

FIVE O'CLOCK С КОМПАНИЕЙ «ЭЛИ ЛИЛЛИ»:

Традиционно решением медицинских проблем мужчин занимались исключительно урологи, тогда как мужское здоровье – понятие значительно более широкое, нежели только нарушения потенции и болезни предстательной железы. На очередном VI Всероссийском конгрессе «Мужское здоровье», состоявшемся в здании президиума Академии Наук Российской Федерации 16-18 июня 2010 года, рассматривались различные аспекты здоровья мужчин, в том числе и проблема эректильной дисфункции, в рамках общего соматического здоровья и как междисциплинарная проблема. Как диагностировать и корригировать нарушения эрекции в урологической и общемедицинской практике, обсуждалось ведущими андрологами и урологами на встрече без галстуков, инициированной компанией «Эли Лилли» в рамках Конгресса, которые поделились своим опытом в вопросах, касающихся мужского здоровья и долголетия, с широкой аудиторией врачей разных специальностей (практикующие врачи-урологи, эндокринологи, терапевты, сотрудники научных и учебных центров) и представителей СМИ. С какими заболеваниями связан риск сексуальных нарушений, нужен ли секс в пожилом возрасте, а главное – какие лекарства можно и нужно принимать мужчине, чтобы оставаться мужчиной в полном смысле этого слова, – ответы на эти и другие вопросы прозвучали в выступлениях профессоров Д.Ю. Пушкаря, А.З. Винарова, И.А. Корнеева, С.И. Гамидова, И.А. Абоjana, В.Н. Журавлева, д.м.н. М.И. Ягубова, д.м.н.

Н.Д. Ахвледзиани, к.м.н. А.В. Живова. Формат мероприятия позволил участникам выражать свое мнение и по имеющим большое социальное значение темам: проблемы репродукции человека, гендерные особенности взаимодействия мужчины и женщины, фундаментальные исследования в области андрологии и здоровья мужчин.



ЛЕЧЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ: ТИПИЧНЫЙ ПАЦИЕНТ И ЖЕЛАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ



А.В. Живов, к.м.н. кафедра урологии МГМСУ

Участники мероприятия имеют редкую возможность в несколько неформальной обстановке обсудить проблему эректильной дисфункции. В последние годы отмечается, насколько более информированными стали пациенты – зная, что сейчас существуют пероральные медикаменты, и что проблему можно решать разными путями, они предъявляют врачам очень высокие требования.

Доказанной эффективностью обладают препараты ингибиторов фермента фосфодиэстеразы 5 типа (ФДЭ-5). Однако многие врачи применяют для лечения эректильной

дисфункции не только их. Вопрос: зачем? что это дает больным? Врач рассчитывает на плацебо-эффект?

Комментарий Н.Д. Ахвледзиани:

«Мы отлично знаем, что ингибиторы ФДЭ-5 появились десятилетие назад. Значительно более длительная история человечества знает множество средств и методов для лечения подобного рода заболеваний. Между прочим, 15 лет назад эта тема урологами практически не обсуждалась. Она была больше в компетенции другой медицинской специальности. Конечно, мы не можем сказать, что все, что делали сексологи, это

ВСТРЕЧА БЕЗ ГАЛСТУКОВ

профанация. В обсуждаемой нами теме существует масса проблем, в решении комплекса которых мы не можем чем-нибудь ограничиться, даже если это самые современные средства – ингибиторы ФДЭ-5.

Эректильная дисфункция, как правило, имеет смешанную этиологию, запутанную историю. Нужно начать решать эту проблему с главного – всем ли нужна действующая сексуальная функция? Это очень сложный мир – пациент. Я начинаю свою беседу с пациентом с вопросов: зачем вам сексуальная функция? кроме вас она кому-то нужна или это просто какие-то амбиции? Я не помню, чтобы приходили высокоинтеллектуальные люди, для которых жизнь пуста без секса. Принципиально важный момент – ингибиторы ФДЭ-5 в отсутствии сексуальной стимуляции не оказывают ожидаемого должного эффекта.

Вопрос звучал: можем ли мы назначать растительные препараты? Я считаю, что, конечно, мы можем применять эти средства и должны дать пациенту «разыграть эту карту». Мы должны «играть» с клиникой и применять все методы: и здоровый образ жизни, и все, что угодно. Здесь надо играть очень тонкую большую игру».

Однако все хотят большего сегодня. Результат пациенту важен сейчас. Действительно, наша аудитория продемонстрировала очень креативный подход к этой проблеме.

Но при всех обстоятельствах, действительно, сегодня нет метода, который гарантирует больному излечения. Мы должны рекомендовать препараты с доказанной эффективностью, с высокой частотой вызывающие эрекцию.

Большинство пациентов начинают лечение эректильной дисфункции и получают свою первую таблетку препарата ингибитора ФДЭ-5 из двух источников: аптека и врачи общей практики, к которым тоже обращаются за советом по этому поводу. Почему последние заинтересованы в том, чтобы назначать ингибиторы ФДЭ-5? Известно, что эректильная дисфункция – это «красный флаг» сопутствующих заболеваний. То есть за эректильной дисфункцией могут стоять и ишемическая болезнь сердца, и сахарный диабет, гипертоническая болезнь, органические заболевания печени, почек, нервной системы и другие (таблица 1).

В последние пять лет изучается корреляция между эректильной дисфункцией и симптомами нижних мочевых путей. Отмечено влияние лечения симптомов нижних мочевых путей на половую функцию – снижение интенсивности симптомов нижних мочевых путей приводит к улучшению эрекции. Применение ингибиторов ФДЭ-5, в частности тадалафила, было исследовано в рамках изучения взаимосвязи этих состояний. После курса лечения значительно улучшились не только показатели сексуальной

Таблица 1. Частота эректильной дисфункции при различных заболеваниях

Заболевание	Частота эректильной дисфункции, %
Артериальная гипертензия	52
Симптомы нижних мочевых путей	55
Ишемическая болезнь сердца	61
Сахарный диабет	64
Заболевания периферических сосудов	86
Тяжелая депрессия	90

функции, но и урологической симптоматики.

Эректильная дисфункция – это маркер, первый клинический признак кардиоваскулярной патологии. И порой заставить больного избавиться от факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний можно только тогда, когда мы знаем, что устранение этих факторов приведет к улучшению качества его эрекции. Таким образом, эректильная дисфункция может служить для мужчины мотиватором активного лечения кардиоваскулярной патологии и устранения факторов риска ее развития.

Эректильная дисфункция практически всегда в значительной степени ухудшает качество жизни, и для того чтобы его улучшить, терапия необходима. Эректильная дисфункция напрямую связана с так называемой возрастной депрессией, может быть причиной стресса и ухудшения межличностных отношений. В свою очередь восстановление ее улучшает эмоциональный фон, общую жизненную активность и т.д. Очень часто эректильная дисфункция сопутствует возрастному гипогонадизму. ➡

Д.Ю. Пушкарь, д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии МГМСУ:



«Нарушение эрекции – это порочный круг: редкие и слабые эрекции → гипоксия кавернозной ткани → фиброзное перерождение кавернозной ткани → эректильная дисфункция. Кавернозные тела полового члена нужны для сохранения нормального морфологического и функционального состояния в систематических эрекциях достаточной частоты и продолжительности. Учитывая негативное

влияние эректильной дисфункции на качество жизни мужчины, нет сомнений в необходимости терапии данного расстройства».

А.З. Винаров, д.м.н., профессор, кафедра урологии ММА им. И.М. Сеченова:



«Взгляд на сексуальную активность у мужчины меняется с возрастом и в зависимости от того, удастся ли ему справиться с сопутствующей соматической патологией. Все-таки все хотят вернуть молодость и свойственную ей сексуальную активность. В моей практике чрезвычайно редки случаи, когда мужчине старше 50 она не нужна. Возможно, он просто устал от сексуальной активности. Иногда

мужчина идет к специалисту лишь по настоянию супруги, и лечение эректильной дисфункции инициируется только женами».

Эректильная дисфункция может служить для больного поводом, чтобы впервые обратиться хоть к какому-то врачу. И таким врачом можем стать мы с вами, урологи, и посету мы должны быть готовы столкнуться со всей совокупностью вопросов, которые мы сейчас обозначили.

ФАКТОРЫ РИСКА ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Факторы риска эректильной дисфункции известны. В частности, это курение. Это доказанный фактор риска в отличие от употребления алкоголя, который не связывают напрямую с эректильной дисфункцией. Частота эректильной дисфункции среди курильщиков в 2 раза выше, чем среди некурящих или бросивших курить (Mannino D.M., 1994). Тяжесть эректильной дисфункции коррелирует с количеством выкуриваемых в день сигарет и стажем курения. В течение одного года наблюдения у бросивших курить улучшение эректильной функции произошло с частотой 25,4%, у продолжавших курить наступило дальнейшее ухудшение с частотой 6,8% (Pourmand G., 2004). Таким образом, бросить курить – это весьма и весьма полезное решение, в особенности для тех, у кого имеется эректильная дисфункция.

Другим известным фактором риска эректильной дисфункции является ожирение. Двухлетнее исследование К. Esposito (2004), в котором участвовали 110 мужчин с индек-

сом массы тела более 30 и МИЭФ-15 менее 21 без сахарного диабета, андрогенного дефицита и гипертонии, показало, что снижение индекса массы тела на 10%, увеличение физической активности и улучшение показателей эндотелиальной функции независимо коррелировали с улучшением показателей МИЭФ-15.

ПОЧЕМУ ЛЕЧИТ ЭРЕКТИЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ ВРАЧ-УРОЛОГ?

К урологам чаще обращаются те пациенты, которые не получили удовлетворения от помощи фармацевта или врача общей практики. Уролог – это эксперт по проблеме, способный провести обследование и применять все три линии современной терапии эректильной дисфункции. Он знает, что делать, если первая попытка терапии ингибиторами ФДЭ-5 (первая линия терапии) не дала результата. Уролог может провести операцию или просто дать таблетку, но он знает, как ее правильно использовать – дозы, режим приема. Он знает особенности действия, применения, эффективности и побочных эффектов препарата, чтобы выбрать лучшее для такого лечения. Врач-уролог может скорректировать различные линии терапии, применять комбинированную терапию, ИКТ, и тогда, когда не работает ничего из назначенного, установить показания к хирургическому лечению (сосудистая хирургия, фаллопротезирование).

ЗАЧЕМ НУЖЕН СКРИНИНГ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ?

Опыт ранней диагностики рака простаты показывает: малейшая дисфункция предстательной железы, в том числе сексуальная неспособность, должны обращать на себя пристальное внимание мужчин. Что нам дал скрининг рака предстательной железы?

Комментарий Д.Ю. Пушкаря: По скринингу рака простаты известны два исследования – европейское и американское, показавших противоположные результаты. Несмотря на различные точки зрения в связи со скринингом рака простаты (это очень дорого, и потому большинство сетей здравоохранения не могут себе позволить осуществлять скрининг рака), смертность от этого заболевания снизилась, что было выяснено европейскими исследователями.

Как вы думаете, имеет ли смысл скрининг эректильной дисфункции, зачем это нужно? Если за эректильной дисфункцией стоит столько болезней, может быть, это будет способствовать активно этих больных выявлять?

Комментарий С.И. Гамидова: «Если у человека есть проблема, то он обязательно будет обращаться к врачу. Чтобы увеличить количество больных, обращающихся с эректильной дисфункцией, необходима образовательная программа. Скрининг – это большое исследование. Сегодня без

С.И. Гамидов,

д.м.н., профессор, кафедра урологии РГМУ:



«Известно, что при наличии артериогенной эректильной дисфункции происходит нарушение функционального состояния эндотелия кавернозных артерий. Изменения, лежащие в основе патогенеза эндотелиальной дисфункции, носят обратимый характер. Ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа (ФДЭ-5) улучшают эн-

дотелиальную функцию, что объясняет их роль в лечении эректильной дисфункции. В настоящее время ингибиторы ФДЭ-5 – это препараты первой линии выбора в терапии эректильной дисфункции».

И.А. Корнеев,

д.м.н., профессор СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова:



«Продолжительность адекватных и утренних спонтанных эрекции, как известно, уменьшается по сравнению с возрастом 20-35 лет: у мужчин 36-50 лет в 3,1 раза, 51-65 лет – в 7,4 раза, а старше 65 лет – в 23,9 раза. Согласно российским данным, даже молодые мужчины 30-40 лет в 17% случаев имеют полипатии, сопутствующие заболевания. В связи с этим, мне бы хотелось, чтобы открыто прозвучало мнение о необходимости регулярного приема препаратов класса ингибиторов ФДЭ-5 как обладающих широкими возможностями коррекции эректильной дисфункции».

финансовой помощи проводить какие-то скрининговые исследования невозможно».

Совершенно справедливо. Однако если рассматривать скрининг эректильной дисфункции с целью улучшения состояния здоровья, качества жизни и профилактики витальных осложнений у больных, имеющих факторы риска (кардиоваскулярная патология – ИБС, атеросклероз сосудов, гипертензия, метаболический синдром и сахарный диабет) и популяризации здорового образа жизни (борьба с ожирением, малоподвижностью, курением), он значим в отношении будущего России, и тогда такие деньги найдутся у государства. Потому что убийца номер один, это сердечно-сосудистые заболевания, а эректильная дисфункция, как уже было отмечено, является их индикатором. В любом случае необходимо популяризировать данные о взаимосвязи эректильной дисфункции и сердечно-сосудистой патологии.

ДИАГНОСТИКА ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Позволю напомнить некоторые ключевые моменты, которые относятся к диагностике эректильной дисфункции сегодня. Если вспомнить конец 1980-х годов, диагностика эректильной дисфункции была таким сложным делом, когда врачи делали все тесты, которые они знали, – от физикального обследования до сложных лабораторных и инструментальных исследований.

Сегодняшняя диагностика эректильной дисфункции начинается, а, порой, заканчивается с беседы с пациентом (жалобы: время наступления, продолжительность, частота, общий и сексологический анамнез, степень тяжести по МИЭФ-5, факторы риска и сопутствующие заболевания – курение, гиперлипидемия, малоподвижность, лишний вес, кардиоваскулярная патология, сахарный диабет и т.д., принимаемые медикаменты, спонтанные/адекватные эрекции, операции и травмы спины, таза, промежности, психиатрические заболевания и межличностные отношения), физикального обследования (наружные половые органы и вторичные половые признаки, периферический пульс, неврологическое обследование, аномалии и деформации полового члена – гипоспадия, эписпадия, микропенис, врожденное искривление полового члена, болезнь Пейрони) и назначения довольно простых лабораторных тестов (общие анализы крови и мочи, сывороточные глюкоза, креатинин, трансаминазы, тестостерон, пролактин, липидный профиль, ТТГ).

Специализированная диагностика (интракавернозный тест с вазоактивным препаратом, доплерография и УЗИ полового члена, ригидрометрия во время ночного сна, кавернозометрия) необходима при изначально выявленной средней/тяжелой эректильной дисфункции (МИЭФ-5 < 15) при желании больного; неудачной терапии первой

линии выбора; при желании больного получить прогноз эффективности назначаемого лечения, а также при установлении показаний к хирургическому лечению).

Следует помнить, что некоторые медикаменты, принимаемые пациентом для лечения сопутствующих заболеваний, могут иметь нежелательные эффекты на сексуальную функцию. Среди них антигипертензивные препараты (антагонисты $\alpha 1$ -, $\alpha 2$ - и β -адренорецепторов, блокаторы Са-каналов, диуретики), психотропные (трициклические антидепрессанты, ингибиторы МАО, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), стабилизаторы настроения (карбамазепин, бензодиазепин), другие препараты, действующие на ЦНС (противосудорожные, антихолинэргические, опиоиды), гормоны и гормональные антагонисты, химиопрепараты. Вовлечение партнерши в диагностику и лечение эректильной дисфункции позволяет оценить истинную картину эректильной функции, желание вести половую жизнь, готовность поддерживать партнера и понимание сути лечения и ожидаемого результата. Исследования показали лучший результат лечения с участием партнерши (Dorey, 2001).

ПАЦИЕНТЫ – КТО ОНИ

К урологу по поводу эректильной дисфункции обращаются молодые мужчины до 25 лет с психогенной эректильной дисфункцией, мужчины до 35 лет с врожденной кавер-



Н.Д. Ахвледиани,

к.м.н., кафедра урологии ММА им. И.М. Сеченова:



«Редкий врач рекомендует пациентам регулярный прием тадалафила и подобного рода препаратов. Не нужно было регистрировать препарат для регулярного приема сначала в Америке, теперь в Европе, а нужно это было делать в России, где любой больной (что – к сожалению, но это сейчас мы не обсуждаем) может пойти и купить этот препарат. И сегодня мы, все урологи страны, готовы к тому, чтобы про-

вести диалог с пациентами о целесообразности регулярного приема ингибиторов ФДЭ-5. Те более, что это уже рекомендовано не только на Западе, но и, поверьте мне, будет написано в этом году нами. Российский опыт постоянного применения тадалафила имеется».

В.Н. Журавлев, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии УГМА и областным урологическим центром в Свердловский ОКБ №1:



«Самолечение – распространенная проблема. Большинство мужчин куда охотнее доверяют телевизионной рекламе, чем консультации со специалистом. Многие просто стесняются идти к врачу, рассказывать об интимных проблемах. А в аптеках им охотно продадут какую-нибудь растительную биодобавку как чудодейственное средство. Насколько такие лекарства полезны или хотя бы безвредны? Скорее, как лечение психо-

генного компонента, это может давать какую-то возможность восстановления эректильной функции. Тогда как сегодняшняя урология обладает эффективными сертифицированными препаратами. Но назначить их может только специалист после тщательного обследования».



нозной недостаточностью, мужчины 35-45 лет с факторами кардиоваскулярного риска, мужчины старше 40 лет с метаболическим синдромом, мужчины 45-55 лет с хорошей эректильной функцией после радикальной простатэктомии, так и здоровые мужчины любого возраста. Есть такие больные, которые приходят и с порога заявляют о своем желании сразу поставить фаллопротез. Причем, это часто молодые люди 20-30 лет, потому как, оказывается, самая высокая удовлетворенность от лечения эректильной дисфункции наблюдается только у тех, кому поставили фаллопротез, но они не понимают, что, как правило, так отвечают те люди, которые страдают эректильной дисфункцией много лет и уже исчерпали ресурсы малоинвазивного лечения, они пришли к хирургическому лечению не случайно. Тогда, конечно, хирургическое лечение на фоне отсутствия эффекта предыдущих методов дало прекрасный результат. Но это не означает, что молодому человеку нужно ставить половой протез. И врач должен уметь защитить позицию, что не надо ставить половой протез, а надо использовать ингибиторы ФДЭ-5 в той или иной форме.

После обследования пациента по поводу эректильной дисфункции есть смысл объяснить ему физиологию эрекции, что вы ему назначаете, как это будет работать, через какие системы будут действовать те же ингибиторы ФДЭ-5, чтобы пациент имел реалистичное представление. Ингибитор ФДЭ-5 тадалафил (Сиалис) присутствует в РФ в дозе 20 мг. Но сегодняшняя особенность заключается в том, что мы можем использовать этот препарат только по

запросу, т.е. в режиме «по требованию». Исследование SURE (Mirone V., 2005), которое сравнивало использование этого препарата непосредственно перед половым актом (или по необходимости) и три раза в неделю в дозе 20 мг, продемонстрировало большую эффективность режима приема 3 раза в неделю (85,6% vs 84,1%; среднее процентное соотношение положительных ответов опросника SEP). В России этот режим приема еще не одобрен.


Сиалис (тадалафил) является уникальным препаратом, обладающим длительным действием (минимум 36 часов), длительность его действия обеспечивается периодом полувыведения препарата, равным 17,5 часов. Поэтому его можно применять несколько раз в неделю по 20 мг, перекрывая таким образом всю неделю. И всю неделю будет работать препарат в организме человека. Кому это нужно? Какие пациенты могут выиграть от того, что они постоянно будут иметь в крови стабильную дозу этого препарата?

Комментарий Д.Ю. Пушкар: «Эректильная дисфункция – это болезнь, которую надо лечить постоянно. Нам надо к этому привыкать, и пациентов надо постепенно к этому приводить. Применение препарата по желанию, по потребности может быть эффективным, но это симптоматическая терапия».

Комментарий А.З. Винарова: «Я согласен, что вопрос систематического применения – это важный вопрос, учитывая важность спонтанности половой жизни. Человек не должен думать о том, есть ли у него в данный момент таблетка под рукой, это должно происходить естественно. И если он хочет этой естественности, он

должен принимать эти препараты регулярно. При систематическом приеме у пациента снимается прямая психологическая зависимость от приема препарата, и такой режим также является безопасным. Я думаю, что есть определенные категории больных с тяжелой степенью эндотелиальной дисфункции, которые нуждаются в постоянном приеме этого препарата. В остальных случаях, учитывая дополнительные факторы и то, как часто больному необходимо жить половой жизнью, следует выбирать режим, исходя из предпочтений пациента».

Комментарий В.Н. Журавлева: «Прием таких препаратов в той ситуации, когда мы думаем, что эректильная дисфункция связана с эндотелиальной проблемой, показан в непрерывном режиме. И если пациент 50-ти лет, с сахарным диабетом или пациент с ишемической болезнью, скорее ему необходима такая постоянная терапия независимо от регулярности его половой жизни, чтобы была тренировка эндотелия. А вот если это психогенная эректильная дисфункция у молодого человека при только устанавливающихся партнерских отношениях, то, скорее всего, однократного приема тадалафила будет достаточно, чтобы снять этот очаг доминанты».

Таким образом, в настоящее время мы, урологи, имеем в своем распоряжении препарат, который благодаря высокой эффективности, удобству приема и безопасности открывает большие возможности в лечении пациентов с широким спектром эректильной и эндотелиальной дисфункции. 

Материал подготовила В. Павлова

Сиалис® – к жизни без эректильной дисфункции

- Сиалис® – твердость результата^{1, 2}
- Сиалис® – быстрота и длительность действия³
- 7 из 10 мужчин выбрали Сиалис®⁴



СИАЛИС® (CIALIS®)

Международное (непатентованное) название: Тадалафил.

Фармакотерапевтическая группа: Эректильной дисфункции средство лечения, ФДЭ-5 ингибитор. Тадалафил является эффективным, обратимым селективным ингибитором специфической фосфодиэстеразы типа 5 (ФДЭ5) циклического гуанозин монофосфата (цГМФ).

Показания к применению: Нарушения эрекции.

Противопоказания: Установленная повышенная чувствительность к тадалафилу или к любому веществу, входящему в состав препарата; В случае приема препаратов, содержащих любые органические нитраты; Применение у лиц до 18 лет.

Способ применения и дозы: Для приёма внутрь. Рекомендованная максимальная доза препарата СИАЛИС® составляет 20 мг. СИАЛИС принимают перед предполагаемой сексуальной активностью независимо от приёма пищи. Препарат следует принимать как минимум за 16 минут до предполагаемой сексуальной активности. Максимальная рекомендованная частота приёма – один раз в сутки.

Побочное действие: Наиболее часто отмечаемыми нежелательными событиями являются головная боль и диспепсия (11 и 7% случаев, соответственно). Нежелательные события, связанные с приёмом тадалафила, были обычно незначительными или средними по степени выраженности, транзиторными и уменьшались при продолжении применения препарата. Другими обычными нежелательными эффектами являлись боль в спине, миалгия, заложенность носа и «приливы» крови к лицу.

Форма выпуска: Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 20 мг по 1, 2, 4 таблетки в упаковке.

на правах рекламы

ED PM 306 80210



1. Carson CC et al. The efficacy and safety of tadalafil: an update. BJU International. 2004;93: 1276-1281
2. Eardley et al. An open-label, multicenter, randomized, crossover study comparing sildenafil citrate and tadalafil for treating erectile dysfunction in men naive to phosphodiesterase 5 inhibitor therapy. BJU International 2005; 96: 1323-32.
3. Brock GB, McMahonCG et al. Efficacy and safety of tadalafil for the treatment of ED: results of integrated analyses. J Urol 2002;168(4):1
4. Hatzichristou D et al. Effect of tadalafil on sexual timing behavior patterns in men with erectile dysfunction: integrated analysis of randomized, placebo controlled trials. J Urol, 2005; 174: 1356-1359

Эли Лилли Восток С.А.
123317, Москва, Пресненская наб., 10
Тел.: (495) 258 50 01, (495) 258 50 05
www.bud-uveren.ru


Answers That Matter.