Демография и хронический простатит

В.В.Евдокимов

НИИ урологии, Москва

Современная демографическая ситуация в нашей стране характеризуется резким падением рождаемости, и эта тенденция, по оценкам демографов, сохранится еще на протяжении многих лет. В настоящее время установлено, что ведущей причиной бесплодного брака является мужской фактор. По данным ВОЗ, частота бесплодного брака в разных странах мира составляет от 10 до 20% от общего числа супружеских пар. В Российской Федерации более 4 млн мужчин страдают бесплодием различной формы. Многочисленные исследования в разных странах мира показали, что на протяжении последних десятилетий уровень мужской фертильности, т.е. способности к деторождению значительно снизился. Отмечается существенное падение подвижности сперматозоидов с одновременным увеличением патологических форм половых клеток – астенотератозооспермия, это основные показатели уровня фертильности спермы. Причины такого состояния мужской репродуктивной функции разнообразны и вызываются различными внешними и внутренними факторами.

Основными внешними факторами являются экологические: электромагнитные излучения мобильных телефонов, компьютеров, ноутбуков, бытовых приборов; радиация различных источников – рентгеновская аппаратура, изотопы, применяемые в медицине и в промышленности, а также загрязнение воздуха, воды, почвы. К этим факторам можно отнести и профессиональные вредности: производство органических веществ, тяжелых металлов, красителей и т.д. Все эти воздействия могут влиять одновременно, суммируя и усиливая влияние каждого из них, повышая тем самым риск для здоровья человека.

Причинами мужского бесплодия помимо упомянутых внешних факторов могут быть факторы образа жизни: стресс, питание, курение, алкоголь, наркотики; различные инфекционные болезни, включая ИППП-инфекции, передаваемые половым путем. Инфекционные заболевания поражают половые органы, включая предстательную железу.

Известно, что простатит в структуре урологических заболеваний занимает ведущее место, в последние десятилетия отмечено «омоложение» простатита.

Острый простатит – острое воспаление простаты характеризуется сложным симптомокомплексом: иррадиирующая боль, гипертермия, озноб, дизурия. Спектр возбудителей представлен той же флорой, что и при других острых инфекциях мочевых путей. Основными возбудителями являются: в 80% случаев – кишечная палочка и в 10% другие грамотрицательные микроорганизмы, грамположительные встречаются в 10% случаев. Инфицирование простаты происходит в основном при остром уретрите (восходящая инфекция), лимфогенным или гематогенным путем. Диагноз подтверждается лабораторными методами: микроскопический анализ мазка из уретры или выделений из уретры, в общем анализе крови отмечается лейкоцитоз, СОЭ высокая, в анализах мочи – пиурия и бактериурия в первой порции мочи. Проводят посев мочи с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Проводят иммунные тесты. При длительности заболевания более 3-х месяцев острая форма переходит в хроническую стадию.

Хронический простатит (ХП) занимает первое место по распространенности среди воспалительных заболеваний органов мужской половой системы. И одно из первых мест среди мужских заболеваний в целом. Это самое частое заболевание среди мужчин моложе 50 лет. Распространенность ХП в общей популяции мужчин составляет 9%. В РФ обращение к урологу с признаками ХП достигает 35%. Отмечено, что у представителей некоторых профессий, например, у моряков дальнего плавания, профессиональных водителей – дальнобойщиков, рабочих химических производств частота ХП значительно выше и доходит до 53–66%, что вызвано наличием вибрации, контрастной температуры, укачиванием, гиподинамией и другими особенностями профессии. Установлено клиническими исследованиями, что в патогенезе ХП существенное место занимают предрасполагающие местные факторы. У трети больных ХП осложнен везикулитом, эпидидимитом, орхитом, ослаблением эрекции и либидо (половое влечение). У всех мужчин, страдающих этим заболеванием, заметно снижается качество жизни. При этом на состояние пациента влияют не только проявления заболевания – боли, дизурия, но и сопутствующие психопатологические и сексуальные расстройства.

Доказано, что развитие ХП обусловлено нарушением микроциркуляции в предстательной железе, развитием застойных явлений в венозном сплетении малого таза. Венозный застой вызывает не только изменения микроциркуляции в предстательной железе, но и может приводить к нарушению дренирования ацинусов – мелких долек простаты, что повышает частоту рецидивов заболевания после лечения. Весьма часто обращение пациента к урологу происходит на стадии не только местных, но и уже общих проявлений заболевания, что значительно затрудняет и диагностику, и лечение.

Нарушения гемодинамики в простате способствуют резкому снижению основных функций железы: нарушается процесс секреторной активности и связанной с ней защитной, бактерицидной функции. Наряду с этими изменениями появляются и структурные сдвиги, результатом которых является снижение моторной, сократительной способности железы, что в свою очередь, усугубляет явления застоя в органе. Так возникает «порочный круг». Конгестия простаты при ультразвуковом исследовании проявляется очагами уплотнения, кальцификатами и появлением камней в ткани железы.

Существенную роль в этиологии ХП выполняют гормональные сдвиги возрастного характера. Изменения в простате, возникающие при инволюционных процессах, на фоне преобладания воздействия эстрогенов (ожирение, возраст), также способствуют снижению барьерной функции и застою.

Инфекционный ХП развивается по определенному пути: на фоне нарушения гемодинамики присоединяется инфекция. Первичными очагами инфекции служат любые воспалительные процессы в организме: тонзиллит, гайморит, фурункулез, колит, проктит, уретрит. При проникновении инфекционного агента в железу, независимо от пути попадания в орган, создаются условия для его нейтрализации, что связано с дозой, количеством микроорганизма и

состоянием защитных механизмов. Следует подчеркнуть, что проникновение микроорганизма в простату не всегда заканчивается развитием воспалительного процесса, возможен вариант бессимптомного течения заболевания.

Диагностика ХП. Основная симптоматика ХП проявляется как болевой синдром, дизурия – учащенное мочеиспускание и сексуальная дисфункция. Боль иррадиирует в надлобковую область, промежность, паховую зону, на внутреннюю поверхность бедра, в мошонку, на крестцовую область. Отмечается боль во время эякуляции. ХП является одной из причин преждевременной эякуляции, ослабления эрекции, стертости оргазма. У части больных боль возникает при мочеиспускании или семяизвержении. Многие клиницисты выделяют болевой синдром, как самый характерный признак ХП.

Для большой части пациентов основным субъективным проявлением болезни являются учащение и затруднение мочеиспускания. Мочеиспускание при этом характеризуется императивными позывами к учащенному мочеиспусканию. Больной отмечает истончение и вялость струи мочи. Появляется чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Частота и выраженность расстройств акта мочеиспускания зависят от активности воспалительного процесса в предстательной железе.

По мере нарастания этих нарушений у больных ХП могут появиться изменения функции почек и верхних мочевых путей. Ухудшение функций могут быть зафиксированы уже в активной стадии заболевания. У части больных ХП выявляют хронический пиелонефрит.

Отмеченные симптомы могут быть единичными или множественными. У одних пациентов заболевание сопровождается единственным симптомом, у других – сочетанием нескольких. Это обстоятельство определяет картину течения воспалительного процесса.

Наиболее частыми жалобами при ХП служат нарушения половой функции. Больные отмечают ухудшение либидо, эрекции, эякуляции, оргазма. Более половины пациентов предъявляют жалобы на преждевременную эякуляцию. Помимо отмеченных симптомов и жалоб у больных происходят сдвиги в процессах сперматогенеза. Прежде всего, отмечаются изменения количественных и качественных характеристик эякулята. В эякуляте часто обнаруживают снижение подвижности сперматозоидов и изменение морфологии половых клеток, т.е. увеличение патологических форм сперматозоидов. При ХП выявляют также снижение количества сперматозоидов. Эти отклонения нормального процесса сперматогенеза связывают с изменением биохимического состава эякулята, который содержит в основном продукты секрета предстательной железы и семенных пузырьков. Помимо патозооспермии различного вида в эякуляте при ХП обнаруживают повышенное количество лейкоцитов – пиоспермия или эритроцитов – гемоспермия.

ХП часто завершается склерозом предстательной железы, рубцеванием и образованием камней в железе.

ХП отличается длительным и упорным течением и только у незначительной части больных он длительно протекает без выраженных клинических признаков, малосимптомно или даже бессимтомно. Клиника ХП характеризуется волнообразным течением. ХП влияет на качество жизни: по унифицированной шкале оценки качества жизни – сопоставимое с инфарктом миокарда. Уровень этой шкалы оценок при сравнении разных профессий выявил особенность, связанную с профессией: у моряков дальнего плавания и водителей автотранспорта уровень жалоб и тяжесть симптоматики выше, чем у представителей других профессий.

Особенности симптоматики заболевания и клинического течения ХП зависят от многих причин: фазы активности воспалительного процесса в предстательной железе зависят и от продолжающегося влияния вредных внешних факторов, и от вовлеченности в процесс других половых желез: семенных пузырьков, придатков яичек, самих яичек, а также от функционального состояния почек и мочевого пузыря.

Обследование больных ХП с установленным диагнозом или подозрением на хронический простатит проводится комплексно. При этом можно выделить обязательные методы и дополнительные. Обязательными являются: сбор анамнеза жизни и различных заболеваний. Выясняются различного рода жалобы. Подключается обследование по данным опросников и анкетирование. Важно более полно собрать анамнез и жалобы, чтобы правильно обосновать дальнейший путь обследования. Эти первичные данные дают представление о характере возникновения болезни и особенностях ее проявления. Опрос позволит проследить появление симптомов, нарастание какой-то особенности: боли, дизурия, сексуальные расстройства, психоэмоциональные нарушения. Анкетирование по различным шкалам позволяет суммировать симптомы и давать оценку качества жизни пациента на данном этапе заболевания. Для объективной оценки нарушенного акта мочеиспускания также используется Международная шкала симптомов заболеваний простаты – IPSS. Чаще нарушения мочеиспускания отмечаются на первом этапе заболевания. При первичном посещении следует обращать внимание на психоэмоциональный статус пациента. Часто жалобы носят общий характер: головная боль, быстрая утомляемость, слабость, плохой сон, чувство жара, дисфункция кишечника.

После получения первичной информации проводится осмотр наружных половых органов, пальцевое исследование простаты.

Затем назначаются лабораторные методы: анализ секрета простаты, общий анализ мочи, исследование эякулята. Микроскопия секрета простаты выявляет наличие лейкоцитов, эпителиальных клеток, лецитиновых зерен, слизи, кристаллов, различных видов микроорганизмов: кокки, палочки, трихомонады, гонококки. Правильная интерпретация микроскопической картины показывает стадию заболевания. В анализах мочи обнаруживают лейкоциты, эритроциты – микро- или макрогематурию. Исследование эякулята включает количественный и качественный подсчет сперматозоидов. ХП часто сопровождается патоспермией, выраженным снижением подвижности и нарастанием числа морфологически измененных сперматозоидов, т.е. олиготератозооспермия. Наличие большого числа лейкоцитов, повышенная вязкость эякулята, наличие слизи, агломераты сперматозоидов свидетельствуют о пиоспермии. Появление эритроцитов в эякуляте – гемоспермия говорит о сосудистом повреждении в половых органах.

При необходимости проводят посев эякулята или секрета простаты, средней порции мочи, ПЦР-диагностику. Определение уровня ПСА – простатоспецифический антиген – считается обязательным, поскольку известно, что при ХП уровень ПСА повышается, особенно в период обострения заболевания.

Основным и также обязательным является УЗИ простаты, почек, мочевого пузыря. По показаниям проводят ТРУЗИ – трансректальное исследование простаты. УЗИ позволяет установить размеры, объем железы, ее эхоструктуру, а в сочетании с цветной допплерографией выявить состояние микроциркуляции в органе. УЗИ простаты позволяет также выявить в ней наличие уплотнений, конкременты. Одновременно определяют размеры семенных пузырьков и можно вычислить объем остаточной мочи в мочевом пузыре. Более информативным методом исследования простаты служит ТРУЗИ. Этот метод позволяет точнее определить объем железы, состояние капсулы и эхоструктуру органа.

Урофлоуметрия (УФМ) дает представление о состоянии сфинктеров мочевого пузыря, оценивает акт мочеиспускания. УФМ выявляет наличие препятствий, обструкции в шейке мочевого пузыря или непосредственно в мочевом пузыре. Метод оценивает максимальную скорость потока мочи, количество мочи, длительность акта мочеиспускания. Эти показатели указывают на наличие препятствий для потока мочи.

Допплерография исследует уровень кровотока в простате в динамике, в разные стадии заболевания.

Возможно проведение биопсии простаты для дифференциальной диагностики ХП, рака простаты, аденомы простаты или для установления стадии воспалительного процесса.

Могут быть назначены также по показаниям уретрография и уретроцистография, которые помогают установить место поражения при гемоспермии или наличии в моче эритроцитов.

По строгим показаниям проводят КТ – компьютерную томографию или МРТ – магнитно-резонансную томографию. Это особенно важно при подозрении на наличие опухоли в мочеполовых органах и при высоком уровне ПСА.

Все перечисленные методы и процедуры направлены на повышение объективизации получаемых результатов и уточнения состояния функции предстательной железы на момент обращения пациента. Комплексное обследование позволяет определить клинический диагноз и назначить адекватную терапию.

Терапия ХП. Проведение лечения зависит от многих факторов, связанных с возрастом пациента, стадией заболевания, и является комплексным, последовательным и направлено, в первую очередь, на устранение неблагоприятных факторов. Лечение должно быть индивидуальным, с учетом всех особенностей, выявленных в процессе обследования пациента. Считают, что эффективность лечения прямо связана с ранней диагностикой болезни.

Лечение должно быть направлено на устранение основных симптомов заболевания. Обязательным условием с первых этапов лечения является необходимость соблюдения правил режима. Пациентам рекомендуют избегать гиподинамии, и напротив, использовать различные виды движений, занятия спортом или лечебной физкультурой. Разработаны различные комплексы упражнений, направленные на устранение гиподинамии. Необходимо избегать резкой смены температуры, резкого переохлаждения или перегревания. Пищевой режим должен исключать острые, пряные блюда, соленья и маринады и особенно важно – устранение алкоголя.

В лечении ХП основное место занимает ***антибиотикотерапия***. Она основана на результатах посева секрета простаты, эякулята или первой порции мочи. Подбор антибиотиков осуществляют по вы-

Dr.Reddy's

ЛЕВОЛЕТ® Р

левофлоксацин таблетки 250 мг и 500 мг

Ответ на все вопросы!

- **Широкий спектр антибактериального действия**
- **Выведение преимущественно почками**
- **Хорошее проникновение в ткани предстательной железы**
- **Высокий профиль безопасности**
- **Применение один раз в сутки**

Регистрационный номер ЛСР-005809/09-170709

Представительство фирмы «**Д-р Редди'с Лабораторис Лтд.**» в России.
115035, г. Москва, Овчинниковская наб., д. 20, стр. 1.
Тел.: (495) 795-39-39, 783-29-01, факс: (495) 795-39-08
E-mail: inforus@drreddys.com • **www.drreddys.ru**

РЕКЛАМА.
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ.

явленной чувствительности обнаруженных микроорганизмов. Выбор антибиотика опирается на способности препарата создавать высокую концентрацию в ткани железы. Также важна длительность терапии. Различные мнения многочисленных исследований сошлись на точке зрения: курс лечения должен продолжаться не менее 2–4 нед. После контрольного обследования при положительной динамике курс лечения необходимо продолжить еще на 2–4 нед до достижения клинического улучшения и полного устранения микроорганизмов.

В настоящее время чаще используют антибиотики группы фторхинолонов, поскольку в экспериментах показано, что именно в простате обнаруживают наиболее высокие концентрации фторхинолонов. К тому же к этим антибиотикам третьего и четвертого поколения отмечается достаточно высокий уровень чувствительности микроорганизмов. Имеются многочисленные клинические наблюдения о высокой эффективности данной группы антибиотиков в лечении хронического простатита. Особенностью антибактериального действия фторхинолонов является наличие двух мишеней действия в бактериальной клетке – топоизомеразы II типа, ответственной за нормальный процесс биосинтеза ДНК клетки на стадии обратной суперспирализации, и топоизомеразы IV, играющей определенную роль в процессе разделения реплицирующихся участков ДНК. Определение концентрации некоторых фторхинолонов в секрете предстательной железы показало, что их проникновение в секрет простаты было различным в зависимости от субстанции: наименьшее для норфлоксацина, офлоксацин создает бóльшую концентрацию и проявляет некоторую активность в отношении хламидий, ципрофлоксацин и левофлоксацин имеют хорошие фармакокинетические свойства и широкий спектр активности. Из этой группы можно выделить левофлоксацин. Предпочтение данной группы антибиотиков, в частности, левофлоксацина вызвано клиническими наблюдениями, установившими хорошие результаты лечения ХП. Этот антибиотик обладает широким спектром действия в отношении грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов. Препарат также высокоактивен в отношении внутриклеточной инфекции – хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, микобактерии туберкулеза. Левофлоксацин прерывает деление бактериальной клетки, вызывает нарушения в цитоплазме клетки, в клеточной стенке. Следовательно, этот препарат можно применять при смешанной инфекции. Прием пищи мало влияет на всасывание препарата. Он хорошо проникает в органы, ткани и клетки, в частности, в половые органы, включая простату, которая труднодоступна для большинства антибиотиков. Важным свойством левофлоксацина является его постантибиотический эффект, характеризующийся длительностью нарушения жизнедеятельности микробной популяции и после прекращения непосредственного действия препарата. Концентрация левофлоксацина в предстательной железе в 4 раза превышает его концентрацию в плазме крови. Препарат применяют в форме таблеток или в виде инъекций внутривенно.

В настоящее время левофлоксацин является единственным новым фторхинолоном, разрешенным FDA для лечения инфекций мочевыводящих путей, хронического бактериального простатита. Клиническая эффективность левофлоксацина подтверждена в многочисленных контролируемых клинических исследованиях. Так, в несравнительном исследовании у 29 больных с хроническим простатитом эффективность левофлоксацина составила 83%, а эрадикация возбудителя достигнута у 74% пациентов.

В многоцентровом двойном слепом исследовании изучали эффективность 28-дневного применения левофлоксацина (по 500 мг 1 раз в сутки) при лечении 377 больных с хроническим бактериальным простатитом, вызванным преимущественно грамположительной микрофлорой (*Enterococcoccus faecalis, Staphylococcus aureus, S. agalactiae, Streptococcus haemolyticus, S.mitis)*. Клинический эффект левофлоксацина составил 75%, бактериологический 75%.

В исследовании, проведенном в Клинике урологии РГМУ, ХП был диагностирован у 40 пациентов. При бактериологическом исследовании 62,8% выделенных штаммов составили грамположительные микроорганизмы, к левофлоксацину оказались чувствительными 88,9% штаммов. Анализ чувствительности грамотрицательных штаммов микроорганизмов показал, что к левофлоксацину были чувствительны 93,8% штаммов. Лечение левофлоксацином в дозе 500 мг/сут в течение двух недель привело к эрадикации возбудителей у 80–85% пациентов.

Эффективность и безопасность левофлоксацина в лечении больных хроническим бактериальным про-

Информация о препарате

Леволет® Р (Д-р Редди'с Лабораторис Лтд, Индия)
Левофлоксацин
Таблетки п.о., 250 мг, 500 мг; раствор для инфузий, 5 мг/мл, 100 мл

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ
Левофлоксацин – антибиотик широкого спектра действия. Быстрый бактерицидный эффект обеспечивается вследствие угнетения бактериального фермента ДНК-гиразы, который относится к топоизомеразам II типа. В результате нарушается объемная структура ДНК бактерий и становится невозможным дальнейшее размножение бактериальных клеток. Препарат активен в отношении широкого спектра микроорганизмов.

ФАРМАКОКИНЕТИКА
При пероральном применении левофлоксацин быстро и почти полностью всасывается в ЖКТ, C_{max} в плазме крови достигается через 1 ч после приема. Абсолютная биодоступность составляет практически 100%. Для левофлоксацина характерна линейная фармакокинетика. Прием пищи почти не влияет на его всасывание. 30–40% левофлоксацина связывается с протеинами плазмы крови. При приеме внутрь в дозе 500 мг 2 раза в сутки возможна незначительная его кумуляция. Левофлоксацин метаболизируется в незначительной степени (≤5% препарата, который выводится с мочой); метаболиты: диметиллевофлоксацин и левофлоксацин N-оксид. Левофлоксацин относительно медленно выводится из плазмы крови, $T_{1/2}$ составляет 6–8 ч. Выводится преимущественно почками (85%).

ПОКАЗАНИЯ
Инфекционно-воспалительные заболевания легкой и/или умеренной степени тяжести, вызванные широким спектром чувствительных к левофлоксацину штаммов микроорганизмов: нижних дыхательных путей (пневмония, обострение хронического бронхита), ЛОР-органов (острый синусит), осложненные и неосложненные инфекции мочевыделительной системы (пиелонефрит), инфекции кожи и мягких тканей (атерома, абсцесс, фурункул), септицемия/бактериемия, интраабдоминальные инфекции, простатит.

Разделы: Противопоказания, Способ применения и дозы, Побочные действия, Передозировка, Взаимодействие, Особые указания – см. в инструкции по применению препарата.

статитом была подтверждена исследованием, проведенным в 8 странах Европы. В проспективное открытое мультицентровое исследование были включены 117 пациентов с симптомами ХП. Грамотрицательная микрофлора была выделена у 57 пациентов (*Escherichia coli* в 37 случаях), грамположительная микрофлора – у 60 пациентов (в основном *Enterococcus faecalis* и *Staphylococcus epidermidis*). Больным проведен курс лечения левофлоксацином в однократной суточной дозе 500 мг в течение 28 дней. Клиническая эффективность составила 92, 77,4; 66,0 и 61,9% на 5–12-й день лечения и через 1, 3 и 6 мес после лечения. Эрадикация возбудителя наблюдалась в 83,7% случаев через 1 мес и в 91,2% случаев – через 6 мес после лечения. Только 4 (3,4%) пациента прекратили прием препарата из-за развития нежелательных явлений.

Таким образом, результаты многочисленных клинических исследований позволяют считать левофлоксацин средством выбора при лечении бактериального простатита. Левофлоксацин характеризуется хорошей переносимостью и минимальной частотой побочных эффектов по сравнению с другими фторхинолонами.

В комплекс терапевтического воздействия при ХП должны также включаться назначения, направленные на устранение нарушений кровообращения и микроциркуляции, различные ферменты, спазмолитики, адреноблокаторы, витамины, а также физиотерапевтические методы, включая массаж простаты, электрофорез, микроволновая гипертермия и др.

Помимо антибактериальной терапии в амбулаторной и клинической практике пользуются массажем предстательной железы. Пальцевой массаж простаты улучшает кровоток в железе, способствует устранению застоя секрета и дренирует протоки органа. Критерием правильно проведенного массажа служит отсутствие болевых ощущений в простате.

Наряду с перечисленными методами воздействия в комплексной терапии, включают физиотерапевтические методы: УВЧ, ректальный электрофорез, локальная гипертермия, лазерное воздействие.

По определенным показаниям в комплексное лечение ХП подключают санаторно-курортное лечение. Для этих целей выработаны показания и противопоказания. Предпочтительным фактором этого вида лечения является грязелечение. Применяют в основном ректальные грязевые тампоны. Помимо этого вида назначают ванны газотермальные, солевые, хвойные, скипидарные, обладающие общеукрепляющим действием, психоэмоциональным расслаблением. Курорты для лечения ХП вне стадии обострения: Железноводск, Саки, Евпатория, Бердянск, Миргород.

Таким образом, ХП – одно из наиболее сложных для диагностики и терапии заболеваний, его лечение должны быть комплексным, включающим медикаментозную терапию, физиотерапию, массаж и др.

Рекомендуемая литература

1. Bundrick W, Heron SP, Ray P et al. Levofloxacin versus ciprofloxacin in the treatment of chronic bacterial prostatitis: a randomized double–blind multicenter study. Urology 2003; 62(3): 537–41.

2. Иванов Д.В. Место левофлоксацина в ряду антибактериальных препаратов. Антибиотики и химиотерапия. 2006; 50: 10–11.

3. Евдокимов В.В. Фармакотерапия острого и хронического простатита. Трудный пациент. 2010; 6–7: 40–44.

4. Евдокимов В.В., Туровецкий В.Б. Электромагнитное излучение и фертильность. Мужское здоровье и долголетие. Росс. научный форум. М.: 2007; 40–41.

5. Мазо Е.Б., Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Долгина Е.Н., Попов С.В., Вирясов А.В. Эффективность применения Суперлимфа в комплексном лечении хронического бактериального простатита и воспалительного синдрома хронической тазовой боли. Материалы 3 Всероссийской конференции «Мужское здоровье», Москва, 2006, с.72–7.

6. Пушкарь Д.Ю., Зайцев А.В., Раснер П.И. Оптимизация алгоритма диагностики и лечения хронического бактериального простатита. РМЖ. 2008; 16: 17: 34–38.

7. Яковлев С.В. Значение левофлоксацина при респираторных и урогенитальных инфекциях в амбулаторной практике. Трудный пациент. 2007; 7: 5–8.

Союз педиатров России

XV КОНГРЕСС ПЕДИАТРОВ РОССИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ» I ФОРУМ ДЕТСКИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

14 – 17 февраля 2011 года

г. Москва, Краснопресненская набережная, 12,
Центр международной торговли, 4-й подъезд

Уважаемые коллеги!

Союз педиатров России приглашает Вас принять участие в работе **XV Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»** и **I Форума детских медицинских сестер**. Программа Конгресса включает вопросы реализации Национального проекта «Здоровье» в педиатрии, организации медицинской помощи детям, охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, питания в педиатрии, вакцинопрофилактики; высокотехнологичных методов диагностики и лечения болезней детского возраста и другие актуальные проблемы.

В рамках послевузовского профессионального образования педиатров будут проведены Школы специалистов (повышения квалификации) с выдачей сертификатов.

На церемонии Торжественного открытия Конгресса – 14 февраля 2011 года в 18:00 в Зале Церковных Соборов Храма Христа Спасителя (г. Москва, ул. Волхонка, 15) – будут подведены итоги:

- **Конкурса «Детский врач года» (**к участию приглашаются детские врачи всех звеньев системы медицинской помощи детям),
- **Конкурса «Детская медицинская сестра года»** (к участию приглашаются медицинские сестры и фельдшера, оказывающие медицинскую помощь детям).

На церемонии закрытия Конгресса – 17 февраля 2011 года в зале «Амфитеатр» Центра международной торговли (г. Москва, Краснопресненская набережная, д. 12) – будут подведены итоги:

- **Конкурса работ молодых ученых.**

Заявки на доклады и симпозиумы, тезисы для публикации принимаются до 15 декабря 2010 г., заявки на участие в Конкурсах «Детский врач года» и «Детская медицинская сестра года» – до 15 декабря 2010 г., регистрация участников школ – до 31 января 2011 г., работы на Конкурс молодых ученых – до 31 января 2011 г.

Дополнительную информацию по вопросам участияпо вопросам участия в Конгрессе, Форуме и выставке, Школах специалистов и публикации тезисов можно получить по телефонам в Москве: 8 (499) 134-13-08, 783-27-93, 134-30-83; 8 (495) 967-15-66, 681-76-65, 631-14-12 и на вэб-сайтах: www.pediatr-russia.ru, www.nczd.ru
Адрес оргкомитета Конференции:119991,г. Москва, Ломоносовский проспект, д. 2/62 – Научный центр здоровья детей РАМН, e-mail: orgkomitet@nczd.ru

Выставочная компания Меткомцентр

Выставочная компания Меткомцентр

МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ВЫСТАВКА «ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА – 2011»

15 – 17 февраля 2011 года

г. Москва, Краснопресненская набережная,
Центр международной торговли, 4-й подъезд

Параллельно с XV Конгрессом педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» и I Форумом детских медицинских сестер пройдет **18-я Международная медицинская выставка «Здоровье матери и ребенка – 2011»**, на стендах которой будут представлены свыше 100 ведущих отечественных и зарубежных компаний из 30 стран. Ежегодно выставку посещают свыше 8000 человек.

Основные разделы выставки:

- Лекарственные средства
- Медицинское оборудование
- Медицинские инструменты
- Медтехника
- Лабораторное оборудование и приборы
- Медицинская мебель и оборудование для оснащения родильных домов, детских больниц, поликлиник, гинекологических кабинетов
- Средства по уходу за детьми
- Средства гигиены для женщин
- Детское питание
- Контрацептивы
- Витамины и гомеопатические средства
- Специализированные издания и литература

ОРГАНИЗАТОР ВЫСТАВКИ:
Выставочная компания «Меткомцентр»
Дополнительную информацию по вопросам участия в Конгрессе и выставке можно получить по телефонам:
(495) 681-76-65, 631-14-12,
e-mail: zmir@sumail.ru

Бланк бесплатной подписки на журнал «Трудный пациент»

Ф.И.О.					
Место работы					
Специальность					
Должность					
Телефон					
Почтовый адрес					
индекс		республика, край, область			
город			улица		
дом №		корп.		кв. №	
Адрес электронной почты					

Заполненные бланки высылайте по адресу:
127055, Москва, а/я 91, журнал «Трудный пациент»
или по e–mail: info@t-pacient.ru

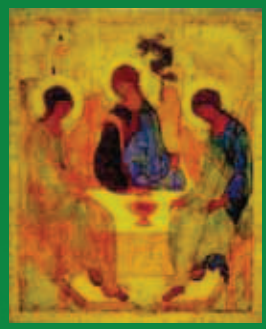
План научно-практических мероприятий и специализированных выставок ГОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздравсоцразвития России на 2011 год

27–28 января	XXVIII Научно-практическая конференция с международным участием Рахмановские чтения **«Генодерматозы: современное состояние, проблемы»**
	Специализированная выставка **«Дерматовенерология: диагностика и лекарственная терапия»**
	Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж
10–11 марта	Общественный международный форум, приуроченный к Всемирному дню почки **«Здоровье нации – наше общее дело»**
	Специализированная выставка **«Нефрология сегодня»**
	Место проведения: г. Коломна, Московская область, Конькобежный центр «Коломна»
30 марта	Ежегодная научно-практическая конференция «Фармакотерапия болезней уха, горла и носа с позиций доказательной медицины»
	Специализированная выставка «Лекарственные средства для лечения болезней уха, горла и носа»
	Место проведения: Медицинский центр Управления делами Президента (г. Москва, Романов переулок, д. 2)
25–27 мая	III Научно-образовательный форум с международным участием **«Медицинская диагностика – 2011»** совместно с V Всероссийским национальным конгрессом лучевых диагностов и терапевтов **«Радиология – 2011»**
	Специализированная выставка **«Меддиагностика – 2011»**
	Место проведения: г. Москва, МВС «Крокус-Экспо»
4 октября	Научно-практическая конференция с международным участием и специализированная выставка **«Фундаментальные и клинические аспекты клеточных, тканевых и нанотехнологий в уронефрологии»**
	Место проведения: г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 6, стр.1, ЦКК Университетской клинической больницы № 1, конференц-зал, II этаж
6–7 октября	Научно-практическая конференция **«Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения туберкулеза у детей»**
	Специализированная выставка **«Туберкулез – профилактика, диагностика и лечение туберкулеза у детей»**
	Место проведения: г. Москва, ул. Достоевского, д. 4, НИИ фтизиопульмонологии
13–14 октября	Всероссийская Научно-практическая конференция с международным участием **«Актуальные проблемы эпидемиологии на современном этапе»**
	Специализированная выставка «Современные технологии и средства диагностики, надзора и профилактики инфекционных болезней»
	Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж
13–14 октября	VII Научно-практическая конференция с международным участием и специализированная выставка **«Лучевая диагностика и научно-технический прогресс»**
	Место проведения: г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 6, стр.1, ЦКК Университетской клинической больницы № 1, конференц-зал, II этаж
28 октября	Научно-практическая конференция **«Междисциплинарные аспекты взаимодействия акушеров-гинекологов, урологов и венерологов»**
	Специализированная выставка **«Женское и мужское здоровье»**
	Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж
3–4 ноября	IV Научно-практическая конференция с международным участием и специализированная выставка **«Вегетативные расстройства в клинике нервных и внутренних болезней»**
	Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж
9 ноября	Научно-практическая конференция **«Новые лекарственные препараты в практике дерматовенеролога и косметолога»**
	Специализированная выставка «Новые лекарственные препараты в дерматовенерологии и косметологии»
	Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж
18–19 ноября	Научно-практическая конференция с международным участием **«Совершенствование педиатрической практики. От простого к сложному»**
	Специализированная выставка **«Новые лекарственные препараты в педиатрии, питание и средства ухода за малышом»**
	Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж
08 декабря	Научно-практическая конференция с международным участием и специализированная выставка **«Актуальные проблемы гастроэнтерологии. Василенковские чтения»**
	Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж
Декабрь 2 дня	II Всероссийская конференция **«Когнитивные и другие нервно-психические нарушения»**
	Специализированная выставка **«Лечение когнитивных и других нервно-психических нарушений»**
	Место проведения: г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, НИЦ, конференц-зал № 2, II этаж

Университетский технопарк ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития России

Тел: (499) 248-50-16; (495) 609-14-00 доб.30-56, 30-58; факс: (495) 609-14-00 доб. 30-59; e-mail: technopark@mma.ru

XVIII РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»



11–15 апреля 2011 года • Москва

ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА:

■ Хронические неинфекционные заболевания человека: профилактика, лечение, мониторинг, стратегии сокращения факторов риска ■ Первичная медико-социальная помощь: пути совершенствования ■ Медицинская этика, деонтология, мораль современного врачебного сообщества ■ Стратегия и тактика лечения основных заболеваний человека с позиций доказательной медицины ■ Инновационные технологии профилактики и оказания медицинской помощи детям ■ Новые технологии диагностики и терапии инфекционных заболеваний ■ Актуальные вопросы неврологии и психиатрии ■ Эндокринологические заболевания в акушерско-гинекологической практике ■ Безопасность применения лекарственных средств ■ Информационные технологии в медицине

Организационные формы: пленарные доклады, актовые лекции, пленумы, конференции, телеконференции, научные симпозиумы, дискуссии, совещания, деловые встречи, клинические разборы, лекции для практикующих врачей, образовательные семинары, Школы для практикующих врачей, Конкурсы научных работ молодых ученых, Конкурс студенческих научных работ

ШКОЛЫ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

■ Кардиология (артериальная гипертония)	■ Ревматология	■ Неонатология
■ Гастроэнтерология	■ Эндокринология (сахарный диабет)	■ Педиатрия (оказание догоспитальной помощи)
■ Пульмонология	■ Онкология	■ Педиатрия (кардиология)
■ Неврология	■ Гематология (клиническая гемостазиология)	

КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

■ Кардиология	■ Стоматология
■ Внутренние болезни	■ Клиническая фармакология
■ Гастроэнтерология	

КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ:

■ «Лечение основных заболеваний человека»

В рамках Конгресса проходит выставка современных лекарственных средств, новых информационных технологий, изделий медицинского назначения и специализированных изданий

К Конгрессу готовится *«Федеральное руководство по использованию лекарственных средств» (XII выпуск).*

ПРИЕМ ДОКУМЕНТОВ	Дата начала	Дата окончания
Заявки на симпозиум, телеконференцию, семинар, дискуссию, лекцию (доклад) и пр.	01. 09. 10	30. 12. 10
Тезисы	01. 09. 10	15. 12. 10
Конкурсные работы	01. 09. 10	18. 01. 11
Регистрационные карты	01. 09. 10	05. 04. 11
Заявки на участие в Выставке	01. 09. 10	11. 03. 11

КОНТАКТЫ:

Тел/факс: (499) 267-50-04, (499) 261-22-09 (секретарь)
Тел: (495) 785-62-72 (научная программа), (495) 785-62-71 (выставка и реклама)
E-mail: publish@medlife.ru (тезисы)
reg@medlife.ru (регистрационные карты)
trud@medlife.ru (заявки на участие в научной программе, конкурсные работы)
stend@medlife.ru (заявки на участие в выставке)

Официальный сайт Конгресса: http://www.medlife.ru
Адрес для переписки: 109153, Москва, а/я № 52 Секретариат Оргкомитета конгресса «Человек и лекарство»