

А. В. Говоров, А. О. Васильев, Д. Ю. Пушкарь

# РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

---

Пособие для пациентов



Научно-исследовательский институт организации  
здравоохранения и медицинского менеджмента  
Департамента здравоохранения  
города Москвы

А. В. Говоров, А. О. Васильев, Д. Ю. Пушкарь

# **РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Пособие для пациентов

Москва, 2023

**УДК 616-006.6**

**ББК 56.9**

**Р19**

**Организации-разработчики:**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени С. П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы»;

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени С. И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы»;

Кафедра урологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы».

**Р19 Рак предстательной железы: пособие для пациентов / А. В. Говоров, А. О. Васильев, Д. Ю. Пушкарь. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – 16 с.: ил.**

*Информация, содержащаяся в данном пособии, является ознакомительной и не может заменить личной беседы с врачом. При возникновении любых вопросов вам следует незамедлительно обратиться к квалифицированному специалисту.*

*Данное пособие содержит общую информацию о раке предстательной железы, диагностике, а также существующих вариантах лечения. Содержание данного пособия соответствует рекомендациям Российского общества урологов и Ассоциации онкологов России.*

УДК 616-006.6

ББК 56.9

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2023  
© Говоров А. В., Васильев А. О., Пушкарь Д. Ю., 2023

# СОДЕРЖАНИЕ

---

Актуальность .....	4
Факторы, влияющие на развитие рака .....	5
Симптомы.....	6
Диагностика.....	6
Лечение .....	10
Малый таз до и после простатэктомии .....	12
Лечение рецидивов .....	15

## АКТУАЛЬНОСТЬ

Ежегодно онкологические заболевания выявляются впервые у 9 млн человек во всем мире и являются причиной смерти около 5 млн человек в год. Это вторая причина смертности после сердечно-сосудистых заболеваний в развитых странах и общая причина 10 % всех случаев смерти в мире. Рак предстательной железы (РПЖ) – одно из наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований у мужчин среднего и пожилого возраста. Специалисты по всему миру отмечают ежегодный прирост показателя заболеваемости РПЖ. В структуре онкологических заболеваний РПЖ на протяжении долгого периода времени прочно занимает лидирующие позиции, является вторым наиболее часто диагностируемым раком у мужчин после рака легких и занимает пятое место среди ведущих причин смерти во всем мире.

В настоящее время в России и во многих других странах наметилась стойкая тенденция к увеличению числа больных РПЖ. Популяризация знаний об этом заболевании и прогрессивное развитие методов ранней диагностики позволили значительно увеличить выявляемость злокачественного новообразования простаты на ранних стадиях, когда лечение может быть максимально эффективным.

При подробном анализе распространенности РПЖ в России выясняется, что почти у половины больных заболевание впервые выявляется на поздних стадиях, что затрудняет лечение и снижает его эффективность.

Столь широкое распространение РПЖ ставит его в ряд наиболее важных социальных проблем современности. Болезнь редко развивается раньше 40 лет, но чаще выявляется с каждым последующим десятилетием жизни. По данным специалистов, никак себя не проявляющие очаги злокачественного перерождения предстательной железы выявляются у 15–30% мужчин старше 50 лет и у 80% мужчин старше 80 лет. С учетом столь широкого распространения рака простаты в преклонном возрасте было введено даже понятие «клинически незначимый рак». Такое определение правомочно в том случае, когда характеристика опухоли (распространенность, степень злокачественности и т.д.) позволяет с высокой вероятностью предположить, что этот процесс не будет представлять угрозу для жизни. Рак простаты с низкой степенью злокачественности характеризуется медленным ростом, а существующие прогностические калькуляторы (с учетом возраста, объема поражения, степени злокачественности и многих других параметров) позволяют рассчитать вероятность 5- и 10-летней выживаемости.

мости. Следует понимать, что заключение о клинической значимости РПЖ может высказать только квалифицированный врач.

Известно, что при наличии РПЖ у близкого родственника риск заболеть повышается в 2–3 раза. В таких случаях профилактические ежегодные осмотры, которые в стандартной ситуации рекомендуется проводить мужчинам начиная с 45 лет, следует начать с 40 лет.

На ранних стадиях РПЖ практически никак себя не проявляет и часто является случайной находкой в результате профилактического (скринингового) обследования.

**На начальных стадиях заболевания, когда возможности эффективного лечения максимальны, большинство пациентов не испытывают никаких расстройств, не предъявляют никаких жалоб. Не пропустить начало заболевания помогают только ежегодные профилактические осмотры.**

## **ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ РАКА**

Причины развития РПЖ, как и большинства других видов рака, точно не установлены. Тем не менее для злокачественного поражения предстательной железы доказаны некоторые факторы риска, такие как возраст, расовая принадлежность, наследственность. Наследственно обусловленный РПЖ нередко манифестирует у мужчин моложе 55 лет и имеет более агрессивное течение. Поскольку клинически значимый РПЖ чаще поражает мужчин в возрасте от 50 до 65 лет и именно у них протекает более злокачественно, эти пациенты являются кандидатами для обязательного ежегодного скринингового осмотра (профилактического обследования).

Факторы окружающей среды, особенно различия в диете, также играют определенную роль в развитии РПЖ. Высокое содержание в пище жиров животного происхождения является доказанным отрицательным фактором прогноза. В то же время было доказано, что азиатская диета, богатая соей, морепродуктами, рисом, грибами шиитаке, рыбой и зеленым чаем, оказывает некоторый защитный эффект и предотвращает развитие РПЖ. Показатели заболеваемости РПЖ в странах Юго-Восточной Азии существенно ниже, чем американские и европейские.

## СИМПТОМЫ

Как уже было отмечено ранее, РПЖ может никак себя не проявлять и, как правило, протекает бессимптомно. В большинстве случаев имеющиеся симптомы могут указывать на гиперплазию простаты. Если рак простаты вызывает симптомы, то это может указывать на прогрессирование заболевания, именно поэтому очень важно своевременно обращаться к врачу.

## ДИАГНОСТИКА

С учетом того, что на начальной стадии РПЖ не имеет выраженной клинической симптоматики, диагностика может быть крайне затруднена. Признаки нарушения оттока мочи или появление болей в костях могут свидетельствовать о распространенности процесса. Такие симптомы могут указывать на запущенный РПЖ.

Появление анализа крови на простат-специфический антигена (ПСА) в 1980-х годах привело к революции в ранней диагностике РПЖ. ПСА – белок, который выделяется предстательной железой и может определяться в крови в различных концентрациях. Условной границей нормы считается значение 4 нг/мл, но многие ведущие урологические клиники мира в последние годы склонны уменьшать ее до 2,5 нг/мл, вводя дополнительные понижающие коэффициенты для более молодых мужчин.

**Уровень общего ПСА должен определяться у любого мужчины ежегодно начиная с 45 лет (а при наличии в анамнезе рака простаты у близких родственников по отцовской линии – с 40 лет).**

Тревожным может являться не только абсолютное значение ПСА, но и высокие темпы его прироста (более 0,75 нг/мл в год). Повышение уровня ПСА – не всегда доказательство наличия рака простаты. Чувствительность этого онкомаркера более 95%, а специфичность составляет около 75%. Т.е. зачастую повышение ПСА связано с другими причинами – наличием аденомы простаты, хроническим воспалением в предстательной железе и т.д. Так, уровень сывороточного ПСА может увеличиваться при различных манипуляциях с предстательной железой: массаж простаты, биопсия простаты, воспаление простаты и даже после эякуляции накануне исследования. Повышение уровня ПСА в любом случае является основанием для повторной сдачи анализа через 2–3 недели после тщательной подготовки и исключения описанных выше факторов, влияющих на достовер-



ность анализа. Если повторное определение уровня ПСА вновь фиксирует повышение этого показателя – следует прибегнуть к более тщательному обследованию.

Если уровень общего ПСА находится в пределах так называемой «серой зоны» – т.е. превышает возрастную норму, но составляет не более 10 нг/мл, могут быть использованы дополнительные уточняющие тесты. Лабораторная диагностика РПЖ включает множество анализов, список которых с каждым годом увеличивается. К наиболее популярным, доказавшим свою прогностическую значимость тестам относятся определение соотношения свободный / общий ПСА, плотность ПСА, индекс здоровья простаты и ПСА3. В отдельных случаях помочь разобраться в ситуации может магнитно-резонансная томография (МРТ) с контрастным усилением. Специальная система оценки, используемая для интерпретации данных МРТ – Pi-RADS, позволяет в баллах от 1 до 5 оценить вероятность наличия РПЖ.

В диагностике РПЖ одним из современных методов лучевой диагностики является метод позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с КТ (ПЭТ/КТ), с использованием радиофармпрепаратов, способных выявить в организме простат-специфический мембранный антиген (ПСМА).

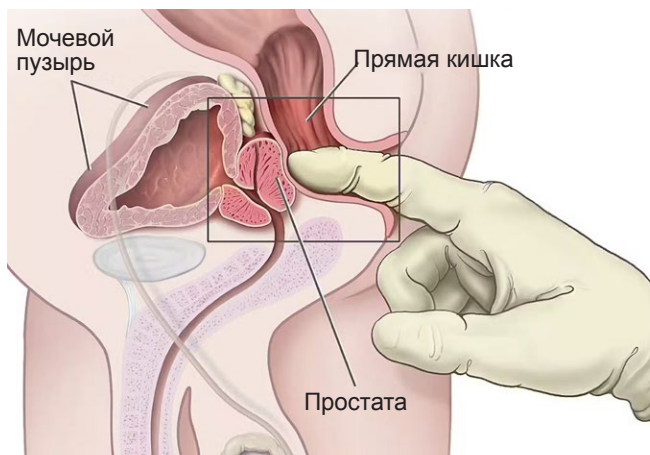
**ПСМА – это белок, находящийся на поверхности клеток предстательной железы. Также этот белок находится на поверхности клеток первичной злокачественной опухоли и метастазов рака простаты. При трансформации нормальных клеток предстательной железы в злокачественные происходит выраженное увеличение концентрации ПСМА.**

Препараты, меченные радиоактивными изотопами, вводятся внутривенно, накапливаются в атипичных клетках-мишенях и делают границы опухоли и ее возможных метастазов видимыми при сканировании.

Несмотря на то, что мы указываем в данном пособии многие методы дополнительного обследования, следует помнить, что выбор необходимых диагностических тестов – задача вашего врача.

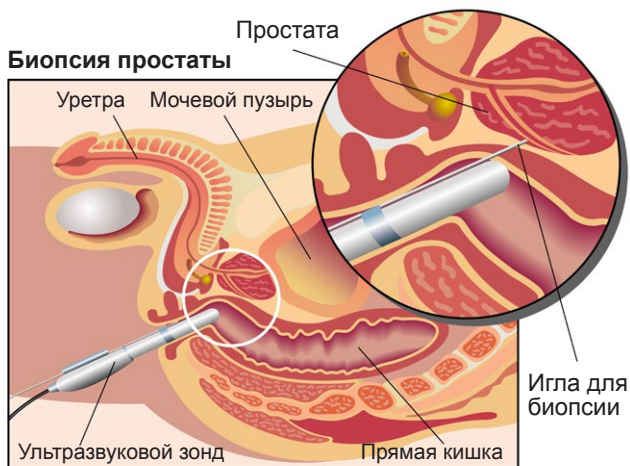
«Золотой стандарт» диагностики РПЖ – комбинация пальцевого ректального исследования (ПРИ) и анализа крови на содержание ПСА. При выявлении изменений того и/или иного показателя выполняется мультифокальная биопсия под контролем ультразвукового исследования. Это непродолжительная и практически безболезненная манипуляция, в ходе которой специальным автоматическим устройством, введенным с ультра-

звуковым датчиком в прямую кишку, выполняется забор фрагментов ткани простаты для гистологического исследования.



#### Пальцевое ректальное исследование

Пальцевое ректальное исследование позволяет врачу оценить размер, форму и консистенцию предстательной железы.



#### Биопсия предстательной железы

Обычно биопсия проводится амбулаторно (не требует госпитализации) и подразумевает взятие не менее 12 фрагментов ткани предстательной железы. Часто выполняется прицельная («фьюжн») биопсия простаты. В отдельных случаях (большой объем предстательной железы, повторная биопсия и т.д.) может проводиться биопсия из большого количества вколов, в т.ч. промежностным доступом.

После получения данных гистологического исследования определяется характеристика опухоли, а именно степень ее злокачественности. От этого зависит прогноз и течение заболевания, а также выбор тактики лечения. Значение имеют и локализация опухоли в предстательной железе, и процент опухолевой ткани в биоптате, и, конечно, вероятность прорастания опухоли за границу предстательной железы. Гистологическая градация осуществляется по шкале Глисона. Чем выше сумма Глисона, тем хуже прогноз.

Также в диагностике РПЖ по показаниям применяется сканирование костей скелета (позволяет исключить наличие костных метастазов при метастазировании), МРТ малого таза с контрастированием (дает дополнительную информацию о локализации опухоли в простате и возможном распространении опухоли за ее пределы, а также о состоянии регионарных лимфатических узлов). Ультразвуковое исследование позволяет определить размер и форму предстательной железы.

Компьютерная томография имеет ограниченную ценность в диагностике РПЖ и обычно применяется при наличии противопоказаний к выполнению МРТ. Конечной задачей обследования является установка стадии заболевания. Ни один из методов диагностики, существующих в настоящее время, не способен сам по себе точно определить стадию рака предстательной железы. Лишь совокупность всех данных позволяет правильно стадировать заболевание.

Степень злокачественности опухолевого процесса – одна из самых главных прогностических характеристик. Любая злокачественная опухоль имеет определенные показатели злокачественности. В зависимости от используемых классификаций говорят либо о «низкодифференцированных» и «высоккодифференцированных» опухолях, либо используют специальные шкалы. Для классификации применяется шкала Глисона. Уровень злокачественности по этой шкале варьируется от 6 до 10, где 6 – наименьшая степень злокачественности («высоккодифференцированный рак»), а 10 – наибольшая степень («низкодифференцированный» рак). Прогноз течения заболевания при балле Глисона, равном 6, – относительно благоприятный. Скорее всего, опухоль будет медленно развиваться и прогрессировать. Прогноз при балле 9 или 10 – совершенно противоположный. Следует помнить, что, несмотря на высокую прогностическую значимость, балл Глисона – не единственный критерий определения активности процесса. Значение имеет уровень ПСА, возраст пациента и многие другие характеристики.

## ЛЕЧЕНИЕ

В этом разделе описываются способы лечения РПЖ, но нужно учитывать, что способ лечения всегда подбирается индивидуально, т. к. у каждого вида лечения есть свои преимущества и недостатки.

Вид лечения может зависеть от следующих факторов:

- характеристика опухоли;
- анамнез пациента (наличие заболеваний, отягчающих течение основного заболевания);
- возраст пациента;
- оснащение клиники;
- личные пожелания и ожидания пациента;
- возможность поддержки лечащего врача 24/7.

Широкое внедрение программ скрининга рака простаты, основанных на ПРИ и ПСА, привело к увеличению числа случаев выявления локализованных форм РПЖ, причем задолго до его клинических проявлений (опухоль, ограниченная капсулой простаты и не распространяющаяся за ее пределы). Именно на этой, начальной стадии заболевания удается добиться наилучших результатов лечения РПЖ. Если опухоль вышла за пределы предстательной железы (местнораспространенный рак простаты) или имеет отдаленные метастазы (распространенный или метастатический РПЖ), то эффективность лечения существенно ниже. Это не значит, что с РПЖ невозможно бороться на более продвинутых стадиях заболевания. Современные успехи в гормональной и химиотерапии РПЖ позволяют надеяться на успех терапии практически на любой стадии заболевания, но радикальное излечение от рака более вероятно именно на начальной стадии его развития.

На сегодняшний день существуют различные варианты лечения локализованного РПЖ. В отдельных случаях используется тактика динамического или активного наблюдения, при котором пациент находится под постоянным наблюдением специалиста.

Основными методами лечения остаются радикальная простатэктомия, дистанционная лучевая терапия и брахитерапия (внутриканальное облучение предстательной железы с/без внедрения в ткань радиоактивных зерен).

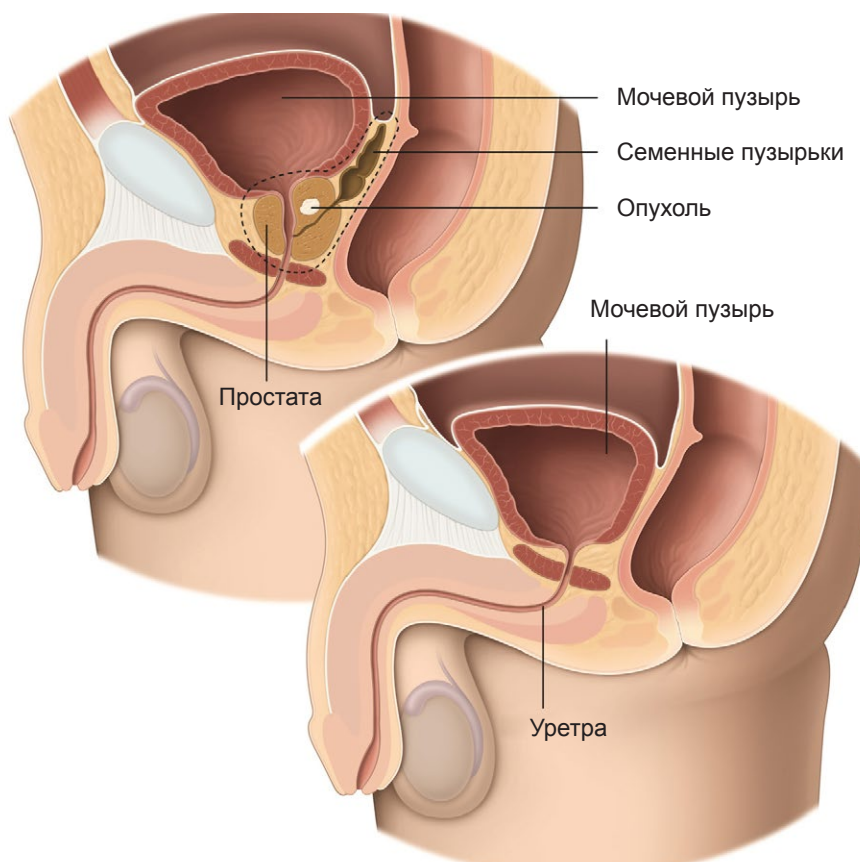
Также существуют альтернативные методики – криоабляция («замораживание» ткани простаты) и абляция простаты высокоинтенсивным сфокусированным ультразвуком (методика «нагрева» ткани простаты).

**Возраст больного – один из ключевых, но не основных, показателей при выборе оптимальной тактики лечения.**

Подход к лечению больных РПЖ должен быть сугубо индивидуальным. Максимально радикальное лечение – хирургическое (радикальная простатэктомия) подразумевает полное удаление простаты единым блоком с семенными пузырьками. Если эта операция выполнена вовремя, с соблюдением всех онкологических принципов и по показаниям, то она позволяет полностью избавить больного от злокачественной опухоли и обеспечивает хороший прогноз для жизни. После успешно выполненной операции никакого дополнительного онкологического лечения не требуется. Существует несколько методик выполнения операции – открытое вмешательство, в ходе которого радикальная простатэктомия осуществляется через разрез в надлонной области, лапароскопическая простатэктомия и роботическая простатэктомия, при которой используется высокотехнологичный роботический комплекс ДаВинчи.

Независимо от выбранной методики идея операции остается неизменной – выделение простаты без повреждения капсулы, отсечение ее от мочевого пузыря и мочеиспускательного канала и наложение анастомоза (соединения) между шейкой мочевого пузыря и мочеиспускательным каналом. При необходимости выполняется удаление регионарных лимфатических узлов – зоны потенциального регионарного метастазирования РПЖ. Такая операция может быть рекомендована пациентам с ожидаемой продолжительностью жизни не менее 10–15 лет без тяжелых сопутствующих заболеваний. Несмотря на сопоставимые онкологические результаты, темпы восстановления после операции, сроки медицинской и социальной реабилитации больных во многом зависят именно от выбранной оперативной методики.

**Наилучший функциональный результат (сохранение удержания мочи и эректильной функции) и быстрая реабилитация ассоциированы с робот-ассистированными операциями.**



## МАЛЫЙ ТАЗ ДО И ПОСЛЕ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Несмотря на хорошие результаты радикальной операции, как и любое другое хирургическое вмешательство, она имеет ряд нежелательных последствий, наиболее часто обсуждаемыми из которых является недержание мочи и эректильная дисфункция. Частота негативных последствий меньше ассоциирована с методикой выполнения операции, но определенно зависит от опыта хирурга и индивидуальных особенностей пациента. Несомненно, даже при развитии подобных проблем существуют способы борьбы с ними, но самый оптимальный – профилактика их возникновения. Основополагающим элементом является определение показаний к операции, принципы которых описаны ранее. Второй по значимости фактор –

соблюдение техники операции, имеющей много тонкостей и особенностей. Так, в зависимости от стадии процесса, локализации опухоли в простате и исходного уровня сексуальной активности, у части больных операция может быть выполнена с сохранением нервов, ответственных за эректильную функцию. Некоторым пациентам нервосберегающая операция не показана – это продиктовано характеристикой опухоли и необходимостью соблюдения определенных онкологических принципов.

Гормональная и химиотерапия в настоящее время чаще применяется для пациентов с распространенным онкологическим поражением. Причем в таких случаях хороший результат может дать комбинированное лечение – сочетание медикаментозной и дистанционной лучевой терапии.

Лучевая терапия уже многие десятилетия используется для лечения онкологических заболеваний. За счет поражающего радиоактивного излучения опухолевые клетки теряют свою репродуктивную активность. Радиоактивное излучение проникает глубоко в ткани. Обычно подбирается индивидуальная доза облучения, зависящая от клинической стадии болезни.

Гормональная терапия – один из стандартов нехирургического лечения распространенного РПЖ. Зачастую назначается в комбинации с лучевой терапией. Простата – гормонально-чувствительный орган, биохимические процессы в котором зависят от уровня тестостерона. Устранение влияния тестостерона на ткань простаты позволяет добиться гибели гормоночувствительных клеток, присутствующих в раковой опухоли. Основным органом, продуцирующим тестостерон, – это яички. Удаление яичек – орхэктомия, долгие годы являвшаяся самым простым и распространенным способом устранения влияния тестостерона на РПЖ, в настоящее время почти не используется, уступив место медикаментозной кастрации. Химическая или медикаментозная кастрация – метод лечения, в ходе которого назначение специфических лекарственных препаратов позволяет снизить уровень тестостерона до кастрационного уровня без удаления яичек.

Наряду с дистанционным лучевым воздействием в лечении локализованного РПЖ используется интерстициальная лучевая терапия или брахитерапия. Источники излучения, введенные непосредственно в опухоль, обеспечивают более локальное воздействие, в ходе которого окружающие органы и ткани лучевой нагрузки не получают. Опыт подобного лечения в отдельных странах насчитывает более 20 лет. Брахитерапия применима у пациентов с относительно небольшими размерами простаты, сохраненным качеством мочеиспускания, невысокими значениями ПСА и обеспечивает хорошие результаты лечения.



Криотерапия представляет собой абляцию ткани путем локального воздействия очень низкой температуры и также показана пациентам с локализованным РПЖ. Техника ее выполнения позволяет посредством введения в простату 12–20 криоигл добиться локального снижения температуры тканей ниже 40 ° Цельсия. При этой температуре целостность клеток нарушается и опухоль разрушается. В дальнейшем на этом месте происходит процесс формирования рубца. Ограничения при выборе пациентов для криоабляции простаты похожи на таковые при брахитерапии – большой объем простаты, выраженное нарушение качества мочеиспускания и выход опухоли за границы простаты. Неоспоримыми преимуществами криоабляции является малая травматичность операции, низкий процент осложнений и меньшее количество ограничений по возрасту и общему терапевтическому статусу пациента.

Абляция предстательной железы **высокоинтенсивным сфокусированным ультразвуком при помощи роботизированного комплекса «Focal One» (HIFU- терапия)** имеет неоспоримое преимущество среди альтернативных методов лечения РПЖ в силу отсутствия какой-либо инвазивности. В основе HIFU-терапии лежит воздействие ультразвуковых волн на ткань предстательной железы, приводящее к повреждению клеток за счет термического ( $\geq 65^{\circ}\text{C}$ ) и механического эффекта, а также эффекта кавитации. Эндополостной датчик, которым осуществляется ультразвуковая абляция предстательной железы, вводится через прямую кишку и не требует дополнительных инвазивных действий со стороны хирурга, что в значительной степени минимизирует степень риска инфекционных осложнений. Точное позиционирование ультразвуковых волн позволяет сохранить важные анатомические области, отвечающие за удержание мочи и сексуальную функцию.

После оперативного лечения проводят мониторинг уровня ПСА и, в ряде случаев, контрольную биопсию (по показаниям), остеосцинтиграфию, КТ (ПЭТ/КТ) или МРТ малого таза.

В настоящее время при выборе тактики лечения РПЖ учитываются степень дифференцировки и стадия опухоли, возраст пациента и его соматический статус. С внедрением в клиническую практику новых малоинвазивных методов лечения появилась возможность значительно улучшить качество жизни за счет минимизации количества осложнений (сохранение функции удержания мочи и эректильной функции), меньшего времени пребывания в стационаре и др.



**Важно помнить, что вопрос принятия решения о тактике лечения во многом зависит от выбора самого пациента и является результатом подробной беседы со специалистом, включающей тщательный анализ преимуществ и рисков того или иного метода лечения.**

## ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ

Иногда РПЖ может возвращаться.

После радикальной простатэктомии два последовательных показателя ПСА, равных 0,2 нг/мл или выше, являются критерием определения рецидива РПЖ; свидетельством биохимического рецидива после лучевой терапии считается повышение уровня ПСА более чем на 2 нг/мл относительно наиболее низкого стабильного значения.

Рецидив может появиться как в предстательной железе, так и в тканях вокруг нее, в лимфатических узлах и других частях организма. Последующее лечение зависит от того, где именно имеется рецидив. Для первичной диагностики врач назначает КТ/МРТ исследование, ПЭТ КТ или сцинтиграфию костей, чтобы найти очаг, определить его характеристики и определиться с дальнейшей тактикой лечения.

Если пациенту была проведена радикальная простатэктомия, и после этого уровень ПСА в крови повышается, это может быть признаком рецидива. В данном случае лечащий врач может предложить курс лучевой терапии. Если изначально пациент решил лечиться с помощью лучевой терапии, то в некоторых случаях врач предложит хирургическое лечение – «спасительную» радикальную простатэктомию.

Если до этого использовались альтернативные методы лечения, то стоит обсудить с лечащим врачом другой способ лечения.

**В любом случае вам необходимо помнить, что рак предстательной железы давно перестал быть «приговором» и является заболеванием, которое можно лечить, добиваясь хороших результатов и продлевая пациентам жизнь зачастую на долгие-долгие годы.**

В этой брошюре мы не преследовали цель дать вам исчерпывающие знания о принципах диагностики и лечения рака простаты – проблемы, которая является сложной и многогранной. Мы лишь пытались создать у вас представление о современных возможностях и убедить в наличии действенных методов лечения этого грозного заболевания.

Справочное издание

А. В. Говоров, А. О. Васильев, Д. Ю. Пушкарь

# РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Пособие для пациентов

*Корректор И. Д. Баринская  
Дизайнер-верстальщик А. В. Усанов*

Подписано в печать ???.?.2022.  
Формат 60 × 84/8.  
Усл. печ. л. 5,5.  
Тираж ?? экз. Заказ № ??.

ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»  
115088, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9  
Тел.: +7 (495) 530-12-89  
Электронная почта: [niiozmm@zdrav.mos.ru](mailto:niiozmm@zdrav.mos.ru)

**Сайт для пациентов**

[www.urology.moscow](http://www.urology.moscow)

**Телефоны горячей линии**

Клиника урологии МГМСУ имени А. И. Евдокимова

+7 495 974-94-52

Городская клиническая больница имени С. И. Спасокукоцкого ДЗМ

+7 495 197-77-77



Департамент  
здравоохранения  
города Москвы



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА

МОСКВА  
2023