

© Коллектив авторов, 2012  
УДК 616-092:612.017.1-064:612.821

**И. М. Улюкин<sup>1</sup>**  
канд. мед. наук

**К. Н. Додонов<sup>2</sup>**  
канд. мед. наук

**М. С. Милоенко<sup>2</sup>**

**Ю. И. Буланьков<sup>1</sup>**  
докт. мед. наук

<sup>1</sup> Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

<sup>2</sup> Республиканская клиническая инфекционная больница, Усть-Ижора

## Агрессивность в отношениях больных ВИЧ-инфекцией на клинически выраженных стадиях заболевания

Изучена взаимосвязь агрессивности и соматических жалоб у 37 больных ВИЧ-инфекцией на фоне антиретровирусной терапии на разных стадиях и при разной длительности заболевания. Обсуждено возможное влияние на агрессивность других личностных факторов (депрессия, фрустрированность, экстраверсия), которые могут повлиять на приверженность терапии.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, антиретровирусная терапия, агрессивность, соматические жалобы, боль

Проблема изучения агрессивности (под этим термином понимается готовность к агрессивному поведению, которое является одной из форм реагирования на разные неблагоприятные в физическом и психическом отношении жизненные ситуации, вызывающие стресс, фрустрацию и так далее) в настоящее время обусловлена, в первую очередь, тенденциями последних десятилетий, характерными как для мира в целом, так и для России (негативизация общества, алкоголизация и наркотизация населения, повышение уровня преступности, увеличение числа эмоциональных расстройств, рост случаев девиаций поведения и т. д.). Особую обеспокоенность вызывает тот факт, что в наиболее выраженной форме эти деструкции проявляются у детей, подростков и молодежи.

Агрессивность как свойство личности присуща человеку от рождения, но формируется она в ходе жизнедеятельности. Ту или иную индивидуальную окраску агрессивности приобретает лишь в процессе социализации человека (приобретение личного жизненного эмоционального опыта, усвоение морально-нравственных норм, формирование ценностной системы, интериоризация гендерных ролей на основе природных физических и психических особенностей) в контексте социальной направленности личности, мотивов ее поведения, деятельности, тех ценностей, ради достижения которых осуществ-

ляется эта деятельность [1]. Отмечена взаимосвязь социометрического статуса субъектов и оценки их агрессивности окружающими, — более агрессивными считаются лица со статусом «отверженных» [2]. Считается, что агрессивная, деятельная сторона человеческой природы подталкивает людей и заставляет их пытаться влиять на мир вокруг, тогда как социальная пассивность создает условия для прорастания безразличия, инертности как по отношению к себе, так и по отношению к окружающим [3].

Так, негативная агрессивность проявляется в склонности личности угрожать, запугивать, оскорблять, ненавидеть, насильственно нарушать права другого человека, причинять ему вред, ущерб [4–6]. Считается, что сердцевину деструктивной агрессии составляет жажда власти над другими.

Позитивную агрессивность, напротив, определяют как склонность личности к самоутверждению, что позволяет ей двигаться в направлении цели без промедления, без страха и сомнения [7], как готовность личности активно и напористо защищать свои интересы, быть уверенной в себе и склонной к энергичному самовыражению и самореализации [8, 9]. Позитивными характеристиками такой агрессивности являются функции самосохранения и психологическая разрядка. Все это находит своё отражение в идеях экзистенциальной психологии о свободе и личностном росте человека, что позволяет рассматривать агрессивность как качество, без которого стремление человека к росту и развитию невозможно [10–13].

Игорь Михайлович Улюкин  
e-mail: igor\_ulyukin@mail.ru

Вместе с тем, известно, что хронически текущие соматические заболевания сопровождаются болевыми ощущениями. Под термином «боль» ныне понимают неприятное многомерное (сенсорное и эмоциональное) переживание, связанное с реальным или предполагаемым повреждением тканей, которое находит своё отражение в жалобах, а также, одновременно, реакцию организма, мобилизующую разные функциональные системы для его защиты от воздействия патогенного фактора.

В настоящее время агрессивность у больных ВИЧ-инфекцией на фоне имеющихся соматических жалоб изучена недостаточно, хотя считается, что выявление непосредственных признаков социальных и межличностных расстройств, которые можно рассматривать как признак развивающейся стигматизации и социальной маргинализации больных, является актуальным, так как эти факторы потенциально препятствуют социальной адаптации больных, затрудняют оказание медицинской помощи и проведение профилактических мер, тем самым способствуя распространению инфекции [14]. Это положение и послужило основанием для выполнения настоящей работы.

### Материалы и методы

Нами изучены агрессивность межличностных отношений по тесту А. Ассингера, соматические жалобы по Гиссенскому опроснику соматических жалоб (ГОСЖ) и субъективное переживание боли по опроснику Мак-Гилла при ВИЧ-инфекции на фоне антиретровирусной терапии (АРВТ) у 37 больных (средний возраст  $27,86 \pm 6,16 \dots 29,67 \pm 6,07$  года, м/ж =  $27,03 / 72,93$  %) на разных стадиях заболевания (стадия В – 27 пациентов, стадия С – 9) при его различной длительности (4–7 лет – 7 пациентов (группа I), более 7 лет (группа II) – 29) и путях заражения. Специальные методы эпидемиологического расследования в отношении обследованных больных ВИЧ-инфекции не входили в задачи настоящего исследования. Критерии исключения — возраст моложе 18 и старше 45 лет, тяжелая декомпенсированная соматическая, психическая патология, активная наркомания.

Распределение больных выполнено по классификации CDC (стадия В – клинически выраженная стадия заболевания в отсутствие СПИД-индикаторной патологии, стадия С – стадия СПИДа) [15]. АРВТ была назначена пациентам индивидуально в соответствии с существующими рекомендациями [15, 16].

Средняя длительность заболевания на стадии В в группе I составила  $4,0 \pm 0,86$  года, а средняя длительность терапии —  $2,07 \pm 1,08$  года (при этом 3 пациента получали лечение в течение года и менее). Основными схемами АРВТ явились Комбивир+Калетра (6 пациентов) и абакавир+Эпивир+невирапин (1 пациент).

В группе II на стадии В средняя длительность заболевания составила  $13,35 \pm 3,88$  года, а средняя длительность терапии —  $4,33 \pm 2,87$  года (при этом 13 пациентов получали лечение менее 5 лет). Основными схемами АРВТ здесь явились: Комбивир+Калетра (11 пациентов), Калетра+Кивекса (3), Кивекса+Реатаз (2), Эпивир+Калетра+Интеленс, Реатаз+Комбивир, Азидотимидин+Тенофовир+атазанавир, Реатаз+Тенофовир+диданозин (по 1 пациенту).

Все пациенты на стадии С находились в группе II (средняя длительность заболевания  $15,7 \pm 5,58$  года при длительности терапии  $7,44 \pm 3,83$  года (при этом 5 пациентов получали лечение менее 5 лет). Основными схемами АРВТ явились: Комбивир+Калетра, Калетра+Кивекса (по 2 пациента), Калетра+Тенофовир+Интеленс, Калетра+Эпивир+эфапиренз, Презиста+ритонавир+Видекс+Стокрин, Комбивир+Реатаз, Кивекса+Реатаз (по 1 пациенту).

На момент обследования все пациенты были в состоянии клинической ремиссии. В группе I вирусная нагрузка ниже уровня определения была у 85,71 % пациентов, в группе II — у 86,2 %. В остальных случаях было достигнуто достоверное снижение вирусной нагрузки (пациенты начали терапию относительно недавно). Значимых побочных реакций на применяемые препараты к началу настоящего исследования не было.

Методика А. Ассингера у пациентов при обозначенных условиях исследования применена впервые. Работа выполнена в соответствии с положениями «Конвенции о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных» [17]. У всех пациентов было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Статистическую обработку материалов проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica for Windows [18]. Расчет данных проведен в соответствии с правилами описательной статистики.

### Результаты и обсуждение

Показано, что в динамике заболевания агрессивность уменьшается, а по мере увеличения его длительности достоверно увеличивается (табл. 1).

Таблица 1

**Агрессивность больных ВИЧ-инфекцией в динамике  
заболевания на фоне АРВТ, средний балл теста**

Стадия заболевания		Длительность заболевания, лет	
В (n=27)	С (n=9)	4–7 (n=7), группа I	более 7 (n=29), группа II
18,93±4,46	7,36±1,6*	6,09±1,47	20,02±4,52**

\* Достоверность различия между данными групп В и С,  $p < 0,05$ \*\* Достоверность различия между данными групп I и II,  $p < 0,05$ 

Применительно к стадийности, выявленный факт обусловлен вероятной психосоциальной адаптацией к своему заболеванию на фоне развития психоорганического синдрома, а применительно к длительности — наличием выраженных клинических проявлений болезни (даже в состоянии ремиссии на фоне АРВТ), с которыми больные не способны смириться в должной мере, даже при наличии установок на поддержание своего здоровья. Но в то же время, не все пациенты при значительной длительности патологического состояния находились на стадии СПИДа. То есть агрессивность здесь выступает как защитный механизм, как приём вытеснения страха за свою жизнь и здоровье (или оборонительная агрессия — по Э. Фромму) и обусловлена, так сказать, «стесненностью жизненного пространства» (известно, что потребности индивидуального развития с неизбежностью формируют в людях способность к устранению и разрушению препятствий, к преодолению того, что противодействует этому процессу), и поэтому она может быть расценена в данном случае как способ психологической разрядки.

При изучении корреляции между показателями агрессивности отмечена умеренная положительная корреляция между данными групп В и С ( $r = 0,34$ ) и В–II ( $r = 0,32$ ), а также умеренная отрицательная корреляция между данными групп В–I ( $r = -0,36$ ). Корреляция между остальными данными была слабой.

На фоне невыраженной агрессивности по мере увеличения длительности заболевания отмечено достоверное нарастание общего балла теста ГОСЖ (табл. 2). В данном случае исходить надо из того факта, что люди, болею-

щие в течение непродолжительного времени, произошедшее ухудшение здоровья сравнивают со здоровьем, а длительно болеющие — с патологическим состоянием, бывшем ранее.

Сходную картину наблюдали и при изучении отдельных шкал теста, но при этом достоверность различия показателей в зависимости от стадии заболевания отмечена только для шкалы «G: Ревматический фактор» (отражающей субъективные страдания человека, которые носят алгический и/или спастический характер), а в зависимости от его длительности — по всем шкалам.

Подобным же образом оцениваются пациентами субъективные болевые ощущения по опроснику Мак-Гилла (табл. 3). При изучении корреляции болевых ощущений отмечена умеренная положительная корреляция между данными групп В и II ( $r = 0,36$ ). Корреляция между остальными данными была слабой.

Выявлено различие в характеристиках боли в зависимости от стадии и длительности заболевания. Так, если пациенты, в основном, расценивали свою боль как острую и режущую на стадии В в 25,0 и 10,71 % случаев, соответственно, а на стадии С — в 33,33 и 33,33 %, то при длительности заболевания 4–7 лет — в 14,29 и 0 %, более 7 лет — в 27,59 и 20,69 % случаев.

Таблица 2

**Показатели шкал Гиссенского опросника соматических жалоб  
у больных ВИЧ-инфекцией на фоне АРВТ**

Шкала теста	Стадия заболевания		Длительность заболевания, лет	
	В (n=27)	С (n=9)	4–7 (n=7), группа I	более 7 (n=29), группа II
Е: Истощение	28,5±14,9	12,67±5,25	5,4±2,08	35,67±16,55**
М: Желудочные жалобы	11,83±7,13	7,5±3,09	2,83±1,23	16,33±6,92**
С: Ревматический фактор	26,83±6,97	10,0±1,62*	3,33±1,08	28,67±7,93**
Н: Сердечные жалобы	10,0±1,62	6,33±2,71	2,67±1,27	15,17±9,44*
Общий балл	19,58±5,06	9,12±1,66*	3,48±0,69	23,96±5,51**

\* Достоверность различия между данными групп В и С,  $p < 0,05$ \*\* Достоверность различия между данными групп I и II,  $p < 0,05$ 

Примечание. Нормативы для отдельных шкал не предусмотрены

Таблица 3

## Показатели субшкал опросника Мак-Гилла у больных ВИЧ-инфекцией на фоне АРВТ

Субшкала	Стадия заболевания		Длительность заболевания, лет	
	В (n=27)	С (n=9)	4-7 (n=7), группа I	более 7 (n=29), группа II
Сенсорная	5,66±1,18	5,12±1,61	2,33±0,77	7,31±1,38**
Аффективная	7,43±3,55	4,5±2,37	2,25±1,52	9,43±5,23**
Оценочная	7,67±17,97	3,67±1,43	3,0±12,7	9,0±12,9
Смешанная	13,0±4,1	4,71±1,31*	4,0±1,17	14,07±3,66**
Индекс оценивания боли	7,85±1,49	4,81±0,91*	3,04±0,61	9,34±1,58**
Общее число выбранных слов для описания своего состояния	3,16±0,49	2,6±0,51	1,92±0,52	3,35±0,53**

\* Достоверность различия между данными групп В и С,  $p < 0,05$

\*\* Достоверность различия между данными групп I и II,  $p < 0,05$

Так, если пациенты, в основном, расценивали свою боль как острую и режущую на стадии В в 25,0 и 10,71 % случаев, соответственно, а на стадии С — в 33,33 и 33,33 %, то при длительности заболевания 4–7 лет — в 14,29 и 0 %, более 7 лет — в 27,59 и 20,69 % случаев.

Тупой и ноющей свою боль считали на стадии В — 17,86 и 28,57 % пациентов, соответственно, на стадии С — раскалывающей (33,33 %). В группе I тупой свою боль называли 42,86 % пациентов, в группе II боль называли ноющей и раскалывающей 24,14 и 15,24 %, соответственно.

В основном, боль утомляла и изматывала пациентов в группе В — по 39,9 %, С — по 22,22 %, в группе I — 42,86 %, в группе II — 34,48 и 48,28 %, соответственно; при этом вызывала чувство тревоги: В — 57,14 %, С — 44,44 %, I — 57,14 %, II — 51,72 %; угнетала, раздражала: В — 28,57 и 25,0 %, С — 33,33 и 22,22 %, II — 37,93 и 20,69 %, соответственно; обессиливала: В — 57,14 %, С — 77,78 %, II — 72,41 %, соответственно.

Если по интенсивности на стадии В свою боль считали умеренной 35,71 % пациентов, сильной — 28,57 %, слабой — 17,86 %, невыносимой — 10,71 %, то на стадии С — в основном, умеренной — 44,44 %; остальные характеристики набрали по 11,11 %.

При длительности заболевания 4–7 лет боль, в основном, расценивали как слабую 42,86 % и как сильную — 28,57 %; при длительности более 7 лет — как умеренную — 48,28 % и как сильную — 20,69 %.

Один пациент на стадии С при длительности заболевания более 7 лет боль не отметил вообще.

Выявлена слабая положительная корреляция показателей агрессивности в группе В с соответствующими показателями ГОСЖ и опросника

Мак-Гилла ( $r = 0,24$  и  $r = 0,09$ , соответственно), в группе С ( $r = 0,29$  и  $r = 0,08$ , соответственно), в группе I ( $r = 0,12$  и  $r = 0,04$ , соответственно), в группе II ( $r = 0,29$  и  $r = 0,15$  соответственно).

## Выводы

Известно, что среди психологических и социальных влияний основную роль играет отношение пациента к собственному заболеванию, а также семантика диагноза (опасность для жизни, с которой он ассоциируется). В случае ВИЧ-инфекции существенным для пациентов является также наличие ограничений, обусловленных соматическими страданиями, в бытовой активности, профессиональной деятельности, снижающих качество жизни и вызывающих аффективные нарушения, которые, в свою очередь, могут утяжелить и осложнить течение основного заболевания. Однако вопрос о том, что именно определяет склонность конкретного человека к соматизации аффективных переживаний, остается дискуссионным.

В проведенном нами исследовании показано, что показатели агрессивности у больных ВИЧ-инфекцией на фоне АРВТ невысоки и более связаны с длительностью заболевания, чем с его стадией.

С другой стороны, есть мнение, что личностными свойствами, связанными с агрессивными реакциями, являются эмоциональная неустойчивость, прямолинейность, фрустрированность [19]. Однако в проведенном нами исследовании [20] уровень социальной фрустрированности пациентов с ВИЧ-инфекцией был определен как пониженный, что согласуется с мнением других исследователей [21] о неагрессивности данной категории больных. Вероятной представляется мысль о развитии у больных толерантности к своему теперешнему состоянию.

Считается, что психодинамические черты (психотизм, экстраверсия, нейротизм) также вносят вклад в агрессивность [22]. При ВИЧ-инфекции отмечено, что по мере прогрессирования и увеличения длительности заболевания вне зависимости от получения АРВТ характерологический вектор достоверно смещался в сторону интроверсии [23], что обусловлено развитием психоорганических нарушений.

На этом фоне у пациентов отмечено нарастание болевого синдрома в динамике хронического заболевания, который носит истощающий характер и по показаниям купируется ненаркотическими анальгетиками. Полагаем, что влияние тех или иных схем АРВТ на болевой синдром оценить маловероятно, так как сами по себе эти препараты обезболивающим эффектом не обладают, а схемы составляются по принципу наибольшей клинической, иммунной, противовирусной эффективности. Однако клиническая переносимость препаратов больными различна, а в качестве нежелательных (токсических) эффектов могут быть и болевые ощущения. Эта проблема требует дальнейшего изучения. Вместе с тем, известно, что депрессивное состоя-

ние способно вызывать стойкие идиопатические алгии [24], что требует консультации профильного специалиста. Ранее проведенными нами исследованиями показано нарастание показателей депрессии в динамике ВИЧ-инфекции [25].

Здесь важно отметить случаи позднего назначения больным АРВТ, что было обусловлено неготовностью пациентов к проведению специфической терапии, — несмотря на наличие клинических и лабораторных показаний и своевременного предложения со стороны лечащего врача начать лечение («субъективный стандарт информирования»). В связи с этим, анализ всех факторов, которые влияют на принятие и соблюдение пациентом режима лечения, а также выработку комплайенса и психосоциальной адаптации к имеющемуся заболеванию, необходимо проводить с позиций индивидуального подхода к больным на всех этапах психосоциального сопровождения (психологического консультирования, психологической коррекции), так как известно, что при недостаточном соблюдении режима лечения возрастает риск неблагоприятных клинических исходов [26–28].

## Литература

1. *Саблина Н. А.* Поведенческие проявления агрессивности в подростковом возрасте и возможности их преодоления: Автореф. дис. канд. психол. наук. Ставрополь, 2004.
2. *Жарновецкая Н. Ю.* Возрастно-половые особенности восприятия агрессивности: Автореф. дис. канд. психол. наук. СПб., 2006.
3. *Василенко Н. Н.* Социализация молодежи в условиях социокультурного кризиса: Автореф. дис. канд. социол. наук. Ростов н/Д, 2004.
4. *Берковиц Л.* Агрессия: причины, последствия, контроль. М.: Прайм-Еврознак, 2007.
5. *Lore R. K., Schultz L. A.* Control of human aggression: A comparative perspective // *Amer. Psychol.* 1993. Vol. 48. № 1. P. 16–25.
6. *Fontaine R. G.* Disentangling the psychology and law of instrumental and reactive subtypes of aggression // *Psychol. Publ. Policy Law.* 2007. Vol. 13. № 2. P. 143–165.
7. *Фромм Э.* Анатомия человеческой деструктивности. М.: Республика, 1994.
8. *Ильин Е. П.* Мотивация и мотивы. СПб.: Питер, 2008.
9. *Margalit V. A., Mauger P. A.* Cross-cultural demonstration of orthogonality of assertiveness and aggressiveness: Comparison between Israel and the United States // *J. Personal. Soc. Psychol.* 1984. Vol. 46. № 6. P. 1414–1421.
10. *Амон Г.* Динамическая психиатрия. СПб.: Психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева, 1995.
11. *Ромек В. Г.* Уверенность в себе: этический аспект // *Журн. практич. психолога.* 1999. № 9. С. 3–14.
12. *Адлер А.* Понять природу человека. СПб.: Акад. проект, 2000.
13. *Пряжников Н. С.* Психология элитарности. М.: МПСИ, 2000.
14. *Ткаченко Т. Н., Фишман Б. Б., Фоменко Л. А., Леонтьева Е. П.* Характеристика психического статуса и поведенческих реакций у ВИЧ-инфицированных пациентов // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.* 2010. Т. 2. № 1. С. 65–69.
15. *Бартлетт Дж., Галлант Дж., Фам П.* Клинические аспекты ВИЧ-инфекции 2012. М.: Р. Валент, 2012.
16. *Коровина Г. И., Фомин Ю. А., Додонов К. Н. и др.* Оптимизация схем лечения ВИЧ-инфекции с учетом данных по лекарственной устойчивости // *Terra Medica Nova. Лаб. диагностика.* 2003. № 2. С. 14–16.
17. *Совет Европы.* Конвенция о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных. (2-е изд.). СПб.: Гражданский контроль, 2002.
18. *Юнкеров В. И., Григорьев С. Г.* Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. СПб.: ВМА, 2006.
19. *Ярмоленко Г. П.* Проявление агрессивности и враждебности в межличностном взаимодействии (на примере студенческой молодежи): Автореф. дис. канд. психол. наук. СПб., 2004.
20. *Улюкин И. М.* Социальная фрустрированность больных ВИЧ-инфекцией // *Нейроиммунология.* 2003. Т. 1. № 2. С. 149.

21. *Беляева В. В.* Агрессивное поведение больных, инфицированных вирусом иммунодефицита человека // Эпидемиол. инфекц. болезни. 2000. № 1. С. 40–43.
22. *Шестакова Е. Г.* Агрессивность в структуре личности: интегративный подход: Автореф. дис. канд. психол. наук. Пермь, 2011.
23. *Улюкин И. М.* Типологические и характерологические особенности больных ВИЧ-инфекцией в динамике заболевания // Медлайн-Экспресс. 2004. № 11–12. С. 7–9.
24. *Смулевич А. Б.* Клиника и систематика депрессий у соматических больных // Совр. психиатрия им. П. Б. Ганнушкина. 1998. № 2. С. 4–9.
25. *Улюкин И. М., Чикова Р. С.* Уровень качества жизни больных ВИЧ-инфекцией и его зависимость от психологических показателей // Вестн. СПбГУ. Сер. 11. 2006. Вып. 3. С. 30–38.
26. *Garcia de Olalla P., Knobel H., Carmona A. et al.* Impact of adherence and HAART on survival in HIV-infected patients // J. AIDS. 2002. Vol. 30. № 1. P. 105–110.
27. *Wood E., Hogg R. S., Yip B. et al.* The impact of adherence on CD4 cell count responses among HIV-infected patients // J. AIDS. 2004. Vol. 35. № 3. P. 261–268.
28. *Glass T. R., De Geest S., Weber R. et al.* Correlates of Self-Reported Nonadherence to Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Patients: The Swiss HIV Cohort Study // J. AIDS. 2006. Vol. 41. № 3. P. 385–392.

*I. M. Ulyukin<sup>1</sup>, K. N. Dodonov<sup>2</sup>, M. S. Miloyenko<sup>2</sup>, Yu. I. Bulankov<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Military Medical Academy named after S. M. Kirov, St. Petersburg

<sup>2</sup>Federal infectious diseases clinical hospital, St. Petersburg

### **Aggressivity in relationship of HIV affected patients on advanced stages of disease**

The interrelation of aggressiveness and somatic complaints in 37 HIV affected patients at different stages and with different duration of the disease on a background of antiretroviral therapy was studied. The possible influence on the aggressiveness of other personal factors (depression, frustration, extraversion), which may affect adherence to therapy is discussed.

**Key words:** *HIV-infection, highly active antiretroviral therapy, aggressivity, somatic complaints, pain*

## **Приглашаем Вас принять участие в конференции**

**«РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ В УРОЛОГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ»**

**30 ноября 2012 г. (пятница) 9.00–17.30.** Место проведения: Санкт-Петербург, Sokos Hotel Olympia Garden (ст. метро «Технологический институт», Батайский пер., 3А)

### **Основные программные вопросы:**

- Рациональная фармакотерапия (РФ) госпитальной инфекции (в том числе анаэробной, грибковой, туберкулёза, микст-инфекций) в практике врача-уролога и гинеколога;
- РФ инфекций, передающихся половым путём;
- РФ доброкачественных новообразований, дисгормональных, метаболических, сосудистых и предраковых заболеваний в урологии и гинекологии (аденома предстательной железы, миома матки, генитальный эндометриоз, остеопороз в постменопаузе и др.);
- РФ мочекаменной болезни;
- РФ злокачественных новообразований (рак предстательной железы, почек, мочевого пузыря, яичка, рак шейки и тела матки, яичников);
- Рациональная антибактериальная, противовирусная, противоопухолевая и иммунотерапия, гормональная терапия в урологии и гинекологии;
- Персонализированная терапия в урологии и гинекологии.

Вход свободный.

За дополнительной информацией обращаться в Оргкомитет конференции:

ООО «ДискавериМед», Издательский дом «Терра Медика»

Елена Викторовна Прижевойт: тел./ф. (812) 274-08-62, 327-76-22

e-mail: [expo@discoverymed.ru](mailto:expo@discoverymed.ru) <http://www.terramedica.spb.ru>