскреции камня, что оказывает дополнительное противовоспалительное действие на мочевыделительную систему. Применение Реналофа способствует безболезненному избавлению от камней, ускоряет регенерацию клеток, снимает симптомы воспаления.

Реналоф рекомендуют к применению пациентам с уролитиазом, пиелонефритом, а также для улучшения работы почек. Комплекс можно рекомендовать больным, которых нельзя подвергать хирургическим и прочим агрессивным методам лечения. Курс приема Реналофа длительностью 1 месяц приводит в норму результаты клинического анализа мочи: нормализуется содержание эритроцитов и лейкоцитов в осадке мочи, белок, слизь и соли не обнаруживаются.

Доказательная база комплекса Реналоф

Эффективность применения Реналофа была доказана результатами нескольких клинических исследований. Исследования в разные годы проводились в России, Казахстане, Индонезии, а также на Кубе. Изучали результаты применения Реналофа пациентами с мочекаменной болезнью, пациентами, перенесшими дистанционную нефролитотрипсию и пациентами с камнями размером до 10 и 20 мм.

В 2011 году было проведено исследование Реналоф в Научном центре урологии им. Б.У. Джарбусынова МЗ Республики Казахстан. Главный исследователь Директор Центра профессор М.К. Алчинбаев и соавторы оценили эффективность применения комплекса Реналоф в лечении МКБ. На основании применения комплекса у 78 пациентов с МКБ в виде монотерапии после различного рода вмешательств по поводу МКБ и в схеме консервативного лечения у неоперированных пациентов, авторы исследования применили Реналоф в качестве предоперационной подго-

товки пациентов к литотрипсии. После тщательного анализа полученных результатов исследователи сделали вывод о том, что применение комплекса Реналоф имеет значимую клиническую эффективность, особенно у пациентов с конкрементами до 1 см в качестве консервативного литокинетического средства. Также он может применяться в качестве предоперационной подготовки к литотрипсии для достижения более высоких результатов ДЛТ.

Еще одно важное исследование было проведено под руководством ведущего российского уролога и мэтра российской эндоскопии профессора Алексея Георгиевича Мартова и опубликовано в журнале «Экспериментальная и клиническая урология» №2-2020. Авторы исследования оценили частоту отсутствия камней у пациентов после консервативной терапии, дистанционной и контактной уретеролитотрипсии.

Исследование проводилось с ноября 2019 г. по март 2020 г. на базе ГКБ им. Д.Д. Плетнева, в нем участвовали 170 пациентов (82 мужчины и 88 женщин) в возрасте от 23 до 84 лет с камнями почек. В зависимости от размеров камня все пациенты были разделены на три группы: первая группа (n = 27) с камнями до 5 мм была подвергнута консервативной литокинетической терапии, вторая группа (n = 74) с камнями от 6 до 10мм – дистанционной литотрипсии и третья (n = 69) с камнями от 11 до 20 мм – трансуретральной тулиевой литотрипсии. Во всех случаях размеры камней устанавливались на основании компьютерной томографии почек с определением плотности камня и его локализации. В каждой группе были выделены основная и контрольная подгруппы в зависимости от дополнительного применения в диете БАД комплекса Реналоф. Комплекс назначали в терапевтической дозе по 1 капсуле 3 раза в день в течение 1 мес пациентам основной группы. Контрольную группу составили больные, которым проводилась стандартная уроантисептическая терапия в течение 1 мес. Нами проводилась оценка частоты отсутствия камней спустя 1 месяц по данным компьютерной томографии, оценка степени лейкоцитурии, рН мочи. Во всех 3 группах пациентов дополнительное диетическое применение Реналоф® привело к статистически значимому уменьшению частоты отсутствия камней в первых подгруппах по сравнению с контрольными подгруппами (81,8% против 43,7%, 75% против 54,3% и 84,8% против 58,3% соответственно). Дополнительно было выявлено уменьшение степени выраженности лейкоцитурии и нормализация рН мочи в первых подгруппах по сравнению со вторыми. Не отмечено нежелательных эффектов, связанных с приемом комплекса. Авторы считают, что в исследовании было продемонстрировано преимущество использования комплекса Реналоф® в комплексном лечении мочекаменной болезни. ■

Одно из последних исследований было проведено группой авторов Т.А. Мударисов, Н.В. Зайцев, А.Е. Мацко, Д.В. Сачков из ФГБУ «Клиническая больница» УД Президента РФ, Москва и ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ (Москва) и опубликовано в издании «Кремлевская медицина. Клинический вестник» №3, 2020. Целью исследования авторов была оценка эффективности препарата Реналоф при лечении мочекаменной болезни. Ими были проанализированы результаты клинико-лабораторных, инструментальных исследований пациентов с верифицированными камнями почек, размером больше 3 мм, плотностью выше 800 Нш у 55 пациентов, из которых мужчин было 32 (58,2%) среднего возраста $44,7 \pm 8.2$ года, женщин — 23 (41,8%), среднего возраста 48.3 ± 7.5 года. Средний размер конкремента составлял $4 \text{ мм} \pm 0,7 \text{ мм}$ и средняя плотность – 862 Нш. Пациенты, принявшие участие в исследовании, были разделены на 2 группы: 1-я группа (36 пациентов) получала курс классической спазмолитической (Дротаверин 100 мг 3 раза/сут), анальгезирующей (10 мг 2 раза/сут), антибактериальной терапии совместно с препаратом Реналоф; 2-я группа (19 пациентов) — аналогичную терапию без препарата Реналоф. В 1 – ой группе у 15 пациентов к окончанию первого месяца приема препарата Реналоф отмечено купирование болевого синдрома в поясничной области, дизурия купирована к 14 –му дню приема у 20 пациентов. В 1-ой группе уменьшился размер конкремента у 20 пациентов (55.6%), отхождение фрагментов конкрементов отмечено у 9 пациентов (28.1%), отхождение в виде песка – у 16 пациентов (44,6%). В контрольной группе уменьшение размеров конкремента достигнуто у 5 пациентов (26,3%), отхождение песка – у 7 пациентов (21,1%). При лабораторном исследовании улучшение показателей общего анализа мочи наблюдалось у исследуемой группы. Авторы считают, что на основании полученных предварительных данных применения препарата Реналоф отмечены высокая эффективность лечения нефролитиаза в комбинации с данным средством, значительное уменьшение выраженности болевого синдрома и дизурических явлений.

Проведенные исследования подтвердили эффективность лечения мочекаменной болезни в комбинации с препаратом Реналоф. В результате использования препарата отмечено уменьшение размеров и количества камней в почках, а также их полная элиминация. Препарат существенно снижает болевой синдром и дизурические явления. Нормализуются показатели кислотности мочи. Уменьшается кратность сеансов литотрипсии. Препарат ослабляет раздражение и воспаление, а также нейтрализует бактерии. Побочные явления у препарата Реналоф не выявлены. ■

Материал подготовила В.А. Шадеркина, научный редактор Uroweb.ru





РЕНАЛОФ

Время избавляться от камней



Натуральный препарат
с комплексным действием
для избавления от оксалатов
и других камней
мочевыводящей системы

Способствует уменьшению
в размерах, растворению
и выведению оксалатов
из мочевыделительной
системы

Содержит комбинацию
натуральных компонентов
и магния, эффективность
которых усилена в ходе
молекулярной активации

Подходит
как для терапии,
так и для профилактики
рецидивов мочекаменной
болезни

Производитель:
Catalysis, S.L., Macarena 14,
Madrid, SPAIN

Организация, принимающая претензии: ООО «Фармалайн»,
Россия, 127411, г. Москва, Дмитровское ш., д. 157, стр. 7
Тел. +7 (499) 372-15-06
www.farmalain.ru

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Органотропные препараты в урологии с позиции клинической фармакологии



А.С. Духанин
Д.м.н., профессор кафедры молекулярной фармакологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения России (г. Москва)

В программе «Час с ведущим урологом» Александр Сергеевич Духанин, профессор фармакологии и клинической фармакологии (Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова), рассказал об эффективности органотропных препаратов в лечении патологий предстательной железы.

Как заметил Александр Сергеевич, принцип создания органотропных препаратов включает в себя две стратегии. Первая из них — химический синтез, скрининг-отбор селективных тропных молекул, мишени действия которых органоспецифичны. Это могут быть альфа1-адренорецепторы предстательной железы (тропные действующие вещества — алфузозин, доксазозин, силодозин, тамсулозин), 5-альфа-редуктаза (дутастерид, финастерид), M2-холинорецепторы детрузора (солифенацин, толтеродин, фезотеродин), ФДЭ-5 (варденафил, силденафил, тадалафил), β3-адренорецепторы гладких мышечных клеток детрузора (мирабегрон), V2-рецепторы эпителия собирательных трубочек (десмопрессин) и т. д. Таким образом, вещества-ксенобиотики (не эндогенные организму) находят свои мишени действия. Относительно ксенобиотиков легко отследить авторов и историю создания, известен точный механизм действия: препарат подбирается под одну мишень (монотаргетные вещества). Часто новые таргетные вещества конструируются с помощью компьютерных моделей. Таким образом, при разработке препарата идут от мишени к механизму действия, от механизма — к фармакологическому эффекту и от эффекта — к клиническому использованию.

Вторая стратегия разработки — использование активных молекул, выделенных из органа (биорегуляторные пептиды). При этом известны источник их по-





лучения, методики выделения и стандартизации. В последующих исследованиях составляется представление о мишенях и механизмах действия. Характерны плейотропность и несколько мишеней (мультитаргетные препараты). Здесь наблюдается патогенетический характер действия, и в этом случае разработчики идут от эффектов к механизмам действия, а от механизмов — к точкам приложения.

Работа и ксенобиотиков, и биопептидов подчиняется общим принципам фармакологии, однако в то же время сохраняется ряд особенностей, характерных для того или другого типа. Например, эффективность ксенобиотиков прямо пропорциональна плазменной концентрации свободной формы. Соответственно, C_{max} , T_{max} и период полувыведения из плазмы очень точно характеризуют их свойства. Для молекул ксенобиотиков характерна небольшая молекулярная масса. Сохраняется заданная биодоступность. Говоря о регуляторных пептидах, включая простатические, рассматривают усвоение, поглощение, биологический период полувыведения. Для них характерны природные механизмы транспорта, захвата, депонирования. Эффективность не ограничивается только временем приема — отсутствует прямая корреляция «доза — эффект». Благодаря плейотропному характеру действия (спектр эффектов) наблюдается одновременное влияние на различные звенья патогенеза.

Как подчеркнул Александр Сергеевич, при фармакологическом обосновании применения препаратов регулярных биопептидов можно выделить несколько пунктов:

- они относятся к препаратам с несколькими мишенями действия (мульти-таргетным);
- характеризуются плейотропным (множественным) эффектом — одновременным воздействием на несколько патологических звеньев. Пример плейотропного действия: противоотечный, противовоспалительный, эндотелиопротективный, антикоагулянтный и антиагрегантный эффекты;
- характерные для органотропных пептидов особенности — зависимости «время — эффект» и «доза — эффект».

Как отметил доктор, этой группе препаратов посвящен целый периодический журнал Peptides. ■

Простатические пептиды были впервые получены в середине 1980-х гг. из предстательной железы быков методом уксуснокислой экстракции и представляют собой комплекс щелочных пептидов с молекулярной массой от 1 до 10 кДа [1]. Зная молекулярную массу, легко просчитать, сколько аминокислотных остатков входит в молекулу. Таким образом, средняя масса аминокислотного остатка — 110 Да.

Основные пептиды с молекулярной массой от 1 до 10 кДа обладают щелочной активностью, что обеспечено составом аминокислот (заряд), а также наличием пептидных связей, устойчивых к действию протеиназ крови. Характерны высокая пенетрирующая способность, карго-эффект (повышение активности антибиотиков и противовоспалительных препаратов) и антимикробная активность (катионные пептиды) [2]. Катионные пептиды иммунной системы, состоящие из 18–45 аминокислот, активны в отношении бактерий, грибов и многих оболочечных и безоболочечных вирусов. Иммунные клетки используют дефензины для уничтожения бактерий, поглощенных при фагоцитозе [3]. Наблюдается тканеспецифическая стимуляция синтеза белка в клетках тех органов, из которых эти пептиды были выделены, причем эффект усиления синтеза белка при введении пептидов выявлен как у молодых, так и у старых животных. Так, введение пептидов предстательной железы повышало синтез белка в этом органе у 3 и 24-месячных крыс на 40 и 71,4% соответственно.

Также отмечается влияние цитомединов, которые, к примеру, являются действующим началом препарата «Витапрост», на синтез белков р53 и Ki67 в клетках простаты [4].

Выделяется целый ряд свойств регуляторных пептидов («Витапрост») в отношении предстательной железы [5]:

- уменьшение степени отека, лейкоцитарной инфильтрации предстательной железы, нормализация секреторной функции эпителиальных клеток. Уменьшение боли и дискомфорта;
- стимулирование мышечного тонуса мочевого пузыря. Путем расширения неповрежденных сосудов (эффект вазодилатации) улучшается микроциркуляция крови стенки мочевого пузыря;
- улучшение микроциркуляции в предстательной железе за счет умень-



шения тромбообразования, а также антиагрегантной активности. Препятствование развитию тромбоза венул в предстательной железе;

- нормализация параметров предстательной железы и эякулята;
- устранение дизурических явлений, улучшение копулятивной функции.

Геномные эффекты «Витапроста», как отметил Александр Сергеевич, реализуются в противовоспалительных свойствах. На клеточном уровне (митохондрии) наблюдаются метаболический и антиоксидантный эффекты. Помимо этого, присутствуют миотропные, а также внеклеточные эффекты — антикоагулянтные и антиагрегантные свойства [6].

Итак, простатические пептиды, обладая органотропными свойствами, стимулируют метаболизм, усиливают антиагрегантное и антикоагулянтное действие, нормализуют секреторную функцию простаты и улучшают микроциркуляцию, что вместе ведет к уменьшению отека и лейкоцитарной инфильтрации, а значит, купированию боли. Также отмечаются иммуномодулирующие свойства (повышение местного иммунитета), усиление синтеза антигистаминовых и антисеротониновых антител [7].

Помимо этого, показаны уменьшение объема простаты, снижение воспаления и восстановление нарушенного межклеточного взаимодействия — антипролиферативный эффект — на фоне такой терапии. Вместе с наблюдаемыми уменьшением застоя в простате и стимуляцией мышечного тонуса мочевого пузыря это ведет к снижению выраженности обструктивных и ирритативных симптомов нижних мочевых путей.

Среди клинических эффектов препарата «Витапрост» выделяют [8]:

- снижение показателя IPSS, повышение качества жизни;
- меньший дискомфорт по данным ВАШ, меньшее влияние на эректильную функцию;
- уменьшение объема простаты, увлечение qMax;
- уменьшение степени лейкоцитурии, эритроцитурии, нормализацию показателей спермы.

Александр Сергеевич подчеркнул, что эффективность «Витапроста» подкреплена рядом рандомизированных клинических исследований: рассмотрены все формы выпуска, включая суппозитории, таблетки, «Витапрост плюс» и ■

«Витапрост Форте». На основании доказательных данных сформированы схема и режим применения препарата. При ДГПЖ — двухэтапный режим: последовательное применение «Витапрост Форте» (20 мг, свечи), затем «Витапрост» (10 мг, таблетки) для консолидации терапевтического результата. При хроническом простатите — комбинированный режим: «Витапрост» (10 мг, свечи) + «Витапрост» (10 мг, таблетки). Срок лечения — от 10 дней [5, 8–10]. ■

Источники:

1. Морозов В.Г., Хавинсон В.Х., Новый класс биологических регуляторов многоклеточных систем — цитомедины. *Успехи современной биологии*, 1983
2. Guidotti G et al. *Tends Pharmacol Sci*, 2017
3. Chen J et al. *Peptides*, 2019
4. Рыжак А.П. и соавт. Влияние полипептидов на пролиферацию и апоптоз клеток при старении. *Клеточные технологии в биологии и медицине*, 2016
5. Теодорович О.В. и соавт. *Витапрост Форте в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Эффективная фармакотерапия*, 2015
6. Хавинсон В.Х. и соавт. Влияние полипептидов предстательной железы на систему гемостаза. *Фармакология и токсикология*, 1985
7. Ткачук В.Н. Медикаментозное лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы. М.: МДВ, 2009
8. Ергаков Д.В., Мартов А.Г. Применение Витапроста (таблетки и ректальные суппозитории) для реабилитации пациентов после инвазивных хирургических вмешательств. *Урология*, 2015
9. Неймарк А.И. и соавт. Применение препарата Витапрост у пациентов с хроническим простатитом, сопровождающимся нарушениями сперматогенеза. *Урология*, 2014
10. Шпиленя Е.С. Интегративный подход к лечению симптомов хронической тазовой боли. *НМО Урология*, 2019

Материал подготовила Ю.Г. Болдырева
Видео выступления можно посмотреть на Uro.TV





НЕОБХОДИМЫЙ АКСЕССУАР
КАЖДОГО МУЖЧИНЫ

ГАРДАПРОСТ

- ♥ уникальное решение для пациентов, страдающих ДГПЖ и ПИН
- ♥ аналогов в России нет

КУРКУМИН + ГЕНИСТЕИН + ЭПИГАЛЛОКАТЕХИН-3-ГАЛЛАТ

SHPHARMA
source of healing

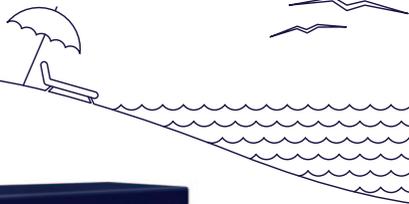
№ свидетельства госрегистрации RU.77.99.11.003.E.004904.11.18

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Смотрите сны,
не отвлекаясь

ДИУНОРМ

- уникальное решение для пациентов, страдающих ноктурией
- аналогов в России нет



SHPHARMA
source of healing

№ свидетельства госрегистрации RU.77.99.11.003.E.004613.10.18

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ



ТЫ, КАК ВСЕГДА, НА ВЫСОТЕ!

- Средство патогенетической терапии эректильной дисфункции
- Натуральный состав без побочных эффектов
- Аналогов нет

Безопасное средство метаболической терапии эректильной дисфункции, направленное как на устранение основных причин развития ЭД (высокий уровень холестерина, глюкозы, АД), так и на защиту эндотелиальных клеток кавернозных тел.



СГР № RU.77.99.88.003.R.000014.01.20 от 14.01.2020

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ



Почки требуют
своевременной
заботы

НЕФРОБАК

Сбалансированный комплекс, с уникальным механизмом действия, способствующий уменьшению выраженности и длительности эпизодов хронического пиелонефрита, а также профилактике обострений хронического пиелонефрита.

- Уникальное решение в комплексной терапии и профилактике обострений хронического пиелонефрита
- Повышает эффективность антибактериальной терапии
- Ингибирует образование биопленок



SHPHARMA[®]
source of healing

www.shpharma.ru

№ свидетельства государственной регистрации RU.77.99.11.003.E.002596.07.19 от 30.07.2019

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Я = АЛЬФА. И СИЛА МОЯ ВНУТРИ

АЛЬФА 420 – новый негормональный комплекс с уникальным и специально подобранным составом компонентов для нормализации уровня тестостерона у мужчин и устранения проявлений андрогенодефицита.



На фоне курсового приема комплекса наблюдалось*:

- ✓ Уменьшение симптомов андрогенного дефицита у 95,4% мужчин!
- ✓ Повышение уровня общего тестостерона у 74,7% обследованных мужчин
- ✓ Повышение либидо отметили 36,7%, а улучшение качества эрекции - 88,5% мужчин

В ходе лечения, у пациентов не было зарегистрировано каких-либо нежелательных или побочных эффектов.

* Ефремов Е.А., Коршунов М.Н., Золотухин О.В., Мадькин Ю.Ю., Красняк С.С.

Оценка эффективности и безопасности применения комбинированного препарата «Альфа» в условиях рутинной клинической практики у мужчин с симптомами гипогонадизма: 3-месячное наблюдательное исследование. Экспериментальная и клиническая урология, 2018, №1

SHPharma
source of healing

Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.11.003.E.002626.07.19 от 31.07.2019

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ



КАКОЕ ЭТО СЧАСТЬЕ –
БЫТЬ ОТЦОМ!

МИРАКСАНТ® – современный комплекс с уникальным составом необходимых натуральных компонентов, курсовой прием которого, эффективно и безопасно помогает решить проблему мужского (идиопатического) бесплодия.

✓ ЕДИНСТВЕННЫЙ КОМПЛЕКС ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ, СОДЕРЖАЩИЙ В СВОЕМ СОСТАВЕ ИСТОЧНИК АСТАКСАНТИНА - САМОГО МОЩНОГО ПРИРОДНОГО АНТИОКСИДАНТА!

На фоне приема «МИРАКСАНТА», к третьему месяцу лечения происходит:

- увеличение подвижности сперматозоидов на 22,8%
- увеличение жизнеспособности сперматозоидов на 11,9%
- увеличение средней концентрации сперматозоидов на 9,7%
- положительная динамика к улучшению морфологии сперматозоидов

В ходе лечения, у пациентов не было зарегистрировано каких-либо нежелательных или побочных эффектов.

«Результаты проведённого исследования, позволяют рекомендовать биологически активный комплекс «МИРАКСАНТ»® в комплексной терапии пациентов с идиопатическим бесплодием, особенно с олигоастенozoоспермией»

Ефремов Е.А., Коршунов М.Н., Золотухин О.В., Мадыкин Ю.Ю., Красняк С.С.
Экспериментальная и клиническая урология. 2018. №1. Опыт применения комплексного препарата «МИРАКСАНТ» у мужчин с идиопатическим бесплодием в условиях реальной клинической практики.

SHPHARMA
source of healing

Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.11.003.E.001614.04.19 от 24.04.2019

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Редакция дайджеста:

- »» Главный редактор Аполихин Олег Иванович, чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор
- »» Зам. гл. редактора Сивков Андрей Владимирович, к.м.н.
- »» Руководитель проекта Шадеркина Виктория Анатольевна
- »» Шеф-редактор Шадеркин Игорь Аркадьевич
- »» Специальные корреспонденты:
 - Красняк Степан Сергеевич
 - Зеленская Мария Петровна
 - Болдырева Юлия Георгиевна
 - Коршунов Максим Николаевич
- »» Дизайн и верстка Белова Оксана Анатольевна
- »» Корректор Болдырева Юлия Георгиевна

Тираж 7000 экземпляров

Распространение бесплатное – Россия, страны СНГ

Периодичность 1 раз в 2 месяца

Аудитория – урологи, онкоурологи, урогинекологи, андрологи, детские урологи-андрологи, фтизиоурологи, врачи смежных специальностей

Издательство «УроМедиа»

Адрес редакции: 111020 Москва, ул. Боровая 18, офис 104

ISSN 2309-1835

Свидетельство о регистрации средства массовой информации

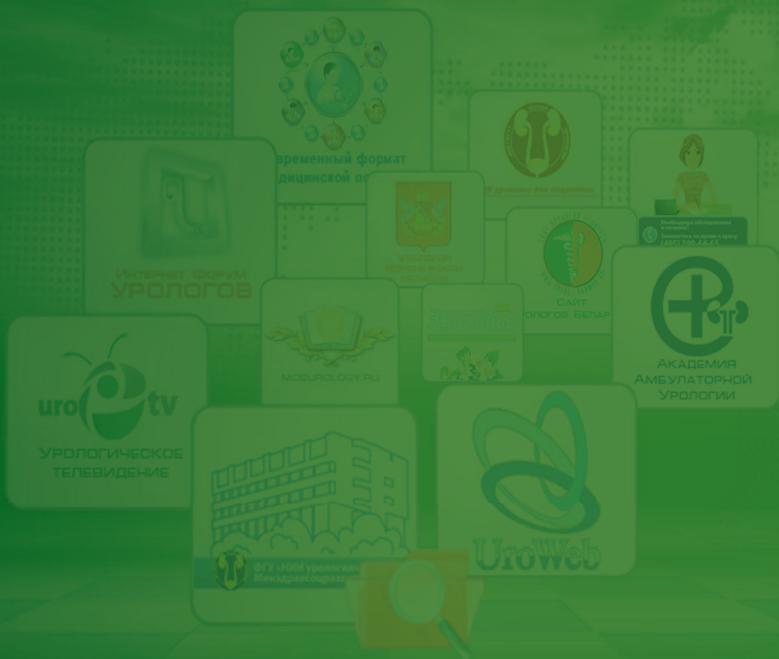
ПИ № ФС77-54663 от 09.07.2013

e-mail: info@urodigest.ru

www.urodigest.ru

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!

В материалах представлена точка зрения, которая может не совпадать с мнением редакции.



Издательский дом «УроМедиа»