Дайджест Урологии

Дайджест УРОЛОГИИ

Выпуск №6 декабрь 2019

ТЕМА НОМЕРА:

ОТЧЕТ О РОССИЙСКОЙ УРОЛОГИИ 2019

Etta

ANDROID APP ON Google play

Available on the App Store

Портативный анализатор мочи «ЭТТА АМП-01» на тест-полосках

Экспресс-анализ мочи

> Используется для проведения экспресс-анализа проб мочи
> Построен на современных фотоэлектрических и микропроцессорных технологиях

Вес: 180 г
300 анализов на одном заряде батареи
Ресурс: 5000 исследований
Гарантия 12 месяцев
Беспроводной протокол передачи данных
Простота эксплуатации
Результат за 1 минуту
Бесплатное мобильное приложение

> Условия применения:
в медицинских учреждениях, для проведения выездных обследований, для частного применения в домашних условиях

11 исследуемых параметров

> ИССЛЕДУЕМЫЕ ПАРАМЕТРЫ
1. Глюкоза (GLU)
2. Билирубин (BIL)
3. Относительная плотность (SG)
4. pH (PH)
5. Кетоновые тела (KET)
6. Скрытая кровь (BLD)
7. Белок (PRO)
8. Уробилиноген (URO)
9. Нитриты (NIT)
10. Лейкоциты (LEU)
11. Аскорбиновая кислота (VC)

Производитель ООО «ЭТТА»
ettagroup.ru

E-mail: **info@ettagroup.ru**

Содержание

- Тема номера:
  - Российская урология 2019: стремление вверх..... 2
- Маскулинность: преимущество или недостаток?..... 22
- Ожирение у мужчин. Как помочь пациенту: практические советы 30
- Мужчина и спорт. Как не впадать в крайности..... 38
- Сердечно-сосудистые осложнения у онкологических пациентов..... 42
- Современный взгляд на применение феназопиридина при патологии мочевыводящих путей..... 48
- Курс дистанционного образования по мужскому бесплодию «Ответственное отцовство»..... 56
- Юбилей журнала «Экспериментальная и клиническая урология»..... 60

Российская урология 2019: стремление вверх

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

Завершился очередной трудовой год – 2019. Подводя итоги профессиональной жизни урологов, нельзя не отметить яркое стремление большинства российских урологов двигаться вперед, вести за собой товарищей, идти в ногу с мировой урологией. В отчете традиционно отражены почти все грани жизни урологов, проанализированы их отношение к будущему специальности, сделана попытка понять предпочтения в диагностике и лечении некоторых состояний. Организационные изменения в специальности коснутся каждого из урологов, поэтому с них и начинается отчет за 2019 год.

1. Национальные медицинские исследовательские центры (НМИЦ) урологии

26 ноября 2019 года в МЗ РФ прошло заседание Президиума Научного Совета, на котором была рассмотрена деятельность национальных медицинских исследовательских центров. Комплексной оценке была подвергнута вся деятельность уч-

реждений с учетом научной, клинической составляющих, их образовательной и международной активности.

В результате Министр Здравоохранения В.И. Скворцова рекомендовала включить в сеть НМИЦ некоторые учреждения, которые по замыслу должны стать головными учреждениями в своей области.

По профилю «урология» в России созданы 2 национальных медицинских исследовательских центра (НМИЦ):

1) ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России;

2) ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России.

Статус головных учреждений должен придать новый смысл всей деятельности, которую проводят эти организации.

Согласно Приказу №125 от 13 марта 2019 года, который подписала Министр здравоохранения, на базе НМИЦ будет создано отдельное структурное подразделение из 20 ставок, из которых 5 – на полной занятости.

Важное значение в будущей деятельности придается использованию информационных и телемедицинских технологий в руководстве краевыми, республиканскими, областными и иными медицинскими организациями субъектов РФ. Работа будет проводиться путем выезда в регионы и/или дистанционно. Планируется проведение консилиумов, образовательных программ, анализ оказания медицинской помощи в субъектах РФ, разработка стандартов, клинических рекомендаций.

Отчитываться о своей деятельности НМИЦ будут только перед Министерством здравоохранения РФ.

2. Национальные клинические рекомендации по урологии

20 декабря 2019 года Научно-практический совет Минздрава России утвердил 5 клинических рекомендаций по урологии (мочекаменная болезнь, почечная колика, недержание мочи, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, доброкачественная гиперплазия предстательной железы).

Также урологи располагают Федеральными клиническими рекомендациями по антибактериальной терапии и инфекциям мочевых путей, которые ежегодно обновляются и уже в начале 2020 года будет доступна актуальная версия.

3. Награждения

Европейская ассоциация урологов

Председатель Российского общества урологов, член-корреспондент РАН, д.м.н, профессор **Юрий Геннадьевич Аляев** стал Почетным членом Европейской ассоциации урологов (ЕАУ).

Российская академия наук

Выборы в Российскую академию наук в 2019 году запомнятся надолго. Впервые были опубликованы наукометрические показатели всех кандидатов в член-корреспонденты и академики РАН (с ними можно ознакомиться на сайте Научной электронной библиотеки – https://elibrary.ru), впервые все без исключения кандидатуры рассматривались двумя этическими комиссиями – по борьбе с лженаукой и по борьбе с фальсификациями научных исследований. Отделения РАН не допустили к выборам 52 кандидата из 56, попавших в списки этической комиссии по фальсификации.

Общий конкурс на место академика составил 4 человека на место, на место член-корреспондента – 9 человек на место.

На 76 вакансий академиков выбран 71 человек, на 171 место члена-корреспондента – 158 ученых. Неиспользованными остались 18 вакансий: 5 академиков и 13 членов-корреспондентов.

Таким образом, на сегодняшний день в РАН 898 академиков и 1144 члена-корреспондента. Всего 2042 человека. Средний возраст избранных академиков – 64 года, членов-корреспондентов – 58 лет, что несколько снизит средний возраст членов академии. До выборов средний возраст академиков составлял 75 лет, членов-корреспондентов – 68 лет.

Всех подробностей голосования общественность не узнает – голосование было и осталось тайным.

Для урологического сообщества есть хорошая новость – среди урологов ака-

демиков стало больше – в число академиков РАН вошел главный уролог Минздрава РФ, главный уролог г. Москвы д.м.н., профессор **Дмитрий Юрьевич Пушкарь**.

Член-корреспондентов среди урологов не прибавилось – возможно, это связано с отсутствием вакансий в РАН.

Новые назначения

В Рязани доктор медицинских наук **Виктор Борисович Филимонов**, назначен главным врачом ГБУ ВО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Приказ министерства здравоохранения Рязанской области №195-л подписан 03 декабря 2019 г.

Главным урологом республики Калмыкия назначен «камнеборец» **Денис Александрович Мазуренко** – признанный лидер в хирургическом лечении мочекаменной болезни, человек с активной жизненной позицией, верный друг и многодетный отец.

Команда Uroweb.ru от всей души радуется за коллег, поздравляет их с достижениями и желает активного применения своих знаний и опыта на благо отечественной урологии и в целом российской медицины!

4. Мероприятия

Урологические мероприятия в течение 2019 года сохранили свою стабильность, регулярность и качество – традиционно состоялись Рациональная фармакотерапия в урологии (РОУ, НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина), Всероссийская Школа по детской урологии-андрологии (Интернет форум урологов), «Мужское здоровье», Конгресс ПААР, Конгресс РОУ, «Высокие технологии в урологии» (Сеченовский университет), Московская Школа урологов (гл. уролог г. Москвы), Конгресс урологов РЖД и ФМБА и многие другие.

Стабильно проводятся региональные выезды урологических общественных организаций – «Аспект» и «Рациональная фармакотерапия в урологии».

январь	5
февраль	14
март	15
апрель	26
май	18
июнь	20
июль	3
август	1
сентябрь	12
октябрь	21
ноябрь	21
декабрь	17

Согласно календарю мероприятий, опубликованном на Uroweb.ru, в 2019 году состоялось **173 мероприятия**, не считая заседаний региональных обществ урологов, проводимых ежемесячно практически по всем регионам.

Учитывая, что многие мероприятия продолжаются 2, а то и 3 дня, получается, что каждый день в России проводится урологическое мероприятие.

Поэтому, планируя проведение встречи на кафедре или в своем учреждении, проверяйте даты в календаре Uroweb, чтобы избежать наслоений или минимизировать их!

Среди наиболее интересных и новых мероприятий можно выделить два.

Российско-американская школа по фаллопротезированию

ковский государственный
томатологический университет
им. А.И. Евдокимова
Основан в 1922 году
МГМСУ 1922
УНИВЕРСИТЕТСКАЯ
КЛИНИКА
«КУСКОВО»
МГМСУ
им. А.И. Евдокимова
Основан в 1922 году
МГМСУ 1922

С 11 по 12 ноября 2019 года в Университетской клинике МГМСУ в Кусково прошла Российско-американская школа по фаллопротезированию.

Автором идеи, организатором и идейным вдохновителем Школы стал д.м.н., профессор ***Ника Джумберович Ахведиани***. Сформированные задолго до настоящего момента личные контакты с профессором Робертом Валензуэлой из госпиталя Маунт Сайнай (Нью-Йорк, США) и профессором Рикардо Мунаррисом (Бостонский университет), позволили запланировать и осуществить мероприятие такого масштаба.

Школу лично посетили 74 уролога из России, Украины, Беларуси, Азербайджана, онлайн трансляцию на Uro.TV посмотрели 411 урологов.

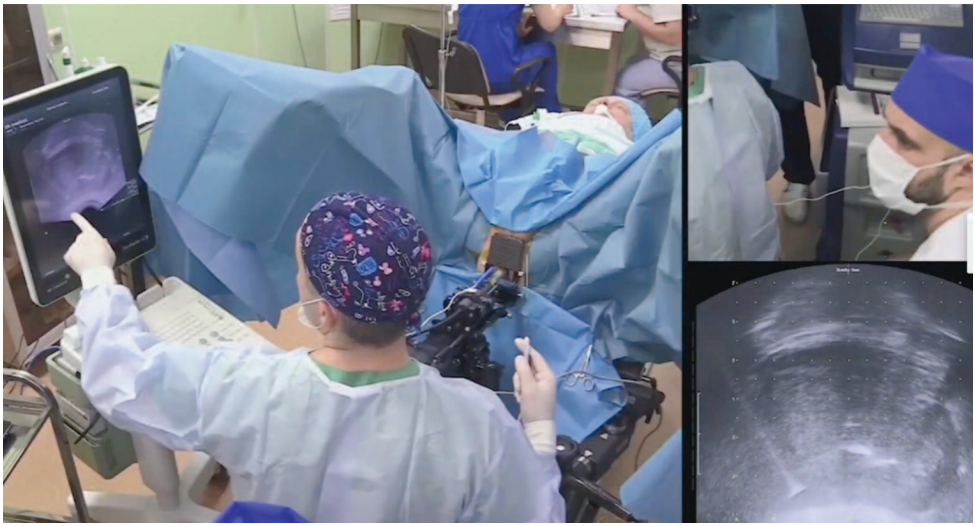
Фаллопротезирование – это такая область урологии, в которой не может быть много специалистов высочайшего уровня. Поэтому так важно знать от первых лиц этой области особенности хирургической техники, до- и послеоперационного ведения пациентов, приобретенных в ходе лекции и выступлений, но и на примере конкретных клинических случаев.

Несомненно, российское урологическое сообщество нуждается в таких уникальных мероприятиях, отличающихся не только присутствием топовых мировых лидеров, но и абсолютно рабочей и дружественной обстановкой.

Впервые в нашей стране прошла конференция международного масштаба по лечению рака простаты, самого распространенного онкологического заболевания у мужчин. Форум под названием ***«Лечение рака простаты: перемены неизбежны»*** организовали Сеченовский университет совместно с Европейским обществом по урологическим технологиям (ESUT). Организаторы постарались

выделить главное: любая самая совершенная технология в современном мире быстро становится прошлым.

В конференции участвовало более 60 урологов из многих городов России, в том числе из Санкт-Петербурга, Ростов-на-Дону, Казани, Сургута, Белгорода, Курска, Краснодара.



Организаторы мероприятия под руководством д.м.н. ***Дмитрия Викторовича Еникеева*** (Сеченовский университет) надеются в будущем на вовлечение бОльшего числа специалистов, способных принимать участие в профессиональных мероприятиях международного уровня на английском языке.

5. Новости урологии регионов

В **Оренбурге** в центре здоровья открылось отделение охраны репродуктивного здоровья детей и подростков. Врачи трех специальностей (уролог-андролог, гинеколог и эндокринолог) будут заботиться о здоровье обращающихся детей.

По **Нижегородской области** продолжают курсировать «Поезда здоровья» – их 2 – Северный и Южный. Таким образом реализуется инициатива губернатора Глеба Никитина «Доступная медицина». Врачи, работающие в составе этих поездов, проводят обследования пациентов в составе мобильных лабораторий, а также проводят консультации – так, например, из общего количества проведенных 42 000 консультаций – **1615 приходятся на долю урологов (3,8%)**. Много это или мало? Насколько нужны такого рода консультации узких специалистов? Можно ли такой вид услуг назвать мобильным? Интересно было бы узнать cost-эффективность этого проекта.

Ямал, г. Ноябрьск – ЦГБ исполнилось 40 лет, и в ней работают наши коллеги-урологи – Нина Оборотова – первый детский уролог, Юрий Ткаченко – зав. урологическим отделением.

45 лет исполнилось отделению урологии-андрологии детской больницы №9 им. Сперанского **г. Москвы** и за это время наши коллеги пролечили более 100 000 детей. По данным Департамента здравоохранения г.Москвы ежегодно в отделении получают урологическую помощь около 1500 детей, 40% из них приезжают из регионов РФ.

40 лет исполнилось **НИИ урологии** – одному из столпов современной урологии. Сейчас название несколько изменилось – НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал НМИЦр МЗ РФ.

Не такие радужные новости приходят из **Мурманска** – наши коллеги из Мурманской областной клинической больницы имени П. А. Баяндина сообщили о предстоящем сокращении отделения урологии с 40 до 10 коек. Персонал опасается сокращения, уволен и вновь восстановлен в должности зав. отделением Виктор Сахар. Ждем продолжения.

6. Новые технологии

Российский фонд прямых инвестиций (РФПИ) объявил о завершении первых инвестиций в российского разработчика и производителя инновационных хирургических роботов Assisted Surgical Technologies (AST).

Инициаторы разработки отечественного робота-хирурга – главный уролог Минздрава России **Д.Ю. Пушкарь** и директор Института конструкторско-технологической информатики РАН **С.А. Шептунов**.

Прототип робота впервые был анонсирован в 2016 году. В сентябре 2017 года министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова заявляла, что разработанный в России робот-хирург уже может выпускаться на промышленной основе.

Производство планировалось на российских предприятиях. Компания AST рассчитывает занять до 50% сектора роботической хирургии в абдоминальной хирургии, гинекологии и урологии.

Тогда же, в 2017 году, в СМИ появились публикации о том, что первые российские роботы появятся в отечественных клиниках через 2 года, то есть в 2019 году. Оглядываясь назад, мы видим, что это были несколько смелые заявления. Понятно, что разработки таких проектов сопряжены с большим количеством проблем – организационных, технических, финансовых, но все же российские урологи не теряют надежды увидеть и прооперировать пациентов

на отечественном оборудовании. Робот был уже опробован на живом объекте (экспериментальном животном) в 2018 году. Можно верить в то, что наступит день, когда российский робот будет доминировать в отечественных операционных, не уступая по эффективности и прецизионности вмешательства и превосходя зарубежные аналоги по мобильности оборудования и бюджетности расходов.

7. Мнения урологов

Команда Uroweb.ru в 2019 году запустила проект «Опрос урологов» – нам интересно мнение урологов по любым вопросам и темам. Проект можно найти по ссылке ***https://uroweb.ru/poll***.

Приведем результаты некоторых из них.

С конца августа до 11 сентября 2019 года на Уровеб был проведен опрос урологов на тему ***«Какие из перечисленных направлений Вы видите в качестве трендов развития отечественной и мировой урологии в ближайшее десятилетие»***. На вопросы ответил 971 уролог. Что для урологов кажется наиболее важным и перспективным, а в чем урологи пока сомневаются – можете посмотреть в результатах опроса. Справедливым будет отметить, что инициаторами опроса стали профессор **Андрей Зиновьевич Винаров** и профессор **Михаил Иосифович Коган**. Ответы урологов были проанализированы и озвучены в пленарном докладе Конгресса Российского общества урологов.

Фундаментальная медицина (можно выбрать несколько ответов):

Ответов 971	Чел.	Абс. показ.	Отн. показ.
решение проблемы антибиотикорезистентности	607	**62,5%**	21.0%
разработка новых молекул для таргетной терапии онкоурологических заболеваний	494	**50,9%**	17.1%
поиск новых биомаркеров	457	**47,1%**	15.8%
развитие персонализированной медицины - использование генных методов (редактирование генома)	412	**42,4%**	14.3%
расширение использования регенеративных методов с использованием стволовых клеток	380	**39,1%**	13.2%
создание новых фармпрепаратов	371	**38,2%**	12.9%
разработка новых источников для таргетной лучевой терапии	166	**17,1%**	5.7%

Клиническая медицина (можно выбрать несколько ответов):

Ответов 971	Чел.	Абс. показ.,	Отн. показ.
роботическая хирургия	530	**54,6%**	14.0%
лазерная хирургия	446	**45,9%**	11.8%
профилактика урологических заболеваний с персонализированным подходом (поведение, физические нагрузки, питание и т.д.)	427	**44,0%**	11.4%
поиск решений в метафилактике МКБ	419	**43,2%**	11.1%
поиск и разработка методов диагностики и лечения идиопатического мужского бесплодия	381	**39,2%**	10.1%
миниатюризация хирургического инструментария	380	**39,1%**	10.1%
совершенствование 3D-визуализации	377	**38,8%**	10.0%
уход от хирургии в сторону консервативного лечения урологических заболеваний	262	**27,0%**	6.9%
совершенствование 3D-принтинга	252	**26,0%**	6.7%
развитие аблативных методик	152	**15,7%**	4.0%
расширение применения фитотерапии, БАДов	98	**10,1%**	2.6%
самодиагностика и самолечение пациентами	56	**5,8%**	1.5%

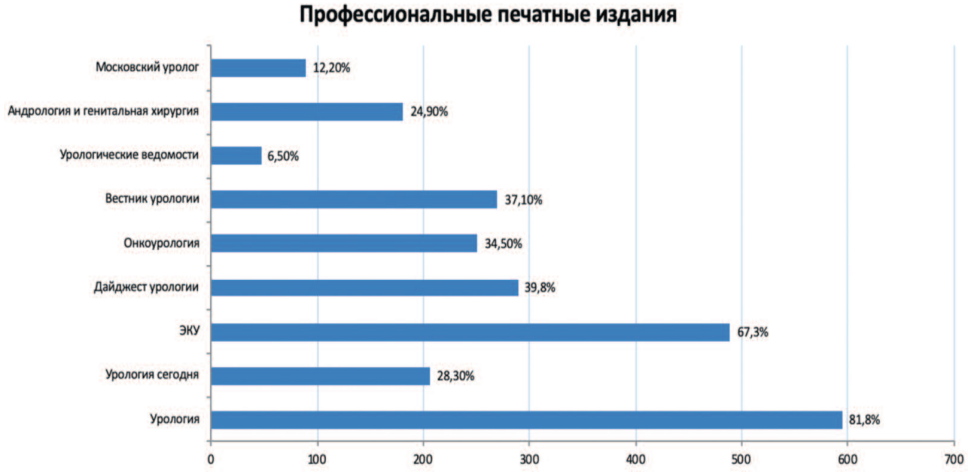
Мобильные технологии в урологии (можно выбрать несколько ответов):

Ответов 971	Чел.	Абс. показ.,	Отн. показ.
дистанционное образования для урологов, андрологов, онкоурологов (UroWeb.ru, UroEdu.ru, Академия амбулаторной урологии ...	761	**78,4%**	27.9%
развитие искусственного интеллекта - КТ, МРТ, УЗИ, патоморфология и т.д.	555	**57,2%**	20.4%
дистанционный мониторинг урологических пациентов (общий анализ мочи, урофлоуметрия, мобильные приложения для пацие...	510	**52,5%**	18.7%
интернет медицинских вещей (использование различных гаджетов)	274	**28,2%**	10.1%
дистанционные консультации пациентов с выпиской рецептов и т.д.	254	**26,2%**	9.3%
усиление роли социальных сетей (Twitter, Facebook, Instagram, ВК) в профессиональной жизни урологов	252	**26,0%**	9.3%
биохакинг	118	**12,2%**	4.3%

Еще один опрос был посвящен **получению второго мнения патоморфологического заключения** (получены ответы от 540 человек) – как оказалось, только 10% урологов не стремятся перепроверить результаты исследования, всегда перепроверяют 35% и периодически перепроверяют у других специалистов 55% урологов. Получение более, чем одного заключения, связано с недостаточным доверием и привычкой все перепроверять.

Опросы клинических ситуаций были связаны с методами лечения недержания мочи у женщин, консервативного лечения ДГПЖ, практике назначения холинолитиков при СНМП/ГМП, методов лечения преждевременной эякуляции, телемедицине.

Особый интерес представляет опрос **предпочтений урологов по источникам получения профессиональной информации** – были проанализированы специализированные отечественные печатные издания, профессиональные интернет-ресурсы (включая зарубежные), и дополнительные пути продвижения – социальные сети, различные интернет-каналы. Количество урологов, прошедших опрос, и его результаты представлены на рисунках ниже.

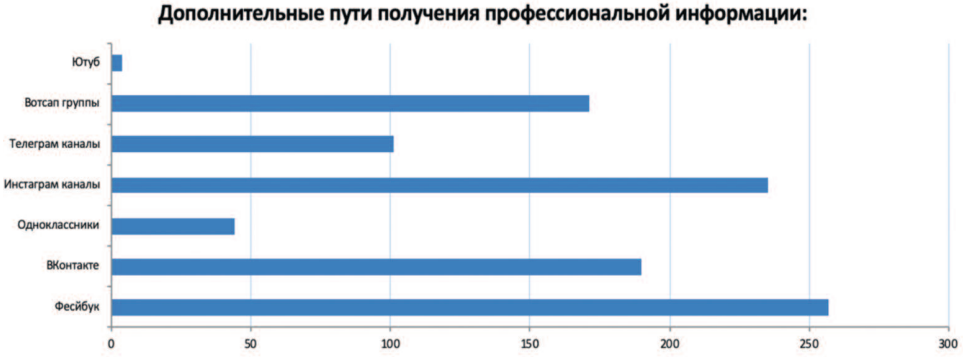


Профессиональные печатные издания (727 ответов)

Урология	595	81,8%
Урология сегодня	206	28,3%
Экспериментальная и клиническая урология	489	67,3%
Дайджест урологии	289	39,8%
Онкоурология	251	34,5%
Вестник урологии	270	37,1%
Урологические ведомости	47	6,5%
Андрология и генитальная хирургия	181	24,9%
Московский уролог	89	12,2%
	2417	**332,5%**

Профессиональные интернет-ресурсы (727 ответов)

Uroweb.ru	667	91,7%
Uro.TV	273	37,6%
Сайт РОУ	322	44,3%
Сайт РООУ	154	21,2%
Сайт EAU Uroweb.org	187	25,7%
Uro Edu.ru	192	26,4%
Экспериментальная и клиническая урология	128	17,6%
Pubmed.com	165	22,7%
Сайт ПААР	61	8,4%
	2149	**295,6%**



Дополнительные пути получения профессиональной информации (582 ответов)

Фейсбук	257	44,2%
ВКонтакте	190	32,6%
Одноклассники	44	7,6%
Инстаграм каналы	235	40,4%
Телеграм каналы	101	17,4%
Вотсап группы	171	29,4%
Ютуб	4	0,7%
	1002	**172,2%**

Результаты опросов могут быть использованы при подготовке докладов, презентаций, статей или иного любого материала с сохранением обязательной ссылки на **Uroweb.ru**.

8. Библиотека уролога и аудиокниги

В 2019 году продолжена работа над разделами Уровеб «Библиотека уролога» и «Аудиокниги». Сейчас в библиотеке представлены **47 книг** в форматах, пригодных как для чтения, так и для скачивания. Более 30 изданий любезно предоставлены главным урологом РФ Пушкарем Дмитрием Юрьевичем.

Учитывая исключительную занятость урологов и одновременно их желание постоянно обучаться и узнавать что-то новое, команда Уровеб разработала новый формат предоставления урологических новостей и информации – аудиокниги по урологии. Большое число докладов с мероприятий, лекций и выступлений можно теперь скачать и прослушать в аудиоформате в любой удобной обстановке – дома, в пути – машине, общественном транспорте, самолете и т.д.

9. Курсы повышения квалификации

Еще один новый раздел на Uroweb.ru предназначен для информирования урологов о курсах повышения квалификации на будущий год. В настоящее время размещена информация о курсах на базе кафедр урологии Воронежского ГМУ (ответ. за курсы по урологии д.м.н. О.В. Золотухин), Алтайского ГМУ (зав. кафедрой проф. А.И. Неймарк), Первого Санкт-Петербургского медицинского

Дополнительные профессиональные программы повышения квалификации на базе Воронежского ГМУ им. Н.Н. Бурденко

27.12.2019 11

План проведения циклов усовершенствования врачей на 2020 учебный год

26.12.2019 30

Учебный план циклов повышения квалификации ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» на 2020 год

23.12.2019 209

Цикл повышения квалификации Омского ГМУ от А.Ю. Цуканова - 2020

02.12.2019 430

План программы повышения квалификации от профессора С.П. Даренкова - 2020 год

15.11.2019 447

План программы повышения квалификации от профессора В.Л. Медведева - 2020 год

13.11.2019 474

университета им. акад. И.П. Павлова (зав. кафедрой проф. С.Х. Аль-Шукри), Омского ГМУ (зав. кафедрой проф. А.Ю. Цуканов), ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ (зав. кафедрой проф. С.П. Даренков), Кубанского государственного медицинского университета (зав. кафедрой проф. В.Л. Медведев).

Количество просмотров под каждым курсом говорит о высочайшей заинтересованности урологов данной информацией – она позволяет заранее запланировать свое обучение, особенно, если они связаны с поездками из регионов или, наоборот, в регионы.

В целом, год для урологов выдался стабильным и плодотворным. Молодые урологи были озабочены поиском места прохождения ординатуры и места работы. Перед опытными урологами стоял непростой выбор работы между частными и государственными клиниками, и каждый этот выбор сделал. У многих наших коллег произошли изменения в личной жизни – создание молодой семьи, рождение детей, некоторые изменили место работы и место жительства. Жизнь продолжается и хочется, чтобы в будущем году стабильность сохранилась.

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, N° 3. P. 135–139. **2.** Hasche-Klünder R. Urologe. A. 1978. Vol. 17, N°. 4. P. 224–227. **3.** Weidner W. et al. Eur. Urol. 2005. Vol. 47, N° 4. P. 530–536. **4.** ZARAFONETIS C.J., HORRAX T.M J. Urol. 1959. Vol. 81, N° 6. P. 770–772. **5.** Scardino P.L., Scott WW Ann. N. Y. Acad. Sci. 1949. Vol. 52, N° 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. 9. 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

Маскулинность: преимущество или недостаток?

А.С. Коздоба
к.м.н., андролог, уролог, УЗИ-специалист, врач высшей категории
(г. Москва)

Маскулинность — это комплекс психологических и характерологических особенностей, приписываемых мужчинам. С подробным докладом о понятии и проблемах маскулинности в ходе Урологической интернет-конференции №6 выступил Андрей Семенович Коздоба — андролог, уролог, УЗИ-специалист, врач высшей категории, кандидат медицинских наук.

Традиционно к проявлениям маскулинности относятся сила, твердость, решительность, жестокость, агрессивность и т. д. [1]. Большой вклад в разработку этой проблематики внесли представители феминистского движения. В XIX веке маскулинные и фемининные черты считались дихотомическими, взаимоисключающими, а всякое отступление от норматива воспринималось как патология или девиация. Затем жесткий нормативизм уступил место идее континуума маскулинно-фемининных качеств, на базе которой были созданы специальные шкалы для измерения степени умственных способностей, эмоций, интересов и т. п. Все они предполагали, что в пределах некоторой нормы индивиды могут различаться по степени маскулинности и феминности. Эти свойства представлялись альтернативными: высокая маскулинность должна была, таким образом, коррелировать с низкой феминностью, и наоборот. Для мужчин при этом желательна высокая маскулинность, а для женщин — феминность [2].

Эволюционная роль мужчины

При обсуждении войны в обществе часто говорят о нарушениях жестокости, зверствах, но крайне редко — о мужчинах. В сущности, практикуют организо-

ванное насилие в основном именно они: планируют стратегию и техническое воплощение, являются идеологами и конечными исполнителями. По этой причине маскулинность и насилие давно обсуждают специалисты по военной социологии. В свою очередь, женщины часто поддерживают войны и переполнены ненавистью к врагам. Однако факты говорят о том, что организуют и осуществляют насилие именно мужчины, и так было практически всегда. При этом следует помнить, что культуре мужчин-воинов свойственна не только жестокость, но и доброта. Как подчеркнул Андрей Семенович, изображать склонность к насилию чертой, присущей большинству мужчин, было бы несправедливо. Такие стереотипы загоняют мужчин в угол, откуда приходится пробиваться с боем.

Каждое общество по родовому признаку состоит из мужчин и женщин. Биологические различия между ними одинаковы во всем мире, но их социальная роль в обществе лишь в малой степени объясняется биологическими различиями. Многие виды поведения, которые не связаны непосредственным образом с проблемами продолжения рода, считаются в обществе типично мужскими или типично женскими. Однако те виды поведения, которые считаются характерными для того или иного пола, меняются от культуры к культуре. Таким образом, понятия «маскулинность» и «феминность» определяют социальные, заранее заданные культурой роли.

Относительно того, что считать мужским, а что женским, в каждой конкретной культуре существуют различные мнения. Поэтому в качестве критерия разделения маскулинных и феминных культур, в частности, голландский социолог Герт Хофстеде предлагает традиционное разделение общества. То есть мужчинам приписывается твердость, ориентация на конкуренцию, соперничество и стремление быть первыми. Женщинам — ориентация на дом, семью, социальные ценности, а также мягкость, эмоциональность и чувствительность.

Маскулинные и феминные страны

Согласно такому разделению, в маскулинных культурах центральное место занимают работа, сила, независимость, материальный успех, а также существует ясное разграничение мужских и женских ролей. В феминных культурах

эти признаки считаются не столь важными. На первом плане здесь находятся эмоциональные связи между людьми и забота о других членах общества, сам человек и смысл его существования. Например, конфликты в таких культурах пытаются решать путем переговоров и достижения компромисса, в то время как в маскулинных культурах они решаются в свободной борьбе, по принципу «пусть победит лучший». Соответственно, в маскулинных культурах у детей поощряются честолюбие, дух соревнования и самопрезентация. В труде здесь больше ценится результат, и награждение происходит по принципу

Каждое общество по родовому признаку состоит из мужчин и женщин. Биологические различия между ними одинаковы во всем мире, но их социальная роль в обществе лишь в малой степени объясняется биологическими различиями. Многие виды поведения, которые не связаны непосредственным образом с проблемами продолжения рода, считаются в обществе типично мужскими или типично женскими. Однако те виды поведения, которые считаются характерными для того или иного пола, меняются от культуры к культуре. Таким образом, понятия «маскулинность» и «феминность» определяют социальные, заранее заданные культурой роли.

реального вклада в работу. В феминных культурах при воспитании детей большее значение предается развитию чувство солидарности и скромности. Награждение за труд происходит больше по принципу равенства. К культурам феминного типа относят Швецию, Норвегию, Нидерланды, Данию, Финляндию, Чили, Португалию, СССР и другие страны. В свою очередь, к маскулинными относятся Япония, Австрия, Венесуэла, Италия, Швейцария, Мексика, Великобритания, Германия, и в том числе, современная Россия. С точки зрения Андрея Семеновича, оптимальным было бы совмещение двух этих типов.

«Токсичная» маскулинность: взгляд Американской психологической ассоциации

Сегодня существует также термин «токсичная маскулинность». Под ним подразумевается набор традиционных качеств, которые лежат в основе таких понятий, как «сильный мужчина» и даже «настоящий мужик», независимо от того, положительные это качества или отрицательные, используются они во благо или во зло. Как отметил Андрей Семенович, на его взгляд, это лишь очередной способ найти виноватого, выделив определенную ячейку общества.

Американская психологическая ассоциация (APA) выпустила пособие для психологов, которые работают с мальчиками и мужчинами. В нем специалисты описывают вред от традиционной маскулинности и связывают ее с гомофобией и харрасментом. Краткое изложение работы опубликовано в январском выпуске научного журнала Psychology Monitor. В частности считается, что традиционная маскулинность выступает причиной стремления доминировать. Стоицизм, присущий ей, также заставляет мужчин реже просить о помощи. Исследование было основано на 40 годах изучения паттернов маскулинности.

В статье отмечается, что традиционная маскулинность, отмеченная стоицизмом, соревновательностью, доминированием и агрессией, в целом вредна. Также психологи осуждают идеологию маскулинности, к которой относятся антифеминизм, зацикленность на достижениях, отказ от проявления слабости, тяга к приключениям, риску и жестокости. По мнению специалистов, традиционная маскулинность психологически вредит мальчикам, которых с детства учат подавлять свои эмоции. Специалисты отмечают, что мужчины, которые убеждены в собственной маскулинности, реже обращаются за помощью, в том числе медицинской. Из-за склонности к стоицизму они реже рассказывают о своих проблемах. Ученые также выяснили, что у мальчиков, которые подвержены влиянию маскулинности, развивается склонность к гомофобии, сексуальному насилию и стремлению самоутвердиться за счет подавления и оскорбления более слабых сверстников. Специалисты уверены, что патриархат несет мужчинам как пользу, так и вред. С одной стороны, он дает мужчинам власть, а с другой — принуждает их к определенной ограниченной роли в обществе.

СССР-Россия: изменение модели маскулинности

Со своей стороны, исследователи из Института социологии РАН Александрина Ваньке и Ирина Тартаковская проанализировали нормативные модели российских рабочих и обнаружили, что старшие из них сохранили маскулинность советского типа, тогда как молодые осваивают маскулинность общества потребления [3]. Комплексный сравнительный анализ интервью, взятых у рабочих в позднесоветский, перестроечный и современный периоды, позволяет увидеть набор отличающихся друг от друга нормативных моделей маскулинности. Советский гендерный порядок предполагал утверждение гегемонной маскулинности через связь с государством: служение высокой идее и общему благу. Рабочим в обобщенной модели советской маскулинности отводилась особая роль не только кормильцев семьи и сильных мужчин с техническими умениями и навыками, но и «станового хребта» советского государства, его главной опоры и одновременно репрезентанта. Для рабочих не предполагалось иных способов позитивного самоутверждения, но их символический статус в тот период был высок.

В Перестройку эта модель потеряла и институциональную, и идеологическую поддержку. Мужчины-рабочие вынуждены были искать маскулинную идентичность в условиях резкого снижения социального статуса. С одной стороны, им пришлось искать новые способы обретения субъектности и самоутверждения, что дало им определенную свободу по сравнению с советским гендерным режимом. С другой — свободу ограничивали отсутствие ресурсов, дискриминация, например, по возрасту, а также культурные и идеологические барьеры. В 2000-е и, особенно, в 2010-е годы складывается новая государственная гендерная политика, фрагментарная и непоследовательная. Советская модель рабочего-государственника вновь стала востребованной, но лишь частью рабочих, в основном старшего возраста. Молодые же рабочие, с одной стороны, делают попытки создать маскулинность нового типа, которая включает измерение политической активности, а с другой — осваивают универсальную потребительскую модель мужественности, связанную с материальным достатком, карьерным успехом, престижным образом жизни, инвестированием в здоровье и внешний вид. Авторы исследования высказывают гипотезу, что представления о нормативной маскулинности у «синих» и «белых» воротничков в современной России значительно сближаются: мужчины-рабочие стремятся копировать образ жизни офисных служащих.

Политики «обречены» на маскулинность?

Андрей Семенович упомянул проведенный социологический анализ паттернов поведения мужчины и женщины — политиков. В нем отмечается, что приписываемые женщине моральные качества — заботливость, самопожертвование, мягкость и преданность семье — несмотря на их позитивную оценку, ценятся в политическом лидере ниже, чем компетентность, независимость, автономность и индивидуализм, приписываемые мужчинам. Хотя использование гендерных стереотипов, как правило, не преследует сознательную цель дискредитации женщин-политиков как таковых, оно влечет за собой снижение легитимности женственности в политической сфере и, как следствие, уменьшение возможностей женщины участвовать во власти. Это ведет не только к неравенству в политической сфере, но и, в конечном счете, к социальному неравенству. Таким образом, маскулинность здесь можно считать преимуществом.

Старшие подростки и молодые мужчины с патриархальными вариантами развития мужской идентичности обладают социально-психологическими характеристиками, созвучными стандартам традиционной мужской гендерной нормы и амбивалентными по своему содержанию. В то же время старшие подростки и молодые мужчины с альтернативными вариантами развития мужской идентичности, не поддерживающие практики гендерной дискриминации и воспринимающие женскую гендерную группу как социально равную, отличаются высокой социально-психологической адаптивностью.

Патриархат: доступ к ресурсам?

Еще одним ключевым понятием можно считать понятие патриархата. По определению Хайди Хартман, он является системой, регламентирующей социальные отношения, благодаря которой мужчины как социальная группа обладают материальными ресурсами и устанавливают иерархические

взаимозависимости и солидарности между мужчинами для доминирования над женщинами как гендерной группой.

Развитие мужской идентичности на этапе перехода от подросткового возраста к раннему взрослому, по мнению автора кандидатской диссертации на эту тему Александры Никитиной, выглядит следующим образом [4]. Старшие подростки и молодые мужчины с патриархальными вариантами развития мужской идентичности обладают социально-психологическими характеристиками, созвучными стандартам традиционной мужской гендерной нормы и амбивалентными по своему содержанию. В то же время старшие подростки и молодые мужчины с альтернативными вариантами развития мужской идентичности, не поддерживающие практики гендерной дискриминации и воспринимающие женскую гендерную группу как социально равную, отличаются высокой социально-психологической адаптивностью. Варианты развития мужской идентичности при этом связаны с комплексами социально-психологических характеристик и зависят от этапа возрастной социализации.

Андрей Семенович процитировал экономиста Михаила Хазина, с точки зрения которого «вся теория равноправия полов основана на доступе к кошелькам и формировании общества потребителей» [5].

Также лектор упомянул ряд тенденций в современном обществе, включающих применение гормональных средств для улучшения внешнего вида, часто в ущерб мужскому здоровью и потенции, а также присвоение внешних маскулинных атрибутов, таких как борода и камуфляж.

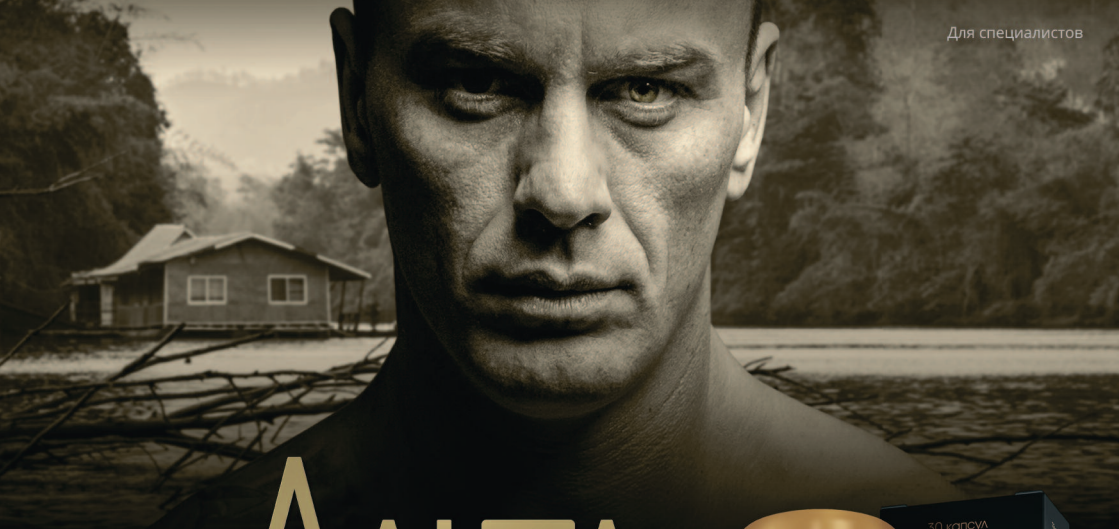
В заключение Андрей Семенович призвал принимать и доносить до своих детей маскулинность как то, что дано от природы.

Источники:

1. *Головин С.Ю., Словарь практического психолога, 1998*
2. *Шапарь В.Б., Новейший психологический словарь, 2009*
3. *Ваньке А.В., Тартаковская И. Н., Карьера рабочего как биографический выбор. Социологическое обозрение, 2016*
4. *Никитина А.А. Развитие мужской индентичности на этапе перехода от подростничества к ранней взрослости. Дисс. канд. псих. наук, 2011*
5. *Хазин М.Л., Закат империи доллара и конец Pax Americana, 2003*

Материал подготовила Ю.Г. Болдырева

Видео выступления можно посмотреть на Uro.TV



Я = АЛЬФА.

И СИЛА МОЯ ВНУТРИ

АЛЬФА – современный комплекс с уникальным составом активных натуральных компонентов в удобной упаковке, эффективно и безопасно повышающий уровень тестостерона у мужчин.

На фоне курсового приема комплекса «Альфа» наблюдалось:

- ✓ Повышение уровня общего тестостерона у 74,7% обследованных мужчин
- ✓ Уменьшение симптомов андрогенного дефицита у 95,4% 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.

«Результаты проведённого исследования, позволяют рекомендовать «Альфа» в комплексной терапии пациентов с умеренными и особенно начальными проявлениями андрогенодефицита»

Ефремов Е.А., Коршунов М.Н., Золотухин О.В., Мадыкин 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.

SHPHARMA
source of healing

Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.88.003.E.001916.05.18 от 07.05.2018

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Ожирение у мужчин. Как помочь пациенту: практические советы

Е.Ю. Грицкевич
врач-эндокринолог, андролог (г. Москва)

В ходе урологической интернет-конференции №6 врач-эндокринолог, андролог и специалист по снижению веса Елена Юрьевна Грицкевич выступила с докладом о возможных подходах к решению проблемы ожирения.

Согласно определению ВОЗ, ожирение — это хроническое заболевание, гетерогенное по этиологии и клиническим проявлениям, прогрессирующее при естественном течении, характеризующееся избыточным отложением жировой массы в организме и рецидивирующим характером.

Что точнее: ИМТ или окружность талии?

Инструментом, позволяющим оценить наличие и степень выраженности ожирения, является индекс массы тела (ИМТ) — отношение массы тела в килограммах к квадрату роста в метрах (кг/м^2). Согласно ВОЗ, диагноз «избыточный вес» или «ожирение» ставится у взрослых в следующих случаях:

- ИМТ больше или равен 25 — избыточный вес;
- ИМТ больше или равен 30 — ожирение;
- Окружность талии более 94 см.

Вместе с тем, следует помнить о том, что даже с ИМТ выше нормы пациент может иметь большой процент мышечной массы, а значит, не страдать от ожирения. Ориентироваться на окружность талии в ряде случаев может быть более резонно.

Если раньше мужчины по распространенности ожирения отставали от женщин, то сегодня показатели его распространенности практически равны между полами.

Алгоритм обследования пациента

Индивидуально, по показаниям у пациентов с ожирением может применяться ряд лабораторных методов обследования:

• проведение теста толерантности к глюкозе;
• липидный профиль (общий холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП);
• показатели функции печени (билирубин и его фракции, АЛТ, АСТ, щелочная фосфотаза);
• определение функции щитовидной железы (ТТГ, сТ4);
• ночной дексаметазоновый тест с одним мг дексаметазона при подозрении на эндогенный гиперкортицизм;
• тестостерон, пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, ГСПГ;
• С-пептид и инсулин при подозрении на гиперинсулинемию (например, инсулинома, незидобластоз и т. д.).

В числе инструментальных методов обследования могут применяться:
• биоимпедансометрия;
• УЗИ органов брюшной полости и почек;
• УЗИ щитовидной железы;
• УЗИ органов малого таза (мошонки);
• ЭКГ;
• ЭХО-КГ;
• суточный мониторинг артериального давления, ЭКГ-мониторинг;
• рентгенография черепа, турецкого седла;
• полисомнография;
• МРТ гипофиза с контрастным усилением;
• МРТ головного мозга.

Какая диета лучше?

Основные принципы снижения массы тела — это рациональное питание, физическая нагрузка, нормализация углеводного, липидного и других видов обмена при их нарушении, при необходимости — медикаментозная терапия, а при морбидном ожирении — бариатрическая хирургия.

Наиболее подходящая диетотерапия для похудения должна быть безопасной, эффективной и такой, чтобы пациент мог ее придерживаться. Питание должно включать все основные группы пищевых продуктов. Рекомендуется мониторинг съеденной пищи в виде пищевого дневника, в котором также отмечается ежедневная физическая

активность. Необходимо учитывать индивидуальные предпочтения в еде, пищевое поведение и схемы питания, а также культурные особенности, традиции и доступность пищи, сроки и финансовые проблемы, пищевые знания и кулинарные навыки.

Низкокалорийные диеты с ограничением содержания жиров приводят к большему снижению общего холестерина и холестерина ЛПНП, с ограничением углеводов — к большему снижению уровня триглицеридов в сыворотке крови и повышению уровня холестерина ЛПВП, а также к большему снижению уровня глюкозы в сыворотке крови HbA1c.

Отдельно Елена Юрьевна упомянула «средиземноморскую» диету, представляющую собой не определенный рацион, а скорее обобщенный термин для нескольких вариантов питания, которые часто встречаются в Греции, Италии и Испании. Средиземноморская диета имеет наиболее последовательную и надежную научную поддержку в снижении риска атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний. Можно выделить ряд основных принципов такой диеты:

- оливковое масло как основной источник жиров;
- потребление овощей, бобовых, цельных зерен, орехов и семян;
- умеренное потребление красного вина;
- умеренное потребление морепродуктов, кисломолочных продуктов (сыра и йогурта), птицы и яиц;
- ограничение потребления красного мяса, мясных продуктов и сладостей.

Также можно рассмотреть диету DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension), разработанную Национальным институтом сердца, легких и крови США, — главным образом, для коррекции высокого артериального давления. Согласно ей, предпочтительно употребление овощей, фруктов и цельных зерен, обезжиренных или нежирных молочных продуктов, рыбы, птицы и постного мяса, орехов, семян и бобовых, а также волокон и минералов, в частности, кальция, калия и магния. Ограничивается потребление натрия (1500–2300 мг в день), жира (не более 27% от общего количества ежедневных калорий), насыщенных жиров (<6% от общего числа ежедневных калорий), красного и обработанного мяса. Исключаются сладкие напитки и продукты с добавлением сахара.

Палеолитическая диета основана на рационе питания, предположительно существовавшем в палеолитический период (продолжительностью 3,4 млн лет и закончившийся в 6000–2000 гг. до н. э.). В ней рекомендованы свежие овощи, фрукты и корнеплоды, травянистое постное красное мясо, рыба и морепродукты, яйца, орехи и семена, а также полезные масла (оливковое, грецкое, льняное, макадамия,

авокадо и кокос). Исключаются зерновые, бобовые, включая арахис, молочные продукты, картофель, обработанные пищевые продукты, рафинированный сахар, рафинированные масла и соль.

Оптимальная физическая активность – сколько раз в неделю?

Физическая активность — другая крайне важная мера при борьбе с ожирением. Она подразумевает любую работу, совершаемую скелетным мышцами и приводящую к затрате энергии сверх уровня, характерного для состояния покоя. Интенсивность и тип нагрузки зависят от пациента, в частности, наличия у него осложнений, и подбираются индивидуально. При этом любая физическая активность лучше, чем ее отсутствие.

Динамические (аэробные) тренировки, выполняемые в режиме не менее 150 минут (2,5 часа) в неделю при умеренной физической нагрузке или 75 минут (1,25 часа) — при интенсивной, обеспечивают большинство преимуществ для здоровья, способствуют умеренной потере веса и предотвращению его увеличения. В режиме 300 минут (5 часов) в неделю при умеренной аэробной нагрузке или 150 минут (2,5 часа) при интенсивной наблюдается более устойчивая потеря веса, предотвращается восстановление веса после его потери. В случае выбора резистивных (анаэробных) силовых тренировок предварительно проводится оценка состава тела (биоимпедансометрия). В процессе тренинга применяется соответствующая техника поднятия тяжестей, используются различные утяжелители, полосы сопротивления и т. д. В восстановительном периоде можно ожидать кратковременных болей в мышцах.

Медикаментозная коррекция веса

При ведении пациентов с ожирением крайне важно избегать их стигматизации, при этом поощряя, мотивируя и поддерживая их выбор партнерского сотрудничества с врачом во время лечения. С точки зрения поведенческой терапии расстройства питания делятся на несколько видов: экстернальное (ем, когда вижу еду), эмоциогенное (ем, когда испытываю эмоциональный дискомфорт) и ограничительное (чередование строгих диет с отказом от лечения). В рамках когнитивно-поведенческой терапии формируется мотивация и ставятся реалистичные цели, причем важны также информированность пациента и привлечение его семьи.

В лекарственной терапии ожирения может применяться несколько разновидностей препаратов:

• препараты центрального действия для ускорения насыщения (сибутрамин);

• препараты, влияющие на способность организма усваивать из пищи определенные питательные вещества (орлистат);

• аналоги человеческого глюкагоноподобного пептида — 1 (лираглутид).

Сибутрамин — это ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина, а также, в меньшей степени, дофамина в синапсах центральной нервной системы. Он ускоряет чувство насыщения, снижая количество потребляемой пищи, и увеличивает энергозатраты организма, что в совокупности приводит к отрицательному балансу энергии. У препарата, однако, есть ряд побочных эффектов: тошнота, потеря аппетита, запор, сухость во рту, изменение вкусовых ощущений, головная боль, возбуждение и потливость. К противопоказаниям относятся неконтролируемая артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, декомпенсированная сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца, цереброваскулярные заболевания (инсульт, транзиторные нарушения мозгового кровообращения), тяжелые поражения печени и почек. При приеме препарата у всех пациентов необходим контроль артериального давления. Препарат отменяют при учащении пульса более чем на 10 ударов в минуту, повышении АД более чем на 10 мм рт. ст., а также в случае, если оно превышает 140/90 мм рт. ст. при ранее компенсированной АГ, если прогрессируют одышка, боли в груди или отеки суставов. Сибутрамин также не назначается в течение 14 дней после приема ингибиторов моноамиоксидазы и препаратов, действующих на ЦНС, включая антидепрессанты.

Лираглутид — агонист рецептора глюкагоноподобного пептида-1, представляет собой инъекционный препарат. При низких дозах (1,8 мг в день) показан для снижения уровня сахара в крови у пациентов с диабетом 2 типа. В дозе 3 мг в день одобрен для лечения ожирения. Некоторые пациенты могут терять 5–10% массы тела, особенно при более высоких дозах препарата. Побочные эффекты — тошнота, гипогликемия, диарея, запоры, рвота, головная боль, снижение аппетита, диспепсия, головокружение, боли в животе и повышение липазы. Противопоказан при семейном анамнезе медуллярного рака щитовидной железы или синдрома множественной эндокринной неоплазии второго типа. Рекомендовано прекращение терапии при подозрении на панкреатит, заболевания желчного пузыря или суицидальное поведение и мысли. Может способствовать гипогликемии, особенно у пациентов с сахарным

диабетом, получающих инсулин или препараты сульфонилмочевины. Также способен замедлить опорожнение желудка, что может повлиять на всасывания одновременно вводимых пероральных препаратов.

Орлистат — желудочно-кишечный ингибитор липазы, который ухудшает усвоение жира из пищи. Низкие дозы одобрены без рецепта. Некоторые пациенты при его приеме могут терять около 5% массы тела. Побочные эффекты включают жирные выделения с газами из прямой кишки, особенно после жирной пищи, что, впрочем, может помочь при запорах. Кроме того, препарат может способствовать образованию камней в желчном пузыре и почках, а также вызывать нарушение всасывания жирорастворимых витаминов (A, D, E, K). Необходим ежедневный прием поливитаминов на его фоне. Противопоказаниями являются синдром хронической мальабсорбции и холестаз. Сообщается о редких случаях тяжелого повреждения печени и панкреатита. Взаимодействует с циклоспорином, гормональными контрацептивами, противосудорожными препаратами, гормонами щитовидной железы и варфарином.

Тяжелая артиллерия

Хирургическое лечение рекомендуется проводить при морбидном ожирении и неэффективности ранее проведенных консервативных мероприятий у пациентов 18–60 лет.

Проводится при ИМТ > 40 кг/м^2 — независимо от наличия сопутствующих заболеваний, а также при ИМТ > 35 кг/м^2 и наличии тяжелых заболеваний, на течение которых можно воздействовать путем снижения массы тела.

В бариатрической хирургии может применяться ряд методик. В частности, *Roux-en-Y обходной желудочный анастомоз* обеспечивает существенное улучшение метаболических нарушений, однако связан с повышенным риском развития мальабсорбционных осложнений. Способствует снижению веса до 65–75%. Имеет преимущества при высоком ИМТ, ГЭРБ, сахарном диабете 2 типа.

Лапароскопическое регулируемое бандажирование — наименее инвазивный метод, при этом риск смещения манжеты бандажа равен 25–40% в течение 5 лет. Обеспечивает снижение веса на 30–50%. Используется при ожирении без выраженных метаболических нарушений.

Продольная (рукавная) резекция желудка улучшает метаболические заболевания, не нарушая при этом тонкокишечную анатомию. Может возникать нечастый дефицит микроэлементов. После нее наблюдается снижение веса на 50–70%. ■

Билиопанкреатическое шунтирование обеспечивает максимальную потерю веса и устранение метаболических заболеваний. Сопряжено с повышенным риском дефицита витаминов и микроэлементов. Это наиболее технически сложный метод, обеспечивающий снижение веса до 70–80%.

Помимо этого, Елена Юрьевна упомянула американскую *систему BAROnova с силиконовым устройством TransPyloricShuttle*. Внутрижелудочная система имеет малые размеры — на 80–90% меньше, чем баллон. Она изменяет пассаж желудочного содержимого путем замедленного опорожнения желудка. Эффективность системы подтверждена результатами рандомизированного, двойного слепого, плацебо-контролируемого исследования ENDObesity II, в котором приняли участие 302 пациента из девяти исследовательских центров США. Приблизительно 67% пациентов потеряли 5 и более процентов своей массы тела, 40% потеряли 10% веса и более, по сравнению с 14% пациентов в группе плацебо. Резких колебаний артериального давления и других кардиометаболических факторов риска, а также снижения качества жизни при данном лечении не наблюдалось. Побочные эффекты включали в себя желудочно-кишечные явления, такие как боль в животе, тошнота, рвота и диспепсия, как и ожидалось при использовании внутрижелудочного устройства, предназначенного для лечения ожирения посредством замедленного опорожнения желудка.

Другая относительно новая методика — *эмболизация левой желудочной артерии*. Результаты первых таких операций для снижения веса у человека были представлены в 2013 году. Ранее данная методика применялась для остановки желудочных кровотечений. Исследователи обнаружили, что эмболизация левой желудочной артерии приводит к снижению выработки гормона грелина, участвующего в регуляция голода и насыщения, чем и объясняется снижение массы тела. Среднее снижение веса у пациентов составило 8–9% за первые 2–6 месяцев после операции и 16% — за 2 года. После снижения веса прооперированные удерживали его в течение как минимум года, никаких осложнений не выявлялось. Операция выполняется с использованием микрокатетера, в качестве эмболизационного материала используются сферы из молекул трис-акрила, связанных с молекулами желатина.

В целом, выбор между принятием мер по изменению образа жизни пациента, как подчеркнула Елена Юрьевна, зависит от многих факторов, основными из которых считаются пол пациента, ИМТ, окружность талии и наличие коморбидных патологий. ■

Материал подготовила В.А. Шадеркина

Видео выступления можно посмотреть на Uro.T

- Уникальное современное решение в терапии оксалатного нефролитиаза
- Активные компоненты комплекса ОКСАЛИТ способствуют растворению и профилактике образования оксалатных камней в органах мочевыводящей системы. Состав: филлантус нирури, фукус везикулозус, десмодиум стираксолистный
- Аналогов на рынке нет

ОКСАЛИТ

В ПОЧКАХ СТАЛАКТИТЫ РАСТВОРИТ

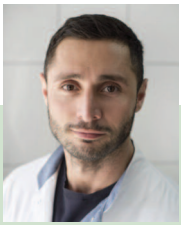
SHPHARMA
source of healing

www.shpharma.ru

Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.88.003.E.001471.04.18

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Мужчина и спорт. Как не впадать в крайности



А.Г. Дзидзария
к.м.н., онколог, андролог, заведующий отделением онкоурологии ФГБУ РНЦРР (г. Москва)

В ходе урологической интернет-конференции №6 с докладом о разумном подходе к спортивным нагрузкам выступил кандидат медицинских наук, онколог, андролог, заведующий отделением онкоурологии ФГБУ РНЦРР, а также спортсмен-бодибилдер Александр Гудисович Дзидзария.

Одни и те же возможности – разный результат

В начале выступления Александр Гудисович отметил, что с одними и теми же возможностями для упражнений и соблюдения диеты каждый мужчина будет получать сугубо индивидуальные результаты от посещения спортзала из-за генетически обусловленных различий. Основной гормон, который ассоциируется с силовыми нагрузками у мужчин, — это тестостерон. Многие ошибочно полагают, что он вырабатывается в спортзале, однако на самом деле он только расходуется в процессе тренировки, а в последующем компенсаторно восполняется организмом. При правильном режиме отдыха и соблюдении диеты возможно получить всплеск тестостерона. При чрезмерно частом посещении спортзала уровень гормона не успевает восстанавливаться естественным образом, так что мужчина страдает от общего ухудшения самочувствия.

Существует множество проблем, ассоциированных с низким уровнем тестостерона в мужском организме:

- нарушения в работе эндокринной системы (ожирение, значительное увеличение грудных желез, уменьшение волосяного покрова на лице и теле);
- вегето-сосудистые заболевания: учащенное сердцебиение, повышенная потливость, понижение уровня гемоглобина в крови, болевые ощущения в области сердца;
- нарушения костной структуры — боли в костях, развитие остеопороза;
- ухудшение психоэмоционального фона — частые перепады настроения, депрессии, быстрая утомляемость, бессонница, рассеянность, нарушения памяти;
- проблемы мочеполовой системы — снижение потенции и сексуального влечения, проблемы с эрекцией, частые позывы к мочеиспусканию, уменьшение объема половых желез;

- общее уменьшение физической силы и проблемы с набором мышечной массы;
- высокий риск развития сахарного диабета и болезни Альцгеймера;
- сухость кожи и раннее появление морщин.

Интенсивность нагрузки при занятиях спортом, разумеется, также следует подбирать индивидуально в соответствии с исходными данными человека, включая возраст и состояние здоровья.

Нужна ли диета?

Какие бы усилия мужчина ни прикладывал в спортзале, конечный результат все равно во многом будет определяться диетой. При этом также не нужно вдаваться в крайности: при серьезном ограничении калоража — начиная с 30% от обычной суточной нормы калорий — в организме включается так называемый «режим энергосбережения» и, вместе с тем, повышается уровень кортизола. Это влечет за собой риски развития проблем с суставами, депрессии, болезни Альцгеймера, ожирения, хронической усталости, а также снижения либидо и проблем с эрекцией.

Необходимо помнить, что в чрезвычайных ситуациях, при высоких физических нагрузках и нехватке питания организм старается сохранить жировую прослойку и избавиться от всего «лишнего» с его точки зрения — в частности, мышечной массы. Таким образом, чрезмерно строгая диета и запредельно высокие спортивные нагрузки зачастую дают результат, обратный желаемому.

Причиной проблем со здоровьем спортсмена могут выступать безграмотные диеты — не только неправильно организованное голодание на воде, но также все виды голодания или диет, дающие избыточный уровень кортизола. Это наносит вред и спортивной форме человека, и его здоровью. Кроме того, устойчивый миф о вреде вечернего приема пищи не имеет под собой веских оснований — для сохранения мышечной массы или похудения достаточно отдать предпочтение продуктам с высоким содержанием белка на ужин.

Эффект йо-йо

Также Александр Гудисович напомнил о так называемом эффекте йо-йо, когда стрессовые нагрузки на организм дают лишь непродолжительный результат. После высоких нагрузок организм может включать режим гиперкомпенсации, в котором

спешно сброшенные килограммы возвращаются, принося с собой еще несколько лишних. Таким образом, занятия спортом, в зависимости от интенсивности, могут выступать как «ядом», так и «лекарством».

Витаминная поддержка

Для поддержки организма, особенно в городских условиях и при активных тренировках, Александр Гудисович рекомендует принимать ряд добавок. В частности, сам он постоянно принимает витамины D и B12, омега-жирные кислоты, фолиевую кислоту, коэнзим Q10 и коллаген. Также может быть полезен прием липосомальной формы витамина С. Для борьбы со стрессом могут применяться различные растительные добавки, а для поддержания уровня тестостерона при активных тренировках — клостилбегит. При этом доктор подчеркнул необходимость консультации с лечащим врачом при наличии противопоказаний или хронических заболеваний, а также индивидуального подбора необходимых добавок.

Спать или тренироваться?

По возможности следует также соблюдать режим дня и хорошо высыпаться: антагонисты кортизола, тестостерон и соматотропный гормон производятся во время полноценного цикла сна. Их нехватка крайне вредна для всех систем организма.

Помимо этого, чрезмерно длительные тренировки также грозят повышением уровня кортизола. В частности, не приносят нужного эффекта частые и долгие кардиоупражнения или десятки подходов в силовых. Идеальный промежуток времени, которое следует проводить в тренажерном зале — 40–60 минут.

В заключение Александр Гудисович подчеркнул, что «чудо-таблеток», на которые многие рассчитывают для достижения нужных показателей физической формы, в природе не существует. Даже если подавлять аппетит жиросжигателями, со временем ушедшие в таком режиме килограммы возвращаются по принципу йо-йо. Подтянутый внешний вид должен быть, в первую очередь, проявлением внутреннего здоровья и правильной работы всех систем организма. ■

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

Сердечно-сосудистые осложнения у онкологических пациентов

С.Т. Мацкеплишвили
Член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе Университетской клиники МГУ (г. Москва)

На профессиональных мероприятиях урологи всегда с огромным вниманием слушают междисциплинарные доклады, практически все встречи строятся по междисциплинарному принципу. В ходе XV конгресса «Мужское здоровье» Симон Теймуразович Мацкеплишвили, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе Университетской клиники МГУ, рассказал о новом направлении фундаментальной медицины – кардиоонкологии, включающей изучение проблемы сердечно-сосудистых осложнений у онкологических пациентов.

По словам спикера, сегодня все больше пациентов с онкологическими заболеваниями умирают не от самих этих заболеваний, а от ассоциированной патологии сердечно-сосудистой системы. Схожим образом выглядит ситуация для больных диабетом: причиной смерти порядка 65 % из них являются сердечно-сосудистые осложнения. По этим причинам сегодня наблюдается зарождение и развитие новой дисциплины — кардиоонкологии.

Как известно, к кардиологической онкологии относятся опухоли сердца; кахексия сердца, как и скелетной мускулатуры, при онкологии; стратификация риска перед онкологической хирургией и химиотерапией, а также рассмотрение кардиотоксичности химиотерапии и лучевой терапии.

В ряде случаев новообразования сердца являются врожденными. Сегодня они могут выявляться на стадии пренатального скрининга — таких пациентов оперируют как можно раньше. Это требует остановки кровообращения и сложного реконструктивного вмешательства: в некоторых случаях применяется аутотрансплантация, когда сердце вынимается из грудной клетки пациента, оперируется, а затем помещается обратно.

Кахексия сердца также является большой проблемой: онкологические пациенты часто страдают одышкой и слабостью вместе с потерей мышечной массы. Вместе с тем, истончаются стенки сердца, что является причиной смерти порядка 20% больных. Сегодня российскими специалистами совместно с немецкими и британскими коллегами ведется разработка препарата, который позволил бы заблокировать ключевой механизм кахексии и мышечного истощения [1].

Стратификация риска перед онкологической хирургией и химиотерапией — важная задача, особенно в тех случаях, когда у пациента уже есть кардиологические заболевания. Зачастую онкологические хирурги опасаются случаев инфаркта и тяжелой аритмии в ходе операции. Таких пациентов отправляют к кардиологам, которые также не могут взять на себя всю ответственность за пациента с онкологическим диагнозом. Все это затягивает процесс лечения и отбирает ценное для больного время. В 1999 году была опубликована статья о стратификации риска послеоперационных осложнений по результатам стресс-эхокардиографии [2]. В ней показано, что отрицательное прогностическое значение стресс-эхокардиографии перед внесердечными хирургическими вмешательствами составляет 99%. Таким образом, большинство больных с онкологическим диагнозом можно смело брать на операцию, что значительно расширяет возможности онкохирургов.

Часто у пациентов развиваются заболевания сердца в ходе лечения новообразований. Причиной этому выступает кардиотоксичность химио- и лучевой терапии — вопрос, также требующий досконального исследования и поиска решений. ***Кардиоонкология*** — это новая клиническая дисциплина, сфокусированная на состоянии сердечно-сосудистой системы у онкологических пациентов и лиц с излеченным раком. В настоящее время более половины смертей онкологических пациентов во всем мире обусловлено кардиальной патологией. Важно понимать, что сердечно-сосудистые заболевания и новообразования имеют прямо противоположные патофизиологические механизмы. Так, в первом случае наблюдается нарушение деления и регенерации тканей и гибель клеток, во втором — бесконтрольное деление клеток с увеличением их количества, в первом — ишемия, снижение кровообращения органов и тканей, во втором — активный ангиогенез для поддержания жизнеспособности опухоли. При кардиальных патологиях происходит нарушение метаболической активности

и энергетической эффективности, при раке — значительное увеличение метаболической активности. Наконец, для сердечно-сосудистых заболеваний характерна повышенная чувствительность к токсинам и лекарствам, для онкологических — резистентность к лекарствам и иммунитету.

Механизмы кардиотоксичности реализуются через разные контрольные точки. В 2004 году американскими специалистами была проведена оценка базы данных больных с раком молочной железы, выявленным в период с января 1973 года по декабрь 2000 [3]. Группа наблюдения включала 402 082 белых пациентки (включая латиноамериканок) и 35 933 чернокожих со всеми формами заболевания (инвазивная или in situ). В структуре смертности от «других причин» 33% занимали заболевания сердца, 20% — опухоли, за исключением рака молочной железы, 11% — сосудистые поражения, 9% — патологии дыхательной системы. У 26% причину смерти установить не удалось.

Существует множество проявлений кардиотоксичности, к которым относятся:

- дисфункция миокарда и сердечная недостаточность;
- поражения коронарных артерий;
- поражения клапанов сердца;
- нарушения ритма и проводимости;
- артериальная гипертензия;
- тромбозы и эмболии;
- поражения сосудов и инсульты;
- легочная гипертензия;
- поражения перикарда.

Кардиотоксичность свойственна множеству используемых сегодня химиопрепаратов, включая таргетные.

Наглядный пример — рак молочной железы, ассоциированный с семейством рецепторов ErBB2/HER2, отвечающих за пролиферацию, выживаемость и инвазию опухолевых клеток. Эти же рецепторы содержатся в кардиомиоцитах, где отвечают за поддержание целостности клеточных структур и метаболизма. Соответственно, при лечении таких пациенток таргетными препаратами наносится значительный урон кардиомиоцитам.

Другой пример — препарат ибрутиниб, совершивший революцию в лечении хронического лимфолейкоза. К его побочным эффектам относятся геморраги-

ческие осложнения, фибрилляция предсердий и артериальная гипертензия. Стоит, однако, иметь в виду, что большинство нежелательных явлений 1–2 степени тяжести легко поддаются коррекции, а их частота снижается с течением времени, в то время как ранее прекращение и перерывы в терапии негативно влияют на результаты лечения.

Со своими рисками сопряжена также иммунотерапия — в первую очередь, это миокардиты. Частота их развития точно неизвестна, однако число регистрируемых случаев постоянно растет. Основные осложнения — молниеносный миокардит и блокады высокой степени, желудочковая тахикардия и внезапная сердечная смерть. Факторы риска на сегодня не выявлены [4].

Радиотерапия тоже небезопасна для сердца. Отмечаются такие осложнения, как выраженный кальциноз дуги аорты — «фарфоровая аорта» — и тяжелые поражения коронарных артерий после радиотерапии по поводу опухоли средостения.

Основные принципы, которых необходимо придерживаться для снижения рисков сердечно-сосудистых осложнений в онкологии, – скорейшее начало лечения онкологического заболевания; междисциплинарное сотрудничество специалистов, взаимная поддержка и совместное принятие решений, а также грамотное прогнозирование и предотвращение нежелательных явлений.

Сегодня онкология делает впечатляющие успехи, что подтверждается увеличением показателей излечиваемости и выживаемости больных. Так, в США за 2016–2017 годы суммарное число человек, излеченных от рака, превысило 15 млн. По текущим прогнозам, к 2026 году из количество превысит 20 млн, и примерно половина этих людей будет страдать от сердечно-сосудистых осложнений.

Диагностика сердечно-сосудистых нарушений оперирует такими методами, как ЭКГ, ЭхоКГ, КТ, МРТ, ПЭТ/ОФЭКТ, а также исследования биомаркеров.

Европейское общество кардиологов в данный момент составляет реестр кардиотоксичности методов лечения рака молочной железы, которым охвачена и

Россия [5]. Первые российские данные получены в августе 2018 года, окончательные результаты планируется представить в сентябре 2019. Всего будет обследовано 3 тыс. пациенток.

Основные принципы, которых необходимо придерживаться для снижения рисков сердечно-сосудистых осложнений в онкологии, — скорейшее начало лечения онкологического заболевания; междисциплинарное сотрудничество специалистов, взаимная поддержка и совместное принятие решений, а также грамотное прогнозирование и предотвращение нежелательных явлений. Возможно применение ряда препаратов (бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины и т. д.) с этими целями, в частности, для противодействия антрациклиновой кардиотоксичности [6].

В заключение Симон Теймуразович рассказал о разработанной в Университетской клинике МГУ совместно с филиалом НМИЦ радиологии Минздрава России ***Системе непрерывного удаленного мониторинга жизненно важных физиологических параметров***, применяемой, в частности, для оценки кардиотоксичности полихимиотерапии у пациенток с раком молочной железы методом дистанционной телеметрии. Также разработан прибор для цифровой капилляроскопии «Каппиляроскан-1», позволяющий оценивать количество жидкости в тканях и выявлять поражения сердечно-сосудистой системы в доклинической стадии.

В декабре 2018 г. опубликован консенсусный документ «Сердечно-сосудистые осложнения при лечении онкологических заболеваний (кардиология): профилактика, диагностика, лечение — согласованное мнение экспертов». Он находится в открытом доступе и предлагается вниманию специалистов.

Источники:

1. Groarke J. D. et al., Eur Heart, 2013

2. Circulation, 1999; 100: 269–274

3. Schairer C. et al., J Nat Cancer Inst, 2004

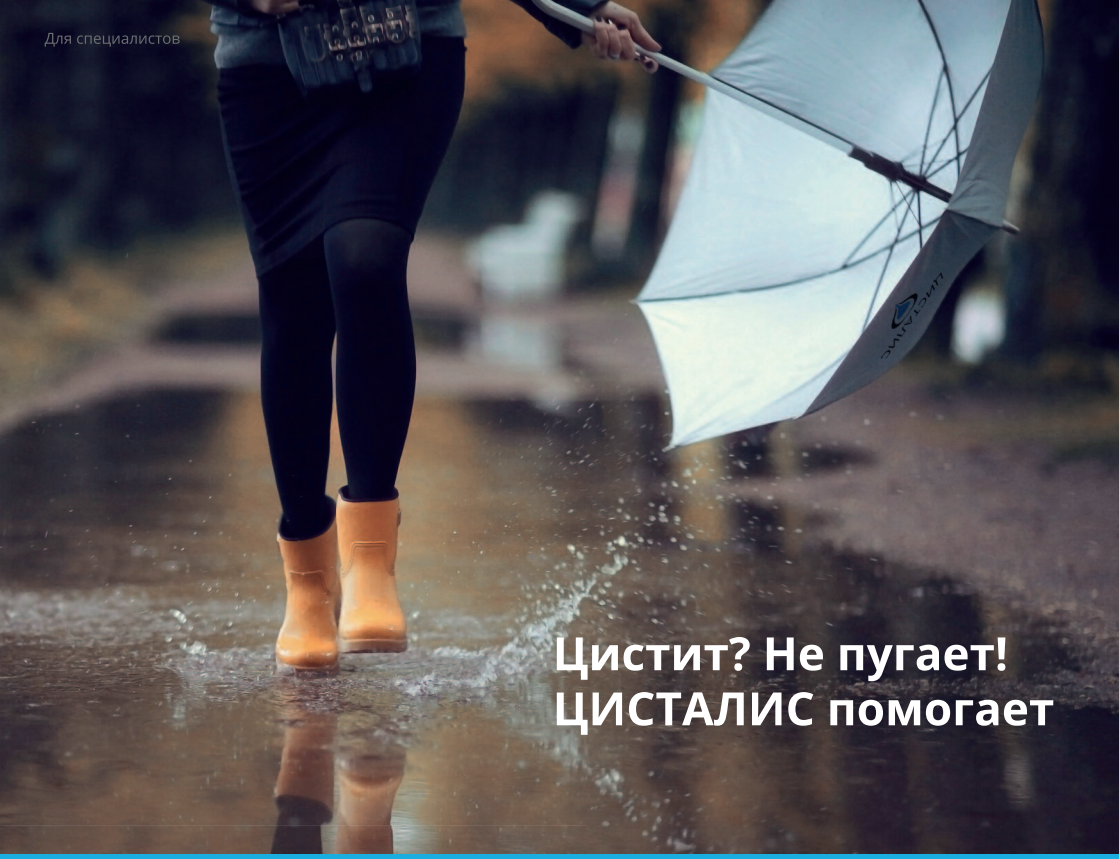
4. Johnson D. B. et al., N Eng J Med, 2016

5. Lancelotti P. et al., Eur Heart J Cardiovasc Imaging, 2015

6. Cardinale D, et al. Circulation, 2015

Материал подготовила В.А. Шадеркина

Видео выступления можно посмотреть на Uro.TV



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!

SHPHARMA®
source of healing

www.shpharma.ru

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

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Современный взгляд на применение феназопиридина при патологии мочевыводящих путей

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

История

Bernard Joos открыл феназопиридин (Пиридазил) в 1914 г.* Вещество представляет собой темно-красный микрокристаллический порошок (азо-краситель), малорастворимый в холодной воде и легко растворимый в горячей воде, спирте и глицерине, создающий кислую реакцию мочи [27].

Изначально предполагалось, что феназопиридин обладает антисептическими и бактерицидными свойствами, поэтому препарат применялся для лечения инфекций мочевых путей (ИМП), вызванных Staphylococcus, Streptococcus и Escherichia coli. Однако после внедрения в практику антибактеральных препаратов, медицинское и научное сообщества отказались от мнения, что феназопиридин обладает бактерицидным свойствами, определив его предназначение – купирование дизурических симптомов при ИМП в рамках комбинированной терапии с различными антибиотиками.

Одно из первых упоминаний препарата в научной литературе относится к 1934 году [1], в дальнейшем действие данного лекарственного средства при воспалительных заболеваниях нижних мочевых путей описывали Piechottka E. в 1954 [2], Eisinger AJ и Jones R. в 1969[3], после работ которых методика локальной анестезии нижних мочевых путей окончательно вошла в схемы обезболивания при инфекциях, операционных вмешательствах и травмах мочевых путей. В последующие годы схемы применения феназопиридина были уточнены и доработаны. В

2012 году для феназопиридина и других «анальгетиков мочевыводящих путей» было даже введено отдельное название «уроанальгетики» [4].

Боль

За историю мировой медицины неоднократно предпринимались попытки по объективизации боли – то есть создание универсального метода, позволяющего специалисту понять интенсивность ощущений, испытываемых пациентом. Разрабатывались и применялись разные шкалы – Вербальная описательная шкала оценки боли (Gaston-Johansson F., Albert M., Fagan E. et al., 1990); числовая шкала боли(NPS) (McCaffery M., Beebe A., 1993); модифицированная лицевая шкала боли (FPS-R), (Von BaeyerC. L. et al., 2001), пр.

Даже общепринятая Визуальная аналоговая шкала, ВАШ – Visual Analogue Scale, VAS (Huskisson E. C., 1974), предназначенная для самостоятельного определения пациентом интенсивности своей боли, имеет существенные ограничения в трактовании – высока как степень субъективности ощущений пациентов, так и разница в интерпретации полученных результатов у различных специалистов.

Ведь действительно – все люди по-разному переносят болезненные ощущения, да и сама боль очень неоднородна по характеристикам и имеет различную интенсивность, локализацию, проявления. Едино одно – боль является причиной значительного физического и психологического дискомфорта и существенно ухудшает качество жизни человека.

Перспективным способом решения данной проблемы у пациентов с дизурией может стать применение селективного анальгетика для мочевых путей – феназопиридина, который способен снимать жжение, боль и уменьшать частоту позывов к мочеиспусканию. Согласно исследованию, проведенному Deepalatha C и Narayan Deshpande в 2011 г., применение феназопиридина в монотерапии снижало интенсивность болевых ощущений при мочеиспускании у 80% пациентов в течение первых двух дней терапии.

Механизм действия

Феназопиридин оказывает избирательное анальгезирующее действие в нижних мочевых путях, но точный механизм его действия не полностью изучен. Выделяясь с мочой, он воздействует на слизистую оболочку нижних мочевыводящих путей, где оказывает местный анальгетический эффект. Это действие

помогает уменьшить дизурические явления, в т.ч. боль, жжение, учащенное мочеиспускание [16].

По данным исследования Aizawa et al. , феназопиридин действует на Aδ – волокна, которые служат для приема и передачи информации, в основном связанной с острой болью (резкой, непосредственной и относительно короткой). Этот тип боли может быть следствием стимуляции нескольких рецепторов: температурного, механического и химического. Таким образом феназопиридин оказывает клиническое действие путем прямого ингибирования афферентных Aδ- волокон, связанной, например, с раздражением стенок мочевого пузыря при его воспалении), что может привести к облегчению симптомов дизурии уже в течение 20 минут после приема препарата.

Это исключительно селективное действие на нижние мочевыводящие пути отличает феназопиридин от других средств, применяемых для купирования дизурии (спазмолитиков, анальгетиков, нестероидных противовоспалительных средств).

Фармакокинетика

Феназопиридин быстро выводится из организма почками – на 90% в течение суток при приеме 600 мг феназопиридина в сутки, причем 41% в виде неизмененного препарата и 49% в виде метаболита. Согласно литературным данным, препарат метаболизируется в печени, а его период полувыведения составляет около 7,3 часов[11].

Применение

Феназопиридин может применяться при дизурии вследствие любых медицинских манипуляций, когда есть риск травмирования слизистой оболочки нижних мочевых путей. В первую очередь, речь идет об эндоскопических манипуляциях, катетеризации, цистоскопии, манипуляциях на уретре, мочевом пузыре и т.д.

При неосложненной форме инфекций мочевых путей рекомендуется назначать феназопиридин в первые часы и дни лечения как симптоматическое средство в комбинации с антибиотиками. Феназопиридин не предназначен для купирования воспалительного синдрома, но из-за быстрого и достаточно выраженного обезболивающего эффекта способствует существенному облегчению состояния пациентов, повышая качество их жизни. Важное достоинство феназопиридина в

том, что он хорошо дополняет патогенетическую терапию цистита, помогая пациенту уменьшить боль, жжение и учащенное мочеиспускание в то время, пока антибиотики только развивают свое действие. Исследование эффективности феназопиридина в сочетании с антибиотиками у пациентов с неосложненной формой инфекции мочевых путей было проведено Deepalatha C. И Deshpande N. в 2011 г. и продемонстрировало наибольшую эффективность именно комбинированной терапии: пациенты отмечали снижение интенсивности боли (в 89%) и выраженности жжения при мочеиспускании (в 91% случаев).

Однако не рекомендуется применять препарат более 2 суток подряд, так как это может смазать или даже исказить клиническую картину [4]. Помимо этого, необходимо предупреждать пациентов об опасности самолечения, так как принимая препарат бесконтрольно и купируя неприятные симптомы дизурии, пациент может проигнорировать необходимость противомикробной терапии. В литературе описан случай развития острого пиелонефрита у пациентки с острым циститом, которая бесконтрольно принимала феназопиридин без сопутствующего этиопатогенетического лечения [9]. Стоит отметить, что вероятнее всего осложнение связано с тем, что его анальгезирующий эффект скрыл симптомы начинающегося восходящего пиелонефрита, который в условиях отсутствия антибиотикотерапии быстро прогрессировал.

Окрашивание мочи

При применении феназопиридина может происходить изменение цвета мочи на оранжево-красный (особенно в случае выраженной щелочной среды мочи). Никаких мер при этом применять не требуется, такова особенность препарата, основа которого – азокраситель. Данное действие не несет в себе клинической значимости. Также могут окрашиваться контактные линзы у пациентов, поэтому на период применения феназопиридина рекомендуется их не носить. Поводом для отмены или снижения дозировки может служить появление субиктеричности кожи и слизистых. Это признак превышения концентрации и чаще всего связан с недостаточным выведением препарата почками. Феназопиридин следует ограничить у людей с дефицитом глюкозы-6-фосфатдегидрогеназы из-за риска гемолиза эритроцитов [5].

Эффект окрашивания мочи использовался в мировой практике при цистоскопии для поиска трудно различимых устьев мочеточника [6,7]. Ряд специально

проведенных исследований показал, что оптимальное время приема препарата для этого обследования — 14 часов до процедуры (более расширено — в интервале 13-17 часов до цистоскопии). В связи с этим для улучшения поиска и идентификации устьев мочеточника рекомендовано было принимать феназопиридин вечером накануне обследования [6].

Кроме того, способность феназопиридина окрашивать мочу была использована для уточнения проходимости мочеточника во время операции, что было продемонстрировано в исследовании Strom T. и соавт. [8]. Исследователи, на основании изучения данных 207 женщин, которым требовался контроль проходимости мочеточников во время гинекологических вмешательств, показали, что у 91,8% пациенток феназопиридин был эффективен для интраоперационной оценки проходимости мочеточника. Также, при оценке результатов исследования были учтены демографические показатели, функция почек, интраоперационное введение жидкости, количество выделенной мочи, предполагаемая кровопотеря, дозы вводимых препаратов и осложнения. У 8,2% пациенток препарат оказался недостаточно эффективным и им потребовалось дополнительное введение флуоресцина натрия [8].

Особенности применения у беременных и кормящих женщин

Действие препарата на плод и течение беременности изучено недостаточно. В фундаментальных исследованиях на животных не было получено данных, свидетельствующих о наличии у феназопиридина тератогенного действия (назначение совместно с сульфацитином крысам в дозе до 110 мг/кг/сут и кроликам в дозе до 39 мг/кг/сут). Но, несмотря на то, что мониторинг более 1 тыс. случаев приема феназопиридина при беременности не выявил увеличения частоты возникновения пороков развития плода, а сам препарат по шкале возможных рисков для плода из-за применения лекарств классифицируется как препарат категории В, его использование у беременных возможно только по строгим показаниям и в тех случаях, когда предполагаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода. Неизвестно, выводится ли феназопиридин с грудным молоком, в связи с чем не рекомендуется применение препарата в период грудного вскармливания. При необходимости применения препарата в период лактации рекомендуется прекратить вскармливание.[5, 16].

Современные исследования

Исследование 2018 года было посвящено изучению применения феназопиридина в послеоперационном периоде после установки уретрального слинга. В него вошли две группы пациенток — основная, которая применяла феназопиридин в дозе 200 мг в раннем послеоперационном периоде после установки среднеуретрального слинга для купирования стрессового недержания мочи, и группа сравнения, которая не применяла данный препарат. Результаты показали, что препарат не повлиял на функцию опорожнения в раннем послеоперационном периоде, но значительно снизил болевые ощущения у пациенток (по визуальной аналоговой шкале боли) [13].

В настоящее время проводится клиническое исследование эффективности купирования болевого синдрома при цистоскопии у женщин старше 18 лет на фоне применения 200 мг феназопиридина [14]. Еще одно большое исследование с дизайном двойного слепого рандромизированного контролируемого исследования проводится xford Pharmaceutical Resources, Inc. с 2013 года. В нем изучается применение феназопиридина и плацебо при неосложненной инфекции мочевых путей [15]. Результаты исследования должны закрыть многие вопросы клинического применения препарата.

Заключение

Симптоматическое лечение дизурии не только снимает остроту болевого синдрома и улучшает качество жизни урологических пациентов, но и повышает приверженность больного к лечению, устраняет причины физического и психологического дискомфорта и способствует более быстрому выздоровлению. К сожалению, арсенал лекарственных средств, позволяющих купировать болезненные ощущения при мочеиспускании, весьма ограничен, поэтому использование феназопиридина выглядит крайне перспективным направлением.

Таким образом, использование урологами в своей практике феназопиридина, имеющего селективное обезболивающее действие именно на нижние мочевые пути, может расширить список лекарственных средств для симптоматической терапии пациентов с дизурией, в том числе у категории больных с инфекционными заболеваниями мочевыделительной системы, после оперативных вмешательств или установки катетера.

А благодаря тому, что феназопиридин устраняет симптомы дизурии уже в течение 20 минут после приема, препарат может стать полезным пациентам с дизурией как симптоматическое средство на фоне ожидания эффекта от патогенетической терапии, что позволит сохранить привычный ритм жизни и повысить качество жизни таких пациентов. ■

Литература

** https://en.wikipedia.org/wiki/Phenazopyridine. Sheryl A Zelenitsky et al., Phenazopyridine in Urinary Tract Infections, The Annals of Pharmacotherapy • 1996 July/August, Volume 30, 866-68*

1. Krop S. The local anesthetic action of beta-phenylazo alpha-alpha'diamino pyridine monohydrochloride (pyridium) and its metabolites. Curr Res Anesth Analg. 1946 May-Jun;25:110-4. PMID: 20986844

2. Piechottka E. Treatment of infections of the urinary tract with pyridium. Munch Med Wochenschr. 1954 Nov 26;96(48):1423-4. PMID: 13235747

3. Phenazopyridine-hydrochloride haemolysis. Lancet (London, England)

4. Pergialiotis V1, Arnos P, Mavros MN, Pitsouni E, Athanasiou S, Falagas ME. Urinary tract analgesics for the treatment of patients with acute cystitis: where is the clinical evidence? Expert Rev Anti Infect Ther. 2012 Aug;10(8):875-9. doi: 10.1586/eri.12.72.

5. Richardson SR1, O'Malley GF2.Glucose 6 Phosphate Dehydrogenase (G6PD) Deficiency. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 Oct 27.

6. Rehfuss A1, Mahon J2, Sorokin I3, Smith C4, Stein BS5. Phenazopyridine: A Preoperative Way to Identify Ureteral Orifices. Urology. 2018 May;115:36-38. doi: 10.1016/j.urology.2018.02.023. Epub 2018 Mar 1.

7. Propst K1, Tunitsky-Bitton E, O□Sullivan DM, Steinberg AC, LaSala C. Phenazopyridine for Evaluation of Ureteral Patency: A Randomized Controlled Trial. Obstet Gynecol. 2016 Aug;128(2):348-55. doi: 10.1097/AOG.0000000000001472.

8. Strom EM, Chaudhry ZQ, Guo R, Maisonet AJ, Holschneider CH, Wieslander CK. Effectiveness of Assessing Ureteral Patency Using Preoperative Phenazopyridine. Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2018 Jan 3. doi: 10.1097/SPV.0000000000000540

9. Nordt SP, Pyelonephritis following phenazopyridine use. Am J Emerg Med. 2017 May;35(5):805.e3-805.e4. doi: 10.1016/j.ajem.2016.11.058. Epub 2016 Nov 30. PMID: 27939517 DOI: 10.1016/j.ajem.2016.11.058

10. Fakhar M, Ghobaditara M. Phenazopyridine as an innovative stain for permanent staining of trematodes. Trop Parasitol. 2016 Jan-Jun;6(1):86-8. doi: 10.4103/2229-5070.175127.

11. IARC. Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans. Geneva: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, 1972-PRESENT. (Multivolume work). Available at: http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/index.php , p. V24 169 (1975).

12. Lusty A1, Kavaler E1, Zakariasen K1, Tolls V1, Nickel JC1. Treatment effectiveness in interstitial cystitis/bladder pain syndrome: Do patient perceptions align with efficacy-based guidelines? Can Urol Assoc J. 2018 Jan;12(1):E1-E5. doi: 10.5489/cuaj.4505. Epub 2017 Dec 1. PMID: 29173267 PMCID: PMC5783700 DOI: 10.5489/cuaj.4505

13. Dueñas-Garcia OF, Sierra T, Taylor D, Leung K, Hall CD, Flynn MK.The Effect of Oral Phenazopyridine on Perioperative Voiding After Midurethral Slings (EPIPhANy Study). Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2018 Mar/Apr;24(2):95-99. doi: 10.1097/SPV.0000000000000497.

14. https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02715648?cond=Phenazopyridine&cntry=US&rank=1

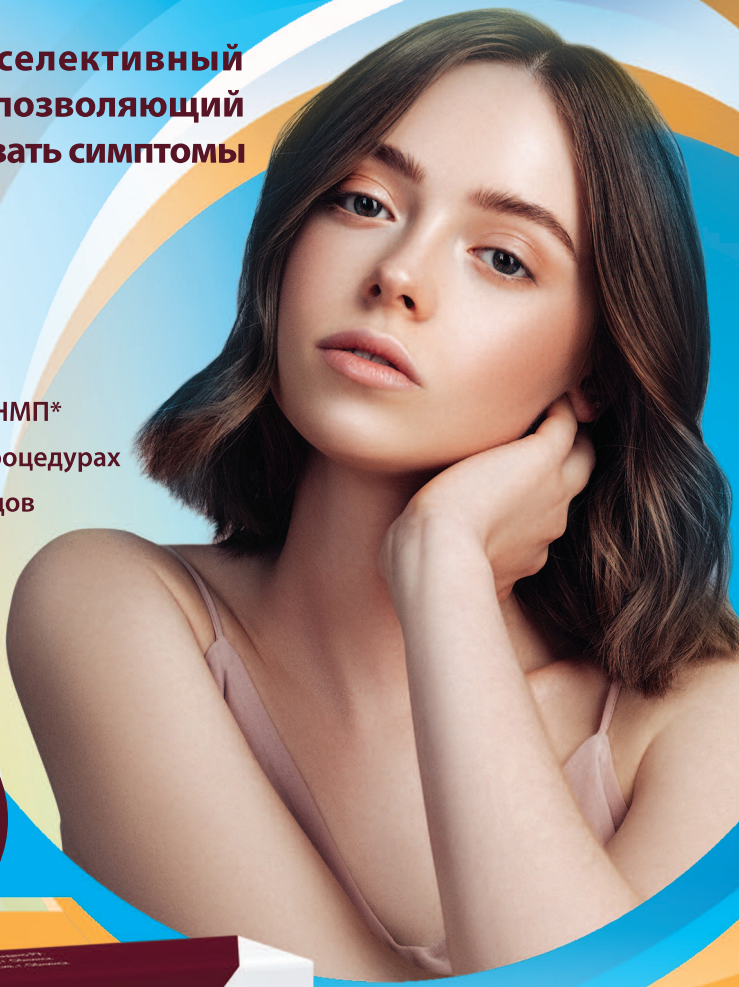
15. https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01064024?cond=Phenazopyridine&cntry=US&rank=6

16. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Феназалгин®, РУ № ЛП-004703 от 14.09.18. grls.rosminzdrav.ru

ФЕНАЗАЛГИН®

Единственный[1] селективный уро-анальгетик, позволяющий быстро[2, 3] купировать симптомы дизурии при:

- Циститах и других инфекциях НМП*
- Хирургических вмешательствах на НМП*
- Эндоскопических процедурах
- Использовании зондов и катетеров[4]



Устраняет боль в течение [2]

STADA

* Нижние мочевые пути

1. Единственный препарат на Российском рынке с МНН Феназопиридин http://grls.rosminzdrav.ru/, доступ от 09.10.2019. 2. Shireen N. Farzadeh et al., Urinary Tract Infections and Self-Care Options, US Pharm. 2017;9(42):4-7. 3. Zelenitsky, S. A., & Zhanel, G. G. (1996). Phenazopyridine in Urinary Tract Infections. Annals of Pharmacotherapy, 30(7–8), 866–868. 4. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Феназалгин.

РЕКЛАМА

Ответственное отцовство

руководство для урологов по мужскому бесплодию

Курс дистанционного образования

Организаторы курса:

Мужское бесплодие традиционно является одной из самых обсуждаемых тем в урологии и андрологии. Появление новых методов диагностики, позволяющих выявить новые причины бесплодия у мужчин, позволили существенно снизить процент идиопатического бесплодия и увеличить долю точных причин. Это позволяет целенаправленно применять лекарственные препараты, в некоторых случаях изменить тактику лечения, воздействовать на ранее неизвестные патогенетические механизмы.

Команда Uroweb.ru подготовила лекции лучших специалистов урологов и андрологов по различным аспектам диагностики и лечения мужского бесплодия. Смотрите, слушайте, читайте и формируйте свой собственный взгляд по этой теме – наше высшее медицинское образование позволяет нам с вами, коллеги, выработать личное мнение на многие спорные урологические темы, в том числе по поводу ведения пациентов с мужским бесплодием.

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 олигоастенозооспермией»

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

1. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

М.Н. Коршунов, к.м.н., доцент кафедры урологии ФГБУ "Центральная государственная медицинская академия" Управления делами Президента РФ, уролог-андролог клиники «Поколение НЕКСТ»

- Отличия этиологических факторов и факторов риска на основании доказательной медицины
- Данные о патогенезе – 2018 г
- Обструктивная и необструктивная азооспермия
- Тератозооспермия
- Астено-, олигозооспермия

2. РОЛЬ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА В ПАТОГЕНЕЗЕ БЕСПЛОДИЯ

Д.А. Охоботов, к.м.н., уролог-андролог университетской клиники МНОЦ МГУ им. Ломоносова

3. ДИАГНОСТИКА МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Д.Г. Почерников, к.м.н., уролог-андролог, доцент кафедры факультетской хирургии и урологии ИвГМА

- Новые показатели СГ
- Обязательные и факультативные диагностические тесты
- Новые диагностические тесты.

4. ЛЕЧЕНИЕ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

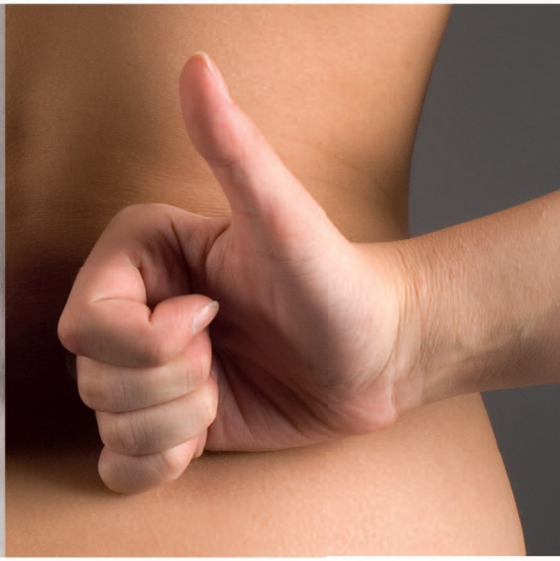
И.А. Корнеев, профессор кафедры урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, заместитель председателя Санкт-Петербургского научного общества урологов имени С.П. Федорова, член редакционной коллегии журнала "Урологические ведомости", с 2013 г. – член профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности «Урология», член рабочей группы главного уролога МЗ РФ по разработке порядка и стандартов оказания медицинской помощи по профилю «Урология», медицинский директор Международного центра репродуктивной медицины.

- Образ жизни – влияет или нет. Устранимые и неустранимые факторы риска
- гормональное лечение
- вспомогательные репродуктивные технологии – когда надо остановиться лечить и начать преодолевать бесплодие

5. АНТИОКСИДАНТЫ В ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

С.С. Красняк, уролог-андролог, отдел андрологии НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал НМИЦр МЗ РФ

- Концентрация антиоксидантов – важно или нет?
- Прикладной механизм действия антиоксидантов – когда они работают?
- Комбинации антиоксидантов с другими препаратами: актуально или нет?



Почки требуют своевременной заботы

НЕФРОБАК

Сбалансированный комплекс, с уникальным механизмом действия, способствующий уменьшению выраженности и длительности эпизодов хронического пиелонеффрита, 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 госрегистрации RU.77.99.11.003.E.002596.07.19 от 30.07.2019

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

10 лет
Экспериментальная и клиническая урология

журнал

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ УРОЛОГИЯ

UroMedia

Издательский дом «УроМедиа»

10 лет журналу «Экспериментальная и клиническая урология»

В декабре 2019 года исполнилось 10 лет журналу «Экспериментальная и клиническая урология» – профессиональному изданию с научной, образовательной и исследовательской миссиями.

Целевой читательской аудиторией являются урологи, андрологи, онкоурологи, детские урологи, урогинекологи, фтизиоурологи и врачи смежных специальностей.

Адресная база объединяет 4570 специалистов.

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ЖУРНАЛА

2011 год - журнал включен в Российский индекс научного цитирования.

2012 год – в Перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук (Перечень ВАК).

2019 год – включен в Russian Science Citation Index (RSCI).

АВТОРЫ ЖУРНАЛА

Авторами журнала являются врачи России, Украины, Республик Беларусь, Кыргызстан, Узбекистан, Казахстан, Азербайджан, Молдова.

База авторов включает 1480 специалистов, публиковавшихся в журнале в период с 2009 по 2019 гг. включительно.

Ежегодно в журнале публикуются около 68 новых авторов.

Средний возраст авторов 48,5 лет.

Средний индекс Хирша авторов 5,9.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ И СОВЕТ

Главный редактор с момента основания журнала - член-корреспондент РАН Олег Иванович Аполихин.

Редколлегия объединяет 28 специалистов – ведущих урологов России, из которых член-корреспондентами РАН являются 2, докторами медицинских наук 19, кандидатами медицинских наук 7 ученых.

В составе Редакционного Совета в работе над журналом принимают участие 17 ученых, имеющих ученую степень доктора медицинских наук, из которых 6 – представители зарубежных стран.

ПОЛИТИКА ЖУРНАЛА

Все полнотекстовые статьи находятся в открытом доступе. Распространение журнала – бесплатное, это принципиальная политика редколлегии и редсовета. Публикации статей в журнале для авторов бесплатны.

Специалисты могут получить журнал на профессиональных мероприятиях, осуществляется почтовая доставка по кафедрам урологии, областным и краевым лечебным учреждениям.

Доступна онлайн версия журнала – на сайте журнала ***ecuro.ru***, на сайте Научной электронной библиотеки ***elibrary.ru*** - врачи могут ознакомиться с полнотекстовыми версиями статей и скачать их.

Для активных пользователей гаджетов доступна мобильная версия всех выпусков журнала – в мобильном приложении Uro+.

САЙТ ЖУРНАЛА

Таблица 1. Посещаемость сайта журнала по годам

2012	58 830
2013	74 436
2014	94 498
2015	108 793
2016	92 000
2017	59 000
2018	94 600
2019	213 500

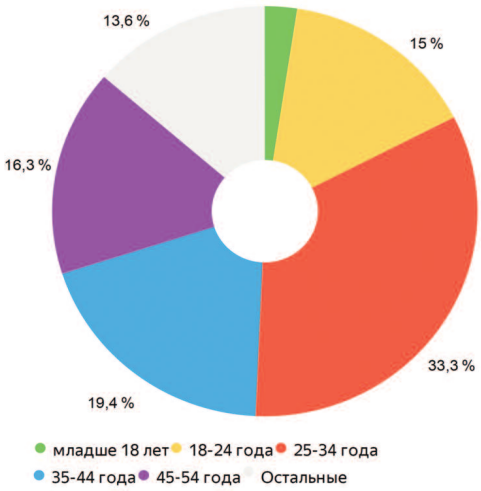


Рис 1. Возраст посетителей сайта https://ecuro.ru

ПУБЛИКАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ ЖУРНАЛА

Таблица 2. Число статей в выпусках в год

2009	32
2010	76
2011	65
2012	65
2013	86
2014	79
2015	88
2016	84
2017	89
2018	71
2019	102

Редколлегия журнала «Экспериментальная и клиническая урология» надеется на дальнейшее повышение качества публикуемых статей, максимально соответствующих международным стандартам, активное продвижение научных данных в профессиональной среде, и сохранить за собой статус одного из наиболее востребованных и уважаемых профессиональных изданий.

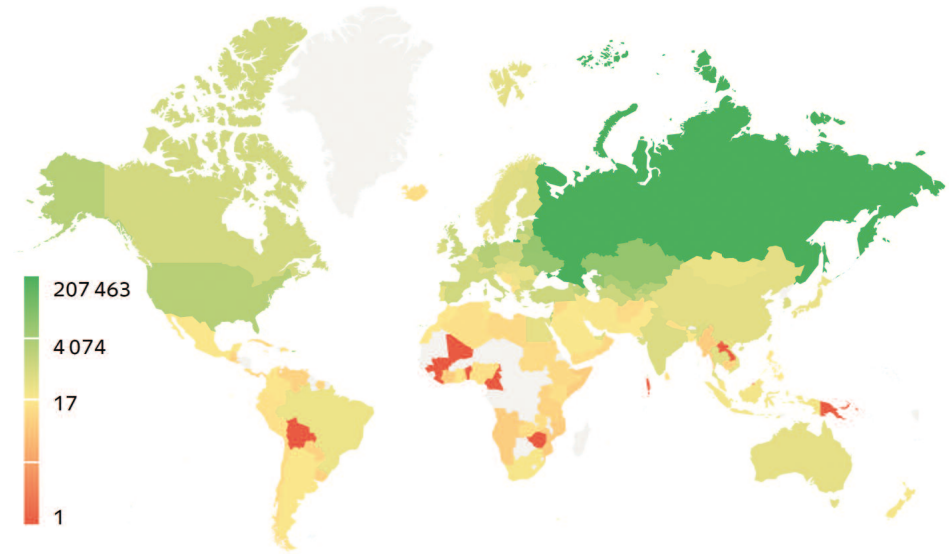


Рис 2. География посетителей сайта https://ecuro.ru

Таблица 3. Публикационная активность журнала в сравнении с другими урологическими журналами (декабрь 2019 г)

	Год основания	Число выпусков в год/ число статей в 1 выпуске	Тираж	МИЦ*	ВАК	5-летний ИФ импакт-фактор		10-летний Индекс Хирша	Средняя доля заимствованного неавторского текста в статьях журнала за год, %
						с СЦ	без СЦ		
Урология	1923	6/25	5000	Sco-	+	0,666	0,513	20	9,5
ЭКУ	**2009**	**4/30**	**1000**	**Нет**	**+**	**0,695**	**0,606**	**15**	**5,0**
Онкоурология	2005	4/15	–	Sco-	+	0,597	0,470	11	6,9 (2016 г)
Андрология и генитальная хирургия	2000	4/19	1500	нет	+	0,527	0,451	13	7,2 (2016 год)
Вестник урологии (Ростов-на-Дону)	2013	4/8	–	нет	–	0,336	0,303	6	18,1 (2016 год)
Вопросы урологии и андрологии (Династия)	2012	4/12	5100	нет	+	нет данных	нет данных	3	11,4
Урологические ведомости (Санкт-Петербург)	2011	4/20	300	нет	+	0,695	0,500	6	7,2

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

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

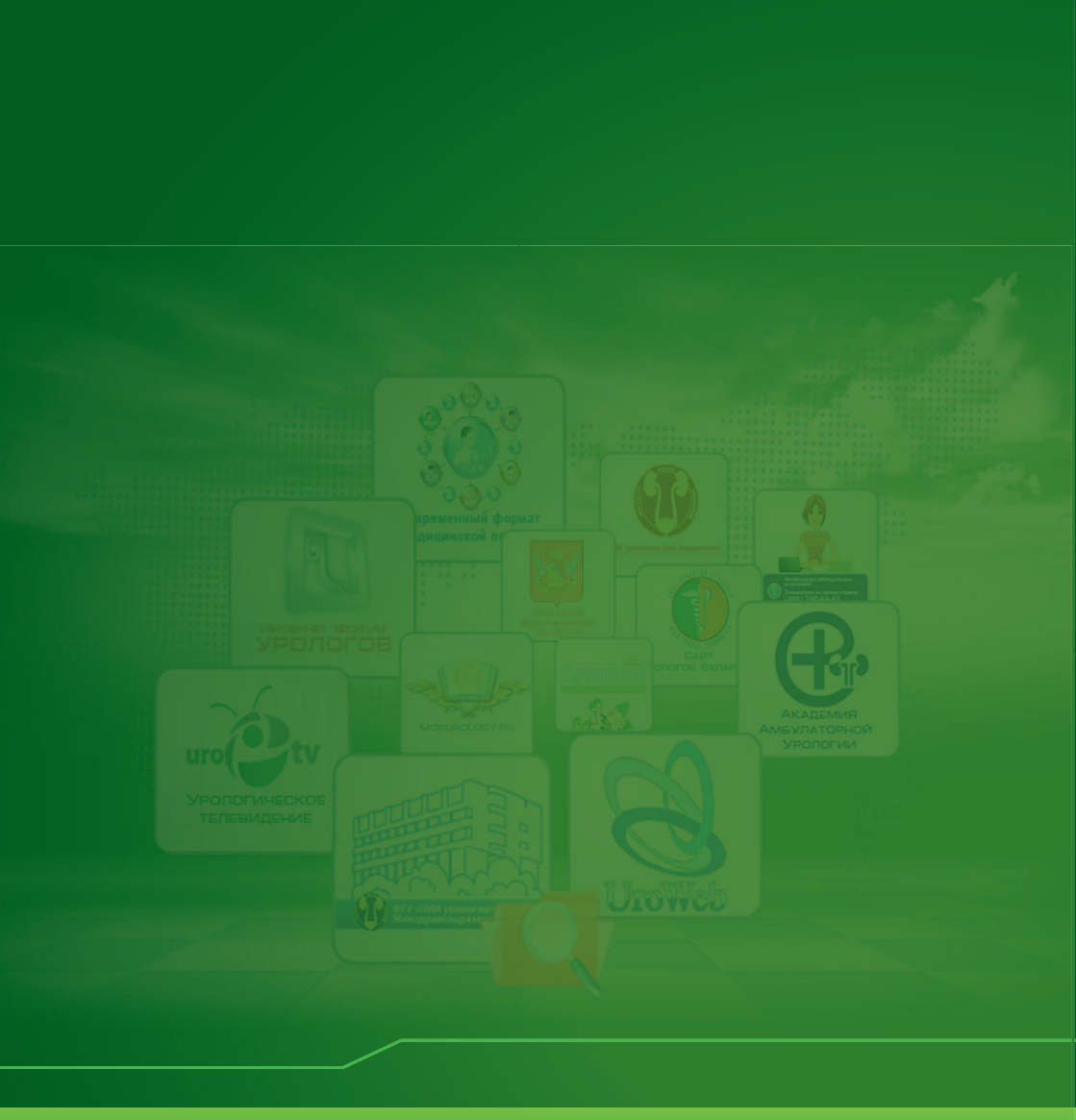
Издательство «УроМедиа»
Адрес редакции: 111020 Москва, ул. Боровая 18, офис 104
ISSN 2309-1835

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.

UroMedia



Издательский дом «УроМедиа»