

От редактора



Николай
Александрович
ГРИГОРЬЕВ

Д.м.н., профессор, руководитель урологической клиники АО «Европейский Медицинский Центр», Москва

Уважаемые коллеги!

Как обычно, незаметно пролетело лето и наступает пора красивой и интересной осени — время наших масштабных и самых главных профессиональных форумов. 14–16 сентября в Казани с большим успехом прошел очередной, XXIII конгресс Российского общества урологов, в котором приняли участие свыше 2 тысяч человек. Прекрасная организация, современные технические решения докладов и презентаций, интереснейшая насыщенная программа и, что особенно важно, очень высокий уровень представленных исследований — так можно тезисно охарактеризовать это мероприятие. Могу уверенно сказать, что каждый новый конгресс РОУ представляет собой огромный шаг вперед по всем направлениям. 28–29 сентября в Москве состоится еще одно знаковое событие — XVIII Международный конгресс Российского общества онкоурологов. Он, несомненно, станет не менее продуктивным — специалисты смогут в очередной раз извлечь для себя неоценимую пользу.

Мы в свою очередь постарались не отставать от общих тенденций, подготовив для вас очень интересные, на мой взгляд, материалы. В этом номере — интервью с главным урологом Минздрава РФ, академиком Дмитрием Юрьевичем Пушкарём о нынешнем состоянии отечественной урологии; статья обо всех нюансах столь банальной на первый взгляд процедуры, как цистоскопия, ее современных возможностях и перспективах. Есть публикации по важным аспектам малоинвазивного лечения мочекаменной болезни и профилактике инфекционно-воспалительных осложнений, обсуждение такого неоднозначного диагноза, как женский уретрит. Особенно хотелось бы выделить материал, которым с нами поделилась Полина Георгиевна Габай, известный адвокат и общественный деятель. В последние годы социальные сети дают все больше возможностей к самовыражению, и нередко врачи пользуются этим не совсем корректно, а иногда и незаконно. Все, что необходимо знать по этой теме, можно будет найти в текущем номере газеты.

Я хотел бы пожелать всем приятного и полезного чтения. Вся издательская команда понимает, что вы требовательны, прекрасно образованы и ждете от нас самой лучшей, свежей и ценной информации. Мы стараемся вас не разочаровывать.

Будьте здоровы и до скорой встречи!



ИНТЕРВЬЮ

Д.Ю. Пушкарёв: «Российскому урологу есть на что опереться»

Главный уролог Министерства здравоохранения России и Департамента здравоохранения г. Москвы, академик Дмитрий Юрьевич Пушкарёв — о том, каковы главные завоевания и основные проблемы отечественной урологии.



— Дмитрий Юрьевич, как бы вы сформулировали, что именно отличает отечественную урологию?

— Только что мы разговаривали об этом с молодыми сотрудниками. Сегодня старшему поколению как никогда безразлично, какой урологический мир оно оставляет своим ученикам. И, пожалуй, именно это юреним образом отличает нашу нынешнюю урологию от той, которая могла бы быть. Мы ее отстаивали.

Конечно, мы благодарны за все нашим учителям. Особенно хочу сказать о некоторых из них. В этом году юбилей академика Олега Борисовича Лорана — выдающегося специалиста, воспитавшего многих сегодняшних урологов и меня в том числе. Очень тесно работаем с профессорами Михаилом Иосифовичем Коганом, Владимиром Леонидовичем Медведевым. Это люди, которые во многом обеспечили неформальное отношение к специальности. Еще нужно назвать академика Всеволода Борисовича Матвеева, профессоров Александра Израилевича Неймарка, Алексея Георгиевича Мартова. Благодаря им нам есть что оставить молодым.

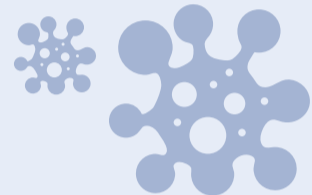
— Какую роль здесь сыграло вузовское образование?

— Безусловно, значительную. Но академическое образование, совершенствование системы знаний, Московская урологическая школа — все эти проекты стали возможными только благодаря нашим лидерам. Это очень важно.

Продолжение на с. 2 →

Новости

Треть мужского населения имеет генитальный папилломавирус



Последний глобальный обзор эпидемиологии генитального вируса папилломы человека (ВПЧ) у мужчин от 2011 г. включал данные изучения когорт с повышенным риском инфицирования возбудителем. Новое исследование по этой теме опубликовано в *The Lancet Global Health*.

Проведенные ранее работы показали, что большая часть сексуально активных лиц заражаются на протяжении жизни ВПЧ по крайней мере одного типа. Как известно, присутствие вируса может повышать риск рака полового члена, анального канала, полости рта и глотки.

Представленные на этот раз систематический обзор и метаанализ призваны дать оценку распространенности генитальной ВПЧ-инфекции среди мужского населения в целом. Основу составили сведения в базах данных Embase, Ovid MEDLINE и Global Index Medicus с 1995 по 2022 г.: 65 исследований (всего 44 769 мужчин) из 35 стран. Большинство работ выполнено с акцентом на группы риска — представителей ЛГБТ-сообщества, мужчин с ВИЧ или симптомами инфекций, передаваемых половым путем, а также женщин с ВПЧ-инфекцией или аномальной цитологической картиной шейки матки. Общая распространенность ВПЧ у мужчин на глобальном уровне была равной 31 % для любого типа и 21 % — для возбудителей высокого онкогенного риска. Чаще всего (как и у женщин) обнаруживались 16 (5 %) и 6 (4 %) типы. Наибольшая частота встречаемости ВПЧ была в возрастной подгруппе 25–29 лет, далее значения стабилизировались либо несколько снижались.

Результаты указывают на то, что сексуально активные мужчины независимо от возраста могут представлять собой важный резервуар генитальной ВПЧ-инфекции. Необходимо включать мужское население в стратегии профилактики для достижения ликвидации ВПЧ-ассоциированных заболеваний, в том числе рака шейки матки.

Источник: Bruni L., Albero G., Rowley J., et al. *Lancet Glob Health* 2023;11:e1345–62. doi: 10.1016/S2214109X(23)00305–4

Д.Ю. Пушкарь: «Российскому урологу есть на что опереться»

← Продолжение, начало на с. 1

— Ваша урологическая клиника стала первой в Москве, где была проведена роботическая операция...

— Да, это случилось в 2008 году. Пятнадцать лет прошло! Сегодня мы говорим, что роботическая программа — это 50 работающих в стране аппаратов. Вдумайтесь — просто гигантская программа. Если бы мне, стоявшему у истоков, сказали, что у нас будут столько роботических установок и такая колоссальная программа, я бы тогда не поверил.

Сегодня издаются монографии, учебники — недавно вышла книга «Робот-ассистированная урология». Это национальное руководство, которое мы написали с заведующим нашим онкоурологическим отделением, профессором Константином Борисовичем Колонтарёвым и доктором медицинских наук Игорем Владимировичем Семенякиным. Колоссальная победа, понимаете?! Однако что касается роботической программы, ни в коем случае нельзя допустить, чтобы она работала в одной-двух клиниках страны.

— Она должна быть во всех урологических стационарах?

— Да, во всех клиниках, которые занимаются онкоурологией, реконструктивной урологией, — во всех больших городах, что тоже важно.

— Сколько еще нужно таких роботических установок?

— На самом деле легко посчитать. У нас есть города-миллионники, есть города с населением больше полумиллиона; значит, 50–60 городов. Совсем скоро эта программа будет полноценно работать, и не только на территории европейской части России — и в Сибири, и на Дальнем Востоке России. Пациент сегодня получает квотированное лечение, возможность выполнить операцию по специальным муниципальным дотациям. Программа огромная, и до ее завершения еще очень далеко.

Такая же программа была по недержанию мочи в 1999 году. О.Б. Лоран первым в стране начал выполнять операции с сетчатыми протезами, со свободной синтетической петлей. Сейчас это стандартное вмешательство во всех урологических отделениях. Ведь в том и заключается прогресс, когда методикой владеет не кто-то один, а все — в соответствии с отработанной технологией.

И еще — лазерная программа. Когда-то мы ее внедрили, и сегодня она закреплена законодательно. «Порядок помощи урологическим больным» предусматривает наличие лазерной программы во всех урологических отделениях.

— Речь идет о лечении с помощью лазерных технологий?

— Конечно! Сегодня любой заведующий отделением может требовать у главного врача соответствующее оборудова-

ние — это называется систематизацией. И не может быть такого, когда один обладает чем-то отсутствующим у других. Такая позиция неправильна.

— Есть ли у вас как у главного уролога Минздрава какие-то сигналы о том, что главные врачи не всегда идут навстречу таким заведующим, которые приходят и говорят: «Мне нужно лазерное оборудование, нужен робот»?

— Конечно, есть. Но это нормально. Мы работаем с главврачами, я как главный специалист Москвы и Минздрава должен это делать. Далеко не каждый главврач обязан это понимать — просто надо объяснить.

— Объясняете?

— Обязательно! Причем надо понимать еще одну вещь: если мы говорим о нынешнем взаимодействии главного врача и заведующего отделением, это гораздо более продуктивный диалог, нежели раньше. Сегодня есть современные, образцовые главврачи, их очень много, и не только в Москве; мы их знаем и глубоко уважаем. Но главврачи бывают разные. Такой руководитель должен быть человеком большого таланта. Не понимающий тенденций развития отечественного здравоохранения главврач едва ли нужен.

— Как вы относитесь к тенденции образования однодневных стационаров?

— Весьма положительно. Скоро мне предстоит выступить на заседании Российского общества урологов с докладом о том, что лазерные технологии можно имплементировать в стационары кратковременного пребывания. Такая технология позволяет делать операцию утром и выписывать пациента вечером. Представляете, какая это разгрузка бюджета? Но если мы, урологи, его разгрузили, то можно же прийти к главврачу и сказать: «Давайте закупим оборудование на сэкономленные деньги»? Вместе с тем, конечно, есть академическая наука. И без нее, без больших данных сегодня двигаться вперед нельзя — молодежь нас не поймет.

— Почему?

— Молодые люди сегодня — это не мое поколение, которому приходилось стоять в очереди на установку домашнего телефона на пять-шесть лет. И это было событием! Вот у Вас, например, первый мобильный телефон когда появился? Лет двадцать назад. А старшие люди до сих пор не очень умеют с ним обращаться.

Сегодня у нас есть специалисты, понимающие, что такое большие данные, навигация — в голове, не в такси. И эти люди спросят: «У вас 1700оек на базе, допустим, Боткинской больницы, как вы ими распорядились?»

На базе больницы им. С.П. Боткина работает эндоскопический центр, который выполняет 200 гастро- и колоноскопий в день. Мы сформировали европейские клинические рекомендации, но построили их не на российских данных. Может быть, уже нужно говорить о том, что надо иметь собственные данные? Вот что будет интересовать наше молодое поколение. И поэтому я говорю про лазерную программу, про 50 роботов, про фьюжн-биопсию. Мы с профессором Александром Викторовичем Говоровым сейчас закончили Московскую программу гистосканинга: 6 000 одинаковых биопсий прогнаны по Москве. Мы теперь очень много знаем про биопсию простаты — нашу, российскую!

— Что значит «одинаковых»?

— То, что биопсии выполняли стандартным образом с использованием техники гисто-фьюжн. Эта манипуляция стандартизирована — впервые в Москве!

— Что важного вы из этого узнали и поняли?

— Есть понимание, что это за методика, как она позволяет удешевить процедуру без потери качества. Тема весьма серьезная, достойная отдельной беседы.

— Дмитрий Юрьевич, какие сегодня наиболее перспективные направления в урологии?

— Самое перспективное направление — прежде всего систематизация знаний. Мы теперь как никогда тесно работаем с онкологами. Сегодня каждый уролог может стать онкологом, а каждый онколог — урологом. Это результат накопления огромного массива знаний. Теперь уролог не может не знать химиотерапию. Он может не быть химиотерапевтом, но не может не знать это направление — как и особенности лучевой терапии в урологии, нейроурологию.

Например, недавно вышло учебное пособие, написанное совместно профессором Георгом Рудиковичем Касяном, врачом-урологом Дмитрием Анатольевичем Лысачёвым и членом-корреспондентом РАН Николаем Александровичем Коноваловым — «Нейроурология». Это же смежная специальность. То же самое относится к урогинекологии; мы за нее так долго бились! Она же осталась в руках урологов. И роботическая хирургия сейчас тоже в руках урологов и онкоурологов; или экстренная урология — колоссальная работа. То есть мы говорим о том, что перспективные направления в урологии — прежде всего те, которые могут обеспечить лечебный и методологический прогресс, улучшить терапевтический результат.

Безусловно, к перспективным нужно отнести направления, способные обеспечить изменение отношения к базовым патогенетическим методам диагностики и лечения урологических больных. Клеточная терапия сегодня — это очень важное направление; им на очень высоком уровне занимаются в том числе академики Петр Витальевич Глыбочко в Сеченовском Университете, Валентин Николаевич Павлов в Башкирском государственном медицинском университете.

— Насколько важен сегодня профессиональный стандарт в урологии?

— Профстандарт играет сегодня особую роль. И он, может быть, станет основным документом для уролога, своего рода «урологической конституцией». Клинические рекомендации — это каждодневная практика. Посмотрите: мы десять лет назад говорили о них, но не могли представить, что отечественные документы такого статуса будут иметь в России то же значение, что и во всех странах мира: в США, Великобритании, других государствах Европы. Мы это сдвинули с места. И сделало это наше урологическое сообщество, те профессора, которых мы подготовили, — их сейчас очень много в стране. Это врачи, которые имеют квалификационные категории.

Мы стараемся поддерживать наших урологов. Ведь комиссия по экзаменационным категориям никуда не делась — сегодня это неформальная, очень серьезная стратегия, которой мы тоже занимаемся. Этот вопрос для наших врачей очень важен, потому что мы с вами говорим не только о Москве, Санкт-Петербурге, Ростове-на-Дону,



МОСКОВСКАЯ УРОЛОГИЧЕСКАЯ ШКОЛА

16-17 ноября 2023 г.

Radisson Slavyanskaya Hotel
г. Москва, Площадь Европы, 2

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМАТИКИ

- > Актуальные вопросы организации оказания урологической помощи и обучения специалистов
- > Урогинекология
- > Мочекаменная болезнь
- > Междисциплинарная лекция (State-of-the-Art)
- > Дерматологические аспекты баланопоститов- что важно знать урологу?



КОНТАКТЫ

Анна Ившина
+7 (968) 092-93-55

Общая координация проекта

Богдана Волосенкова
+7 (929) 674-74-97

urostandart.moscow/2

Екатеринбурге или Новосибирске. Мы говорим о разных городах, в том числе небольших, где урология на очень большой высоте.

— Скажите, пожалуйста, а есть провинциальные города, где урология действительно на высоком уровне?

— Разумеется. Если в городе 200 тысяч населения — значит, это областные центры, на территории которых размещены большие больницы, где выполняется весь спектр урологических манипуляций. Но это процесс непростой. Почему я говорю о «Порядке помощи урологическим больным» и других документах? Эти документы — как семь холмов, на которых мы стоим; они помогают врачу. А моя задача как главного специалиста — еще и помочь методически.

Вот перед вами 80 книг и 150 методических пособий, которые бесплатно раздаются каждому урологу. Россия — единственная в мире страна, где раздают такие материалы бесплатно. Мы в рамках Московской урологической школы раздаем их не только москвичам — кто хочет, может их получить. Мы их не продаем. И урологию удержали на высоком уровне потому, что дали людям возможность обратиться ко всем самым современным материалам.

— Это было трудно?

— Было нелегко начать программу. Нужно было организовать врачей, кафедральных сотрудников, которые принимали бы участие в написании этих методических пособий. Я смотрю последнюю методичку «Иммуномодуляция в урологической практике». Казалось бы, всего 25 страниц... Но если уролог это прочтет, он будет более образованным, более подкованным в своей профессии.

Профстандарт играет сегодня особенную роль. И он, может быть, станет основным документом для уролога, своего рода «урологической конституцией». Клинические рекомендации — это каждодневная практика

Однако самое важное — единение специалистов в рамках Российского общества урологов, Российского общества онкоурологов, Московской урологической школы, всех ассоциаций, входящих в эти общества. Сегодня все они являются основополагающими центрами притяжения. То, что они у нас есть, это чрезвычайно важно. А ведь их могло бы не быть, если бы не было инициативы, энтузиазма отдельных людей, создавших и поддерживающих эти организации и объединения.

— Дмитрий Юрьевич, в нашей стране шесть тысяч урологов. Как вы считаете, этого достаточно?

— Мы готовим специалистов, и у нас нет безумного дефицита кадров. К нам приходят ординаторы, аспиранты. И очень важно, что сегодня простому врачу-урологу, который начинает или продолжает практику, есть на что опереться. Если человек хочет знать — и не просто знать, а знать очень хорошо — все возможности у него для этого есть.

Именно это отличает сегодня российскую урологию от многих других специальностей: есть поддержка, развитие образовательной «подушки безопасности». С одной

стороны, благодаря инициативе специалистов, с другой — сильному профессорско-преподавательскому составу.

— Не могу не спросить про вашего робота. В прошлый раз вы рассказывали, что активно ведутся эксперименты на животных и процесс движется к тому, что скоро аппарат смогут опробовать на пациентах. Когда же это произойдет?

— Что касается российского робота, ответить на вопрос «когда» пока не могу. Мы как врачи поставили задачу инженерам, и она выполнена. Скажу, что выполнена блестяще. Но предстоит дальнейшая работа — наладить производство нужного нам медицинского оборудования. Это другая сфера, она к врачам непосредственно отношения не имеет. Чиновники здесь на втором месте. Мы ждем вместе с вами; я лично жду, когда мне скажут: «Машина готова к началу клинических испытаний».

— Она готова, чтобы лечить отечественных пациентов?

— Надеюсь. Наша группа будет очень рада начать клинические испытания — это было бы здорово. Сегодня все в руках ин-

женеров и инструментальщиков, людей, которые непосредственно обеспечивают серийный выпуск, но его пока нет.

— Это намного дешевле и не менее качественно, чем импортное оборудование?

— Я очень на это надеюсь. Думаю, что это будет в разы дешевле. Мы прекрасно понимаем, что сегодня весь мир голосует за менее дорогие методы лечения — но не менее эффективные!

— У нас с вами получилось «радужное» интервью. И все же, как вы полагаете, какая самая главная проблема отечественной урологии?

— Мы должны учить наших молодых специалистов, и учить правильно. Стараемся это делать, но двухлетняя ординатура не позволяет. За это время даже со всеми современными технологиями подготовить специалиста на современном уровне невозможно.

— А сколько нужно учить?

— Минимум четыре года — хотя, конечно, нужно было бы больше. Поэтому наши ординаторы искусственно идут в аспирантуру. Но там нужны не практические врачи, а люди, которые могут двигать нашу российскую науку, специалисты, которые хотят заниматься научной работой. Такая работа в урологии сегодня — даже не собственно урология, не техническая история. Это скорее смежная сфера: клеточная технология, иммунодефициты — вот чего как раз и не хватает. Но я полагаю, что все придет. В следующий раз обязательно об этом поговорим. ^У

Беседовала Наталья Лескова

Книжная полка

Нейрохирургия и урология. Руководство



Работа посвящена диагностике и лечению урологических патологических состояний, возникающих вследствие нейрохирургических заболеваний головного и спинного мозга. К сожалению, на сегодняшний день не существует общепринятых рекомендательных протоколов лечения подобных нарушений. Накопление и анализ совместных исследований, опыт нейрохирургов и урологов непременно приведут к более эффективному лечению этой категории больных. Сегодня уроурология становится самостоятельной дисциплиной, объединяющей ученых и клиницистов различных специальностей. Руководство является совместным трудом нейрохирургов, урологов, неврологов и рентгенологов ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России и кафедры урологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России. В основу книги лег анализ данных пациентов, наблюдавшихся в НМИЦ нейрохирургии.

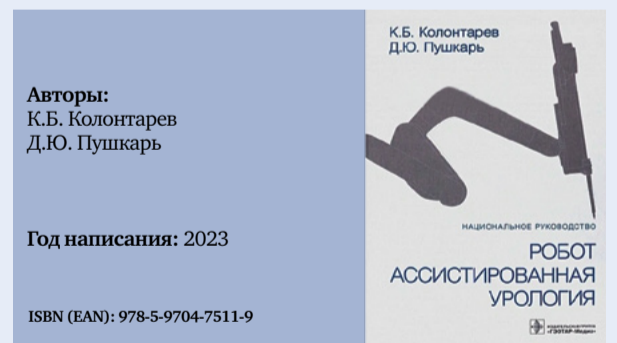
Практическая уродинамика. Учебное пособие



Уродинамические исследования — важная составляющая в практике уролога и гинеколога, невролога и реабилитолога. Учебное пособие представляет собой универсальное руководство, основанное на фундаментальных принципах физиологии нижних мочевыводящих путей и передовых инновационных технологиях, предлагающее информацию и актуальные инструкции о том, как наилучшим образом выполнять и интерпретировать уродинамические исследования, соотносить их с клинической картиной, сопоставлять с планом лечения.

Издание включает подробную информацию о настройке и эксплуатации уродинамического оборудования, организационных вопросах уродинамических лабораторий, а также общих проблемах и сложностях. Книга содержит множество клинических советов, иллюстраций и практических рекомендаций. Она станет незаменимым пособием для подготовки врачей (ординаторов и аспирантов).

Робот-ассистированная урология. Национальное руководство



Робот-ассистированная хирургия — молодое и стремительно развивающееся направление современной медицины. Сегодня можно уверенно сказать, что роботизированные методики представляют собой значительный прорыв, позволяя оказывать наиболее качественную помощь пациентам с различными заболеваниями.

Авторы одними из первых в нашей стране начали освещать аспекты роботической хирургии. Поэтому не случайно результатом их работы стало первое по этой тематике национальное руководство. Оно содержит большой, хорошо структурированный аналитический и иллюстративный материал.

В руководстве не только представлена история развития роботической урологии и ее современные тенденции, но и раскрыто будущее этого перспективного направления. Книга предназначена врачам различных профилей: урологам, хирургам, гинекологам и другим специалистам.

Прошлое, настоящее и будущее цистоскопии

Цистоскопия представляет собой рутинную урологическую процедуру, имеющую множество показаний к применению. Несмотря на кажущуюся легкость, отступление от принципов ее выполнения и протоколирования ведет к снижению диагностической ценности, может причинить значительные неудобства и даже вред больному. Принципиально важно подходить к этой манипуляции с соблюдением всех правил для достижения наилучшего результата исследования и оптимального комфорта пациентов.



Егор Андреевич СОКОЛОВ

Д.м.н., уролог, онколог ГБУЗ «ГКБ имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения Москвы», доцент кафедры урологии и хирургической андрологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва



Александра Сергеевна ПОЛЯКОВА

Уролог, клинический ординатор кафедры урологии и хирургической андрологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

С чего все начиналось

Возникновение методики цистоскопии относится к началу XIX в., когда предпринимались первые попытки сконструировать прибор для осмотра мочевого пузыря без открытого вмешательства. Немецким врачом Филиппом Боццини (P. Bozzini) было изготовлено приспособление, позволявшее осматривать матку, прямую кишку и мочевой пузырь. Оно было основано на использовании отраженного света свечи и получило название «световод». Позднее Максимилиан Нитце (M. Nitze) и Йозеф Лейтер (J. Leiter) сформулировали главные принципы, которые легли в основу конструкции цистоскопа. В 1879 г. авторы представили собственный цистоскоп на заседании Венского общества врачей. Гибкий фиброскоп для осмотра шейки мочевого пузыря впервые использовали Сейги Цушида (S. Tsuchida) и Хирояцу Сугавара (H. Sugawara) полвека назад, а широкое применение этого инструмента в урологической практике началось с 1980-х гг.

На сегодняшний день урологу доступен обширный арсенал неинвазивных методов диагностики заболеваний нижних мочевых путей (НМП): рентгенологических, ультразвуковых, цитологических, молекулярно-генетических и др. Все они имеют достаточно высокую чувствительность, но по специфичности значительно уступают цистоскопии и не могут полностью заменить ее.

Когда нужно проводить?

Учитывая инвазивный характер цистоскопии, в первую очередь необходимо охарактеризовать четкие показания к ее

назначению. К основным клиническим ситуациям, в которых проведение исследования обосновано, относятся:

- гематурия;
- рецидивирующие инфекции НМП (вне обострения);
- синдром хронической тазовой боли;
- обструктивные/ирритативные симптомы НМП;
- атипичная картина при цитологическом исследовании мочи;
- атипичная картина состояния мочевого пузыря и НМП по данным радиологических методов;
- верифицированные запущенные онкогинекологические/онкоколопроктологические процессы для исключения инвазии опухоли в мочевой пузырь;
- аномалии развития мочевой системы;
- наблюдение пациентов после перенесенной трансуретральной резекции (ТУР) мочевого пузыря по поводу немышечно-инвазивного рака органа (НМИРМП).

Антибиотико-профилактика — дополнительный риск

Выполнение цистоскопии на фоне острой инфекции мочевыводящих путей

амбулаторной цистоскопией антибактериальная профилактика не является необходимой.

Она не должна применяться у пациентов без клинических признаков острой ИМВП и с бессимптомной бактериурией ввиду кратковременности вмешательства, «смыва» патогенов при самостоятельном мочеиспускании после процедуры, а также с учетом собственной антиадгезивной активности слизистой оболочки (СО) мочевого пузыря. В то же время, несмотря на малую инвазивность цистоскопии, ни в коем случае нельзя забывать о строгом соблюдении общих правил асептики и антисептики при организации работы цистоскопического кабинета и непосредственно в ходе манипуляции.

Комфортная цистоскопия: миф или реальность?

Одна из основных задач уролога при проведении цистоскопии помимо тщательной оценки состояния НМП — минимизация психологического и физического дискомфорта пациента до вмешательства, во время и после него. Выбор инструмента во многом определяется техническим оснащением и возможностями лечебного учреждения.

ного обезболивания, которое достигается введением в мочеиспускательный канал геля-лубликанта с лидокаином и его экспозицией в течение 2–5 мин. Уменьшить дискомфорт при прохождении инструментом наиболее суженной части канала (мембранозного отдела) удастся путем увеличения интенсивности потока ирригационной жидкости при сдавлении ассистентом либо медицинской сестрой емкости с физиологическим раствором. Эта прием несложен на практике и доказал свою эффективность в клинических исследованиях, будучи включен в клинические рекомендации.

По данным E. Gezginci и соавт., как и целого ряда других авторов, высокоэффективными в плане уменьшения болевых ощущений и беспокойства могут быть методы distraction (отвлечения внимания) пациента во время цистоскопии. Сюда можно отнести просмотр фильмов, использование антистресс-игрушек, прослушивание музыки и т. д. Все эти методики просты и не требуют особых усилий для внедрения в рутинную практику, позволяя при этом существенно уменьшить неприятные ощущения в процессе исследования.

В случаях, когда необходимо применение ригидного инструмента для осуществления резекции мочевого пузыря, цистолитотрипсии, при отсутствии фиброскопа, а также на фоне аллергической реакции на лидокаин в анамнезе целесообразно прибегнуть к внутривенной седации.

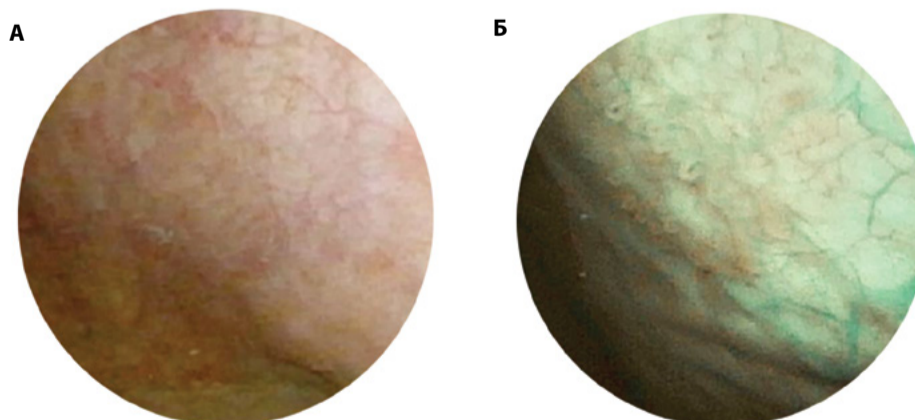
В «новом свете»

Все пациенты с НМИРМП после лечения попадают в группу динамического наблюдения, основой которого является выполнение периодических контрольных цистоскопий. Необходимо также помнить, что карцинома *in situ* (CIS) проявляется у 10–20 % больных первичным раком мочевого пузыря (РМП) и может быть визуализирована только цистоскопически. Исследование в белом свете служит «золотым стандартом» диагностики этого заболевания, однако имеет свои недостатки. Несмотря на его отличную чувствительность при выявлении папиллярных новообразований, CIS и опухоли малых размеров могут быть легко пропущены урологами из-за неоптимальной визуализации. Это ведет к неправильной интерпретации результатов, несвоевременной постановке диагноза, прогрессированию заболевания, а также проведению неполной ТУР.

К основным доступным в настоящее время способам оптимизации цистоскопической картины относятся узкоспектральная визуализация (NBI) и использование фотодинамической диагностики — фотодинамическая сенсбилизация (PDD).

В основе NBI лежит сужение белого света до лучей 2 длин волн — соответствующий синему (415 нм) и зеленому (540 нм) свету — с помощью специального фильтра. Как известно, структура опухоли характеризуется увеличенным количеством

При выявлении активной инфекции мочевыводящих путей необходимо провести курс антимикробной терапии с учетом чувствительности микроорганизмов. Только после этого возможно выполнение цистоскопии



А. Цистоскопическое изображение в белом свете
Б. Цистоскопическое изображение с применением узкоспектральной визуализации (NBI)

Рисунок 1. Картина при цистоскопии

(ИМВП) само по себе неоднозначно и может привести к септическим осложнениям. Известно, что одной из глобальных проблем здравоохранения в целом является антибиотикорезистентность микроорганизмов, в подавляющем большинстве случаев обусловленная нерациональной антибиотикотерапией. Согласно актуальным клиническим рекомендациям, перед

Существует 2 типа цистоскопов: гибкий (фиброцистоскоп) и ригидный. Выполнение исследования возможно с применением местной анестезии и/или внутривенной седации. Жесткая цистоскопия может рутинно применяться под местной анестезией у женщин ввиду анатомических особенностей уретры. Для амбулаторной процедуры с гибким инструментом достаточно мест-

питающих ее сосудов (неоангиогенез), что имеет вспомогательное значение при диагностике с NBI, особенно при опухолях малого размера. Гемоглобин избирательно поглощает волны синего и зеленого света, и это в свою очередь позволяет улучшить контраст между патологической и неизменной тканью (рис. 1). А. Naselli и соавт. провели сравнительный анализ 7 исследований у 1040 пациентов и пришли к выводу, что применение NBI выявило на 24 % больше опухолей, чем цистоскопия в белом свете, при сравнимой частоте ложноположительных результатов. Таким образом, NBI улучшает диагностические и лечебные возможности метода, являясь неинвазивной в отличие от фотодинамической сенсibilизации.

Методика PDD основана на инстиляции 5-аминолевулиновой кислоты или ее гексильного эфира (Hexvix) в мочевой пузырь. Метаболиты этих соединений активно захватываются опухолевыми клетками и при попадании на них синего света дают красное свечение. Исследования G. Mowatt и соавт. показали, что эффективность метода для обнаружения неопластических образований 92 %, в то время как цистоскопии в белом свете — 71 %. Однако PDD в значительной степени уступает последней по специфичности: 57 против 72 % соответственно. Следовательно, для достижения лучшего результата рекомендуется их комбинация.

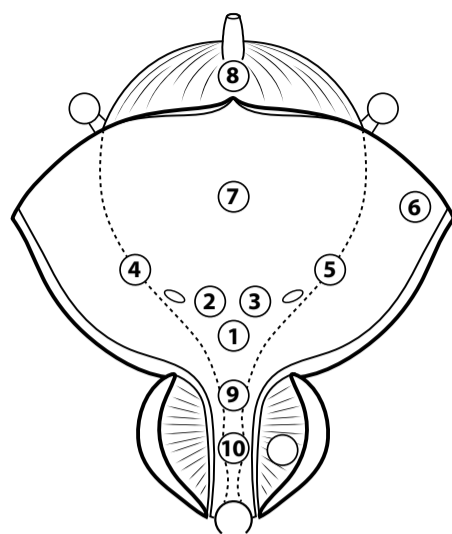
Несмотря на потенциальные преимущества PDD, в реальной клинической практике они могут быть минимальными. По данным рандомизированного исследовательского протокола PHOTO, представленного на конгрессе Европейской ассоциации урологов EAU 2023, не отмечено различий в частоте рецидивов в течение 3 лет после первичной ТУР с использованием PDD или белого освещения при очевидной большей стоимости фотодинамической диагностики.

Цистоскопия — незаменимая опция в диагностике заболеваний НМП, в том числе рака мочевого пузыря

Протоколирование: значение преимущества

Нередки ситуации, когда данные протокола амбулаторной цистоскопии не совпадают с фактической клинической картиной. R. Suarez-Ibarrola и соавт. в рамках опроса практикующих урологов показали, что только каждый пятый из них оценивает совпадение данных цистоскопического протокола с реальной картиной как полное. Остальные специалисты отмечают значительные пробелы в передаче информации от амбулаторного звена до стационара. Проблема в первую очередь связана непосредственно с протоколом исследования, который носит лишь текстовый описательный характер — в 52 % случаев отсутствует стандартизированная документация на основе видео- или фотоизображений.

В клинической практике оператору необходима информация о количестве новообразований, их размере, локализации и т. д., а также о состоянии других участков



1. Треугольник.
2. Устье правого мочеточника.
3. Устье левого мочеточника.
4. Правая стенка.
5. Левая стенка.
6. Передняя стенка.
7. Задняя стенка.
8. Дно.
9. Шейка.
10. Задняя уретра

Рисунок 2. Схема строения мочевого пузыря у мужчин

измененной СО. Эти данные имеют принципиальное значение в планировании предстоящего лечения. Они исключают необходимость повторной цистоскопии перед операцией, что позволяет уменьшить риски инфекционных осложнений и кровотечения из шейки мочевого пузыря за счет сокращения времени оперативного вмешательства и устранения лишних вхождений в полость органа из-за замены инструментов.

Протоколирование начинают с описания емкости мочевого пузыря, расположения и вида устьев мочеточников, наличия выброса мочи. Далее переходят к поэтапному описанию состояния СО всех стенок пузыря. Рационально использовать общепринятую схему, представленную в клинических рекомендациях Европейской ассоциации урологов (EAU) (рис. 2). При выявлении новообразования обязательно описывают все его макроскопические характеристики (локализация, размер, количество и внешний вид). Также необходимо дать описание и оценку состояния СО уретры, что важно для выбора лечебной тактики.

В целях большей информативности и лучшей преемственности в лечении пациентов, юридической защиты врачей может (и в идеале — должно) применяться фото- или видеопроколирование цистоскопии. Современные цистоскопические стойки оснащены возможностью записи хода исследования на электронные носители с последующей беспроводной передачей изображений на любое устройство.

Настоящее и будущее диагностики

К недостаткам повсеместно используемого оборудования можно отнести проводной характер подключения, что требует порой больших затрат времени, чем непосредственно проведение цистоскопии. Большое количество проводов диктует необходимость использования стерильных чехлов, стерилизации дополнительных компонентов (что удорожает исследование) и наряду с этим увеличивает риск микробной контаминации операционного поля. Кроме того, провода могут спутываться и занимать рабочее пространство, затрудняя тем самым

Манипуляция не представляет значительных технических сложностей, однако лишь при грамотной подготовке и учете небольших, но важных деталей она будет комфортной и качественной процедурой XXI века, а не пыткой для пациента.

работу оператора, а также повышать вероятность возгорания.

В литературе представлены данные о применении одной из новейших разработок — беспроводной эндоскопической системы высокого разрешения (WHES) (рис. 3). Она объединяет положительные качества традиционных эндоскопов, не уступая им по качеству изображения/цветопередаче, и помогает преодолеть имеющиеся недостатки. Беспроводное подключение и передача полученных изображений на любой вид электронных устройств решают множество проблем, связанных с перечисленными техническими трудностями, и облегчают протоколирование результатов.

Интерпретация данных процедуры во многом зависит от опыта и навыков хирурга. Частота ошибочных диагнозов при исследовании в белом свете достигает 30 %, а зарегистрированная частота неполных ТУР — 50 %, что способствует ранним рецидивам и прогрессированию РМП. Опубликованы данные ретроспективного анализа, подтверждающие, что выполненная менее опытными урологами ТУР мочевого пузыря сопровождается более высокой частотой ранних рецидивов заболевания. В дополнение к этому новообразования малого размера и CIS

нний, получаемых при цистоскопии. Разработана и протестирована диагностическая система ИИ (CAIDS) в рамках диагностики РМП. Применение этого алгоритма позволило достичь почти идеальной точности, чувствительности и специфичности во всех наборах внутренней и внешней проверки.

Для идентификации сложных карцином мочевого пузыря, таких как CIS и опухолевых образований очень малого размера, CAIDS показала лучшие диагностические результаты. Время, затраченное ИИ на оценку клинической ситуации и постановку диагноза, было равным 12 с, что значительно меньше необходимого даже для опытных врачей. Это обусловлено тем, что ИИ может автоматически извлекать микроструктуру изображений и идентифицировать их на уровне пикселей, не различимых человеческим глазом, а также обладает большой базой данных — значительным «опытом», особенно в сравнении с молодыми специалистами. Безусловно, время самостоятельной работы ИИ еще не пришло, однако дальнейшие проспективные клинические исследования в этой области могут существенно изменить нынешние подходы к диагностической цистоскопии.

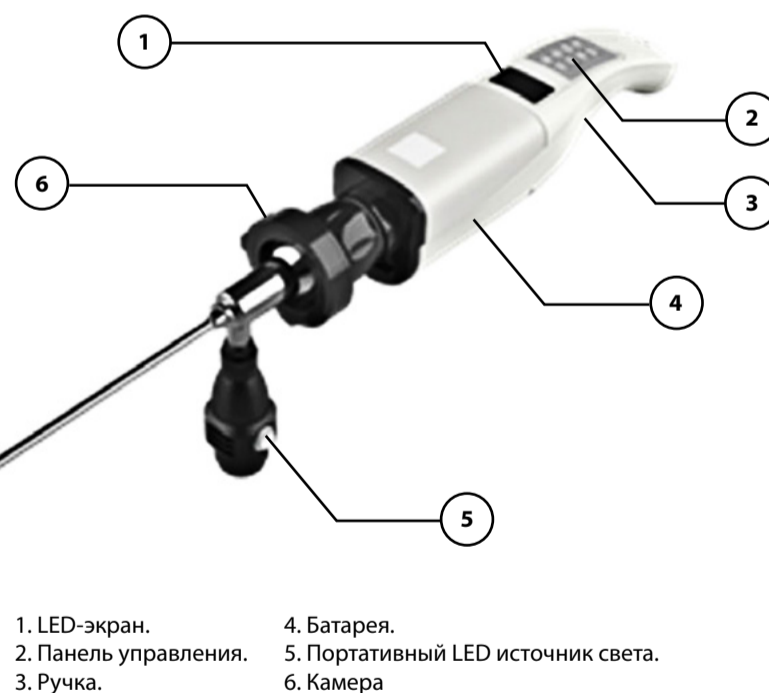


Рисунок 3. Цистоскоп с беспроводной системой высокого разрешения (WHES)

могут быть легко пропущены даже при наличии у специалиста достаточного опыта.

Внедрение искусственного интеллекта (ИИ) для анализа цистоскопической картины способно помочь преодолеть несовершенство диагностики и лечения, обусловленные человеческим фактором. Коллегами из Китая опубликованы данные мультицентрового диагностического исследования, в котором сравниваются возможности ИИ и заключения опытных урологов в отношении анализа изображе-

Цистоскопия — незаменимая опция в диагностике заболеваний НМП, включая РМП. Манипуляция не представляет значительных технических сложностей, однако лишь при грамотной подготовке и учете множества небольших, но важных деталей она будет комфортной и «качественной» процедурой XXI века, а не испытанием для пациента. ^Y

Список литературы находится в редакции

Инфекционные осложнения при МКБ: старые проблемы — новые подходы

За прошедшие два десятилетия параллельно с ростом распространенности мочекаменной болезни (МКБ) активно внедряются малоинвазивные методы ее лечения. Среди них основное место в настоящее время отводится эндоурологическим операциям, выполняемым как ретроградным, так и чрескожным доступами. Появление гибких эндоскопов, миниатюризация инструментов, усовершенствование лазерных аппаратов значительно расширили возможности урологов в лечении этого заболевания. Несмотря на низкую инвазивность по сравнению с открытыми и лапароскопическими вмешательствами, эндоскопические методики имеют свои осложнения. И если частота проведения гемотрансфузий в этой области оперативной урологии остается относительно низкой, а при ретроградных манипуляциях необходимость в них в принципе отсутствует, то инфекционно-воспалительные осложнения — по-прежнему важная проблема с растущей из года в год актуальностью. В статье приводится краткий обзор факторов риска и технических аспектов, которые, как показывают последние исследования, следует учитывать при малоинвазивном лечении.



Кирилл Александрович ШИРАНОВ

К.м.н., уролог МБУЗ «Клинико-диагностический центр «Здоровье», г. Ростов-на-Дону

Суть и масштаб проблемы инфекционных осложнений при МКБ

Воспалительные осложнения оперативных вмешательств по поводу МКБ включают синдром системной воспалительной реакции (SIRS), пиелонефрит, уросепсис и бактериальный шок. По данным рекомендаций Европейской ассоциации урологов (EAU), частота фебрильной температуры тела после чрескожной нефролитотомии (ЧНЛТ) и уретероскопии может достигать 4–11 %, а сепсиса — 0,5 %. И хотя летальный исход встречается крайне редко (0,05 %), с учетом широкого применения ЧНЛТ нельзя пренебрегать мерами профилактики.

Почему именно для МКБ проблема инфекционных осложнений стоит настолько остро? Как показано в одном из систематических обзоров, при этом заболевании в 5,7 раза выше риск развития инфекций мочевыводящих путей (ИМВП), а рецидивирующие эпизоды инфекции имеют место в 18,7–36,0 % случаев. Хотя принято считать, что только инфекционные, например струвитные (струвит — вещество с формулой $Mg(NH_4)(PO_4) \cdot 6H_2O$) камни связаны с риском ИМВП, удаление даже метаболических камней, не вызывающих обструкцию, приводит к отсутствию рецидивов ИМВП в 89,1 % случаев. Таким образом, уролитиаз и инфекция имеют причинно-следственную связь, усугубляя течение друг друга, и для профилактики инфекционных рецидивов требуется полное удаление камня вне зависимости от его состава или дополнительных факторов риска (ФР).

Меры предосторожности

Профилактика инфекционных осложнений при эндоурологических операциях включает ряд важных аспектов, которые, к сожалению, нередко игнорируются в клинической практике.

1. Посев мочи на стерильность перед операцией с назначением антибактериальной терапии (АБТ). Несомненно, результат анализа свежесобранной мочи

может отличаться от такового для мочи, полученной из лоханки или при посеве камня, но такое исследование по-прежнему обязательно. Кроме того, в случае изолированной обструкции какого-либо из отделов верхних мочевых путей (ВМП) (например, гидрокаликозе или камне лоханочно-мочеточникового сегмента) первым этапом целесообразно выполнить дренирование с целью адекватной санации мочи. Следует отметить, что опубликован ряд работ (в том числе отечественных авторов) о допустимости отказа от предварительной АБТ при положительном посеве мочи в пользу антибактериальной профилактики. Тем не менее в рекомендациях делается акцент на возможность проведения эндоскопических операций лишь в случае отсутствия бактериурии.

2. Антибактериальная профилактика с продлением в случае длительной операции. К сожалению, не во всех клиниках антибиотикопрофилактика проводится на рутинной основе. С одной стороны, в рекомендациях указано, что при уретероскопии профилактические мероприятия не влияют на частоту симптоматических ИМВП, а лишь снижают риск бактериурии, но в то же время риски и стоимость однократного введения антибиотика значительно ниже, чем лечение возможного пиелонефрита. Для ЧНЛТ такая профилактика носит строго обязательный характер. Помимо этого, при осложненном течении операции, например длительном ретроградном дроблении «волооченного» камня или подозрении на наличие инфекции в чашечно-лоханочной системе (ЧЛС), после устранения обструкции рекомендуется продлить АБТ как минимум на 24 ч.

Внутрипочечное давление и внутрипочечная температура: трудно измерить, но нельзя забывать!

3. Посев мочи из лоханки и фрагментов камня. Как отмечалось выше, результат посева мочи из ЧЛС может отличаться от исследования средней порции. При уретероскопии одним из вариантов в случае подозрения на инфекцию служит проведение мочеточникового катетера проксимальнее камня для получения мочи из заблокированных ВМП. Однако нужно помнить, что лучшим и наиболее безопасным вариантом будет первоначальное дренирование с последующим удалением камня после адекватного лечения. Посев камня имеет важное значение для ЧНЛТ при инфекционных, ко-

Малоинвазивная хирургия не подразумевает отсутствия осложнений

ралловидных камнях, поскольку позволяет скорректировать терапию в ситуациях с развитием инфекционных осложнений. Альтернативой выступает бактериологическое исследование промывной жидкости, результаты которого совпадают с таковыми при посеве камня в 93 % случаев.

4. Время операции. В соответствии с данными литературы длительность эндоскопического вмешательства не должна превышать 120 мин — после этого значительно возрастает риск инфекционных осложнений. Тем не менее при удалении инфекционного камня, гидронефрозе, наличии ФР (сахарного диабета и т. д.) целесообразно ограничивать это время до 60–90 мин. Главное преимущество эндоурологии — возможность этапного лечения, и этим нельзя пренебрегать.

5. Оптимальное дренирование для профилактики обструкции. Каждый уролог сталкивался с выбором — устанавливать ли стент после уретероскопии, формировать ли нефростому после ЧНЛТ. Как и в экстренной хирургии, любые сомнения должны разрешаться в пользу дренирования. В очень небольшой части случаев рефлюкс-пиелонефрит или стент-зависимые симптомы заставляют врача сожалеть о лишнем дренаже, а его отсутствие при развитии пиелонефрита всегда вызывает дополнительные сложности.

6. Дренирование мочевого пузыря уретральным катетером при ретроградном доступе. Весьма простая рекомендация: при длительной уретероскопии можно установить тонкий катетер параллельно уретероскопу либо периодически опорожнять мочевой пузырь для профилактики рефлюкса и повышения давления в ВМП.

Конечно, нельзя игнорировать принципы рациональной антибактериальной профилактики и терапии — в частности, не использовать препараты широкого спектра действия и антибиотики резерва без убедительных клинических показаний. Учитывая повышение частоты встречаемости бета-лактамаз расширенного спектра, в целях профилактики возрастания бактериальной резистентности необходимо соблюдать рекомендации и консультироваться у клинического фармаколога, информированного о показателях чувствительности/устойчивости уропатогенов в конкретном лечебном учреждении.

Помимо перечисленного в последние несколько лет особое внимание уделяется

двум факторам: внутрипочечному давлению (ВПД) и внутрипочечной температуре (ВПТ).

Внутрипочечное давление

Нормальное ВПД равно 0–20 см вод. ст. При его увеличении до 27–41 см вод. ст. развивается пиело-тубулярный рефлюкс, до 41–68 — пиело-венозный рефлюкс и до 81–95 см вод. ст. — разрыв свода чашечки. Повышение ВПД связано с развитием инфекционных и геморрагических осложнений, а также с повреждением почки. При скорости ирригации свыше 6 мл/мин мочеточник выступает в роли «открытой трубки», в связи с чем связь между потоком и давлением становится линейной. Если емкость с ирригационным раствором расположена на 60 см выше уровня тела пациента и в рабочий канал проведено лазерное волокно диаметром 200 мкм, скорость ирригации составляет 7–8 мл/мин, а при высоте 100 см — 14–15 мл/мин. Давление во время уретероскопии зависит от различных факторов, включая скорость ирригации, наличие инструментов в рабочем канале и использование мочеточникового коужа. Без его установки в случае применения ирригационной помпы давление может достигать огромных значений — до 4432 мм вод. ст. Напротив, использование коужа 12/14 Ch/Fr позволяет поддерживать низкое ВПД. Кроме того, оно уменьшается при проведении через рабочий канал лазерного волокна. Отсюда становится понятной рекомендация Российского общества урологов (РОУ): обязательное стентирование перед ретроградными операциями на почке с целью пассивной дилатации мочеточника. Аналогичная ситуация наблюдается при уменьшении размера доступа для ЧНЛТ: снижение оттока приводит к росту ВПД. Главная проблема — отсутствие достоверных методов оценки этого параметра. На сегодняшний день доступны системы для инвазивного измерения артериального давления, которые можно использовать в этих целях; однако такой подход до настоящего времени остается экспериментальным.

Внутрипочечная температура

Лазерная литотрипсия стала основным способом фрагментации камней при ретроградном или миниперкутанном доступе. Одно из ограничений методики — относительно невысокая скорость дробления, в связи с чем при крупных камнях часто требуются этапные операции. Необходимость более быстрой фрагментации привела к созданию лазерных систем высокой мощности (> 100 Вт), которые позволяют

использовать частоту до 120 Гц по сравнению с 20 Гц для лазеров с мощностью 30 Вт. Более того, ряд авторов предлагают использовать во время ретроградной литотрипсии настройки 2 Дж и 50 Гц. При этом эффективность процедуры определяется как часть (доля) энергии, достигающая камня. По данным экспериментальных исследований она составляет 52 % при частоте 20 Гц, 23 % при 50 Гц и 4 % — при 80 Гц. Но что происходит с избыточной энергией, не попадающей к камню? В результате ее поглощения ирригационной жидкостью происходит повышение ВПТ. В дополнение к этому лазерная энергия способна непосредственно повреждать уротелий и приводить к развитию стриктур. Термальное повреждение зависит от максимальной температуры и времени воздействия. Клетки и ткани повреждаются при поддержании температуры >43 °C на протяжении 240 мин или >53 °C в течение 15 с. Если ирригация отсутствует, ВПТ во время литотрипсии достигает 50 °C и 70 °C через 10 и 60 с соответственно, однако при скорости ирригации 40 мл/мин это значение не превышает 38,5 °C вне зависимости от настроек лазерного аппарата. Другим способом профилактики возрастания ВПТ является установка мочеточникового кожуха.

Что же касается тулиевого волоконного лазера (TFL), рекомендуемая мощность при использовании мочеточникового кожуха 12/14 Ch/Fr равна 10–30 Вт. При настройках в 40 Вт и более ВПТ возрастает выше приемлемых величин даже при большой скорости ирригации и установке кожуха.

Таким образом, применение более мощных лазерных систем помимо сокращения времени операции связано с нарастанием ВПТ, которое может представлять опасность для ткани органа. Осложняет ситуацию связь давления и температуры — быстрая ирригация повышает первый показатель, но снижает второй.

Контроль внутривидеочечной температуры и внутривидеочечного давления: практические советы

- Одним из вариантов служит использование охлажденных растворов для ирригации, хотя оптимальное значение температуры раствора не определено.
- С целью профилактики подъемов температуры предложена периодическая активация лазера на 3–4 с, сменяющаяся остановкой на такой же временной промежуток. Пауза в 5 с позволяет избежать термального повреждения даже при мощности 40 Вт. При этом безопас-


Таблица. Риски инфекционных осложнений и возможные меры профилактики

Риски	Меры профилактики
Высокая температура: • повреждение почечной паренхимы	Увеличение скорости ирригации Снижение мощности лазерной системы Паузы во время активации лазера
Высокое давление: 1. Повреждение почечной паренхимы 2. Инфекционные осложнения 3. Кровотечение	1. Уменьшение скорости ирригации 2. Установка мочеточникового кожуха 3. Проведение инструментов в рабочий канал

ность непрерывной работы лазером достигается при мощности ≤20 Вт. Тем не менее техника с прерыванием лишена смысла при использовании высокой частоты с целью сокращения времени операции.

- Еще одной рекомендацией является увеличение скорости ирригации, однако это может сопровождаться повышением ВПД и риска осложнений. Для снижения давления можно установить мочеточниковый кожух.
- Фрагменты камня или «песок» могут препятствовать оттоку ирригационной жидкости, «забивая» просвет мочеточника, что приводит к росту ВПД, в связи с чем безопаснее будет уменьшить скорость ирригации.

- Понижение мощности лазера позволяет избежать нарастания ВПТ и скорости ирригации (табл.).

Таким образом, для безопасного выполнения эндоскопических вмешательств необходимо следовать достаточно простым мерам предосторожности. Правильная предоперационная подготовка является важнейшим залогом успеха. В ходе операции не нужно забывать, что в погоне за быстрым и технически «идеальным» удалением камня можно получить тяжелые осложнения. Малоинвазивная хирургия должна соответствовать своему названию, и лучше разделить процедуру на два этапа, чем пренебрегать безопасностью пациента. 

Новости

Прогностическое значение уровня фолликулостимулирующего гормона для исхода microTESE

Одним из парадоксов в андрологии можно считать то, что азооспермия представляет собой наиболее изученную и одновременно наименее понятную форму мужского бесплодия. Очевидно, что это название объединяет широкий спектр разнообразных тестикулярных фенотипов, сопровождающихся отсутствием сперматозоидов в эякуляте. Анализ таких отклонений важен для прогнозирования результатов microTESE — выделения половых клеток при микродиссекции яичек под оптическим контролем — и определения эффективной клинической стратегии.

В настоящее время главными предиктивными маркерами эффективности хирургической экстракции сперматозоидов служат уровни фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и ингибина В в сыворотке крови. Согласно принятому «правилу буравчика» шансы на успешное получение половых клеток обратно пропорциональны концентрациям этих двух веществ. Однако такой подход не полностью учитывает имеющиеся закономерности. Известны положительные результаты microTESE на фоне гипергонадотропного гипогонадизма и неудачные попытки при незначительном повышении ФСГ.

Группой отечественных ученых продемонстрировано, что из 565 пациентов с необструктивной азооспермией (НОА) у имевших повышенный уровень ФСГ при нормальных значениях лютеинизирующего гормона (ЛГ) и тестостерона исходы microTESE были значительно менее благоприятными, чем среди всех остальных респондентов. Сперматозоиды обнаружены в 8,3 и 38,1 % случаев соответственно (p < 0,001). Изолированное увеличение содержания ФСГ выступало как специфичный (94,1 %; 95 % ДИ 90,8–97,5) предиктор неудачи при процедуре извлечения клеточных элементов.

По мнению авторов, подобный феномен можно объяснить наличием определенного тестикулярного фенотипа, который морфологически характеризуется селективным отсутствием герминальных клеток (по типу синдрома Дель Кастильо) при полностью сохранном стероидогенезе в клетках Лейдига. Это исключает повышение ЛГ и ограничивает полную активацию механизма отрицательной обратной связи, сохраняя содержание ФСГ лишь умеренно повышенным.

К ограничениям исследования следует отнести его ретроспективный характер, отсутствие сформированной контрольной группы. Тем не менее полученные данные могут лечь в основу последующих работ. Дальнейшее же изучение такой патологии, как НОА, должно быть направлено в том числе на выявление и описание других потенциально существующих тестикулярных фенотипов.

Источник: <https://doi.org/10.17650/2070-9781-2023-24-2-85-94>

Клиническая задача



Мужчина 58 лет предъявляет жалобы на учащенное мочеиспускание и ноктурию. Показатель шкалы IPSS составляет 22 балла, максимальная скорость мочеиспускания — 8 мл/с, объем остаточной мочи — 200 мл, объем предстательной железы — 70 см³. При УЗИ определяется выраженная средняя доля простаты. Систололическое АД в положении сидя — 140 мм рт. ст., при вертикализации снижается на 25 мм рт. ст., какие-либо клинические проявления при этом отсутствуют. Пациент ранее не получал консервативного лечения и обеспокоен сохранением эякуляторной функции. Укажите оптимальный вариант терапии:

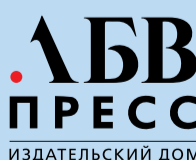
ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА:

- Финастерид
- Алфузозин
- Трансуретральная инцизия простаты (ТУИП)
- Трансуретральная вапоризация простаты (ТУВП)
- Система UroLift®



Ответ на клиническую задачу, опубликованную в УС № 2 (73) 2023

Классическая картина пузырно-кишечного свища включает боль в надлобковой области, учащенное и затрудненное мочеиспускание, тенезмы. При колоноскопии и пассаже бария по кишечнику свищ, как правило, не определяется. Цистоскопия имеет высокую диагностическую ценность, поскольку в 90 % случаев выявляет какую-либо патологию. Тем не менее при цистоскопии картина зачастую неспецифична (локальная гиперемия слизистой оболочки, папиллярные или буллезные изменения). Как следствие, подтвердить наличие свищевого образования можно лишь в 35–46 % случаев. КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием — оптимальный инструментальный метод диагностики, который позволяет также в ряде случаев определить причину развития свища (воспалительные заболевания кишечника, дивертикулит, рак толстой кишки). ТУР или биопсия мочевого пузыря при заболеваниях кишечника воспалительного характера могут привести к увеличению размеров свища. Установка уретрального катетера или перевод пациента на парентеральное питание показаны только после выполнения КТ и подтверждения диагноза.



ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ

www.abvpress.ru

Мобильное приложение

Бесплатно — для смартфонов и планшетов iOS и Android

- Газеты
- Клинические рекомендации
- Справочники для специалистов
- Удобный функционал: возможность чтения off-line

СОВРЕМЕННЫЙ И УДОБНЫЙ СПОСОБ ЧТЕНИЯ — ИНФОРМАЦИЯ ВСЕГДА ПОД РУКОЙ!

Женский уретрит: реальность или медицинский оксюморон?

Уретрит у женщин — крайне редко упоминаемый в литературе диагноз, отражающий изолированный воспалительный процесс в слизистой оболочке мочеиспускательного канала. Однако воспаление этого органа встречается достаточно часто. Какие алгоритмы диагностики и лечения целесообразно выбрать для таких пациенток? Как урологу следует вести женщин, приходящих на прием с жалобами на жжение в уретре? На эти вопросы отвечает Анна Викторовна ЦАРЕВА, к.м.н., врач-уролог, руководитель урологической группы многопрофильного «Международного медицинского центра Мульти клиник Томск» (Россия)¹.



Диагноз не может считаться правомочным

Довольно часто ко мне на прием приходят пациентки с жалобой: «У меня болит (или жжет, или горит) уретра» — можно сказать, с почти готовым диагнозом воспаления слизистой оболочки (СО) мочеиспускательного канала. Но существует ли на самом деле такое заболевание, как женский уретрит? Если да, то какой должна быть диагностическая и лечебная тактика при уретродии? А если нет — что делать в подобной ситуации лечащему врачу и как установить возможную связь нарушений с гинекологической или неврологической патологией?

Прежде чем ответить на эти вопросы, хотелось бы напомнить некоторые особенности уретры у женщины. Это полый трубчатый орган длиной около 3 см, локализованный в малом тазу и имеющий, как и влагалище, три стенки: эпителиальную, мышечную и адвентициальную. СО проксимальной части мочеиспускательного канала представлена переходным эпителием (уротелием), а дистальную выстилает плоский эпителий влагалищного типа. Женская уретра и влагалище характеризуются идентичным онтогенетическим происхождением и сходным анатомическим строением. В свою очередь, единство рецепторного аппарата, общность иннервации, эндокринной регуляции, макро- и микроциркуляции в малом тазу зачастую определяют единое происхождение патологического процесса в этих органах.

Около уретры гроздевидно расположены парауретральные железы, или железы Скина (скиниевы), во многом аналогичные предстательной железе; они развиваются из тех же эмбриональных зачатков, имеют в составе своего секрета простатспецифические антиген (PSA) и кислую фосфатазу (PSAP). Как и простата, эти образования подвержены риску образования кист, развитию инфекций и рака. Железы Скина являются источником так называемого женского эякулята — смазывающей жидкости, аналогичной по консистенции секрету предстательной железы.

С учетом столь близкого анатомогистологического строения, общности

физиологических функций вагинальных и уретральных структур трудно представить возможность изолированного (в том числе воспалительного) поражения уретры и преддверия влагалища. Соответственно, под вопросом — отдельный для каждого из этих органов диагноз и вся дальнейшая тактика ведения пациентки.

Обратимся теперь к проблеме формулировки диагноза уретрита у женщин. Может вызвать удивление, что последние доступные публикации по проблеме женского (точнее, неспецифического) уретрита датированы началом 1970-х гг.; с этого времени подобная формулировка в литературе не встречалась. В работе американских авторов 1970 г. указано, что этот диагноз устанавливается при постоянных симптомах раздражения нижних мочевых путей с последующими выраженными психологическими проблемами, при этом в смывах уретры обнаруживаются лейкоциты. В то же время средний образец мочи не должен их содержать. Сообщается, что проблема обычно может быть решена с помощью тетрациклина. Но уже в более поздних научных статьях конца прошлого столетия исследователи утверждают: при воспалении уретры, влагалища и мочевого пузыря в этих органах обнаруживается сходная патогенная микрофлора. Следовательно, диагноз изолированного поражения уретры у женщин не может считаться правомочным.

Боль в уретре: каковы причины?

В нашей практике мы никогда не ставим пациенткам, жалующимся на боли, как им кажется, по ходу мочеиспускательного канала, диагноз изолированного уретрита. При детальном сборе жалоб и анамнеза выясняется, что болевые ощущения относятся не только к наружному отверстию уретры: источником их служат преддверие влагалища в целом, а иногда и мочевого пузыря. Нередко выявляются признаки воспаления во влагалище и/или бактериального вагиноза. В некоторых случаях углубленное гинекологическое обследование устанавливает невоспалительное происхождение болей. И так, на сегодняшний день нозологической единицы «изолированный женский уретрит» не существует, и многие специалисты разделяют это мнение.

Что касается собственно дизурии, то следует подчеркнуть, что у женщин, как и у мужчин, она может быть проявлением поражений не только уретры, но и других органов малого таза. Наиболее современное определение дизурии можно найти в публикации 2022 г.: «Дизурия — это ощущение боли и/или жжения, покалывания или зуда в уретре либо в области наружного отверстия уретры, связанное с мочеиспусканием. Дизурия обычно возникает

в результате контакта мочи с воспаленной или раздраженной слизистой оболочкой уретры. Патологический процесс обусловлен сокращением мышц детрузора, перистальтикой мочеиспускательного канала и усугубляется этими же механизмами, что стимулирует подслизистые болевые рецепторы. Такая стимуляция в свою очередь приводит к боли или жжению во время мочеиспускания. Истинная дизурия требует дифференцировки от других симптомов, которые также могут возникать из-за дискомфорта в малом тазу при различных заболеваниях мочевого пузыря и других тазовых патологических процессах. Это, например, интерстициальный цистит и заболевания периферической нервной системы или кишечника»².

У многих наших пациенток обнаруживаются не только дизурические симптомы, но и повторяющиеся боли, локализованные в проекции влагалища и других органов малого таза, а также внизу живота (в гипогастриальной области). Здесь мы уже переходим к разговору о синдроме хронической тазовой боли (СХТБ), часто имеющей невоспалительный характер.

Один из вариантов СХТБ у женщин — синдром болезненной уретры (СБУ). Так называется появление рецидивирующих болевых эпизодов по ходу мочеиспускательного канала, обычно возникающих при мочеиспускании в дневное время. Характерна ноктурия на фоне отсутствия доказанной инфекции или иной очевидной патологии уретры. Американские коллеги подсчитали, что такие пациентки составляют до 30 % женщин с симптомами нижних мочевых путей (СНМП); иными словами, это приблизительно 5 млн обращений к урологу в год.

В основе СБУ могут лежать воспаление ближайших к мочеиспускательному каналу органов (скинеит, вагинит/вагиноз), уретральный спазм, гипоэстрогенное состояние СО уретры, шейки мочевого пузыря или влагалища. Сюда же относятся нейропатия тазового нерва, гипертонус мышц (в том числе сфинктеров) тазового дна; синдром Фоулер; местные аллергические реакции со стороны органов женской репродуктивной системы; последствия гинекологических/акушерских травм, операций на промежности; анатомические дефекты (включая уретральные стенозы и дивертикулы). Наконец, среди причин синдрома — психосоматические и психосоциальные расстройства.

«Женский простатит»

Разбирая этиологию СБУ, следует остановиться на признаках скинеита, неофициально именуемого «женским простатитом», — острого или хронического рецидивирующего инфекционного воспаления скиниевых желез. Заболевание может про-

являться дискомфортом в проекции мочеиспускательного канала, дизурией, пальпаторной болезненностью в парауретральной области, появлением парауретральной или в просвете канала патологических выделений при пальпации и массаже передней стенки влагалища. Симптоматика усугубляется нарушениями интимной сферы: диспареунией или дискомфортом при сексуальных контактах, посткоитальными обострениями. При рецидивирующем течении возможны тазовые боли. Ухудшение же общего состояния, слабость, лихорадка наблюдаются крайне редко.

Закупорка выводных протоков воспаленной железы, скопление в ее просвете секрета и экссудата способны привести к формированию парауретральной кисты. В дальнейшем объемное образование может инфицироваться и нагнаиваться с развитием абсцесса. В случае распространения микроорганизмов, персистирующих в очаге воспаления, на смежные органы скинеит осложняется хроническими рецидивирующими циститами и уретритами.

Уточнить диагноз помогают УЗИ мочеиспускательного канала с целью обнаружения парауретральных изменений; МРТ органов малого таза; анализ мочи, где обычно выявляются лейкоцитурия и бактериурия. Важен посев мазка из уретры на микрофлору, позволяющий идентифицировать вызвавшего скинеит возбудителя и определить его чувствительность к антибиотикам. Консервативное лечение предполагает антибактериальную и противовоспалительную терапию на фоне регулярных дренирующих манипуляций. При формировании парауретральных кист и их осложнении абсцедированием выполняется оперативное вмешательство — дренирование абсцесса и удаление кисты в плановом порядке.

Дивертикул уретры

У наших пациенток встречается и такое осложнение скинеита, как дивертикул уретры (ДУ), о котором хотелось бы рассказать подробнее. Речь идет о появлении в стенке мочеиспускательного канала мешковидного углубления, сообщающегося с ним посредством узкой шейки. Причинами помимо воспаления протоков скиниевых желез могут быть травма уретры при ее бужировании или акушерских операциях, осложнения вагинальной/уретральной хирургии либо парауретральных инъекций для лечения стрессового недержания мочи. В свою очередь, осложнениями ДУ становятся рецидивирующая инфекция мочеиспускательного канала и мочевого пузыря, задержка выведения мочи, камни дивертикулов и примерно в 1–6 % случаев — малигнизация с развитием карцином/аденокарцином.

Жалобы и сопутствующие расстройства у женщин с этим устанавливаемым впоследствии диагнозом разнообразны. Прежде всего это ощущение неполного

¹Материал представлен в лекции в рамках авторского проекта «Цистит. Срываем маски» в эфире uro.tv.

²Dysuria: What You Should Know About Burning or Stinging with Urination. Am Fam Physician. 2015;92(9):Online [PubMed: 26554482]

опорожнения мочевого пузыря, постмикционный дриблинг (подтекание мочи), стрессовая инконтиненция, частые инфекции органов мочевыделительной системы. Кроме этого, выявляются дизурия, urgency и учащенное мочеиспускание, боли в надлобковой области и гнойные выделения из уретры.

Для диагностики после осмотра в литотомическом положении на кресле обычно проводят уретроскопию, назначают УЗИ, микционную цистоуретрографию и МРТ органов малого таза. В случае подтверждения диагноза лечение консервативное: антибиотикотерапия, постмикционная декомпрессия, периодические аспирации содержимого ДУ. При необходимости выполняются марсупиализация дивертикула и наряду с ней — эндоскопические манипуляции: рассечение «холодным» ножом устья дивертикула, электрорезекция либо дивертикулэктомия с последующей пластикой уретры. В данном случае марсупиализация (сумкование) предполагает выполнение разреза через заднюю стенку уретры и переднюю стенку влагалища до устья дивертикула. Затем стенки обоих органов ушивают, а полость дивертикула соединяют со слизистой оболочкой передней стенки влагалища. Операция способствует отхождению патологического содержимого и позволяет сформироваться новому протоку в скиниевой железе.

Синдром Фоулер: молодая и загадочная болезнь

Среди широкого спектра причин СБУ необходимо помнить о синдроме Фоулера (СФ), впервые описанном в 1985 г. профессором Клар Дж. Фоулер. Патология заключается в задержке мочи или неполном опорожнении мочевого пузыря у женщин 20–30 лет, отличается изнуряющим и нередко осложненным течением. Проблема в данном случае вызвана недостаточностью сфинктера уретры (мышца, которая отвечает за удержание мочи), то есть его неспособностью расслабиться в нужный момент. В большинстве ситуаций СФ развивается после гинекологических операций или острых заболеваний. Причина его до настоящего времени не ясна; нет объяснения и тому факту, что в 50 % случаев синдром сочетается с поликистозом яичников.

СФ проявляется целым спектром симптомов, главный из которых — безболезненная задержка мочеиспускания при объеме остаточной мочи свыше 1 л. Могут наблюдаться эпизоды прерывистого выделения мочи. У части женщин нормальные позывы при наполнении пузыря сменяются болевыми ощущениями; других беспокоят дискомфорт или чувство тяжести в проекции мочевого пузыря на фоне невозможности его адекватного опорожнения. Некоторые пациентки испытывают боли в области спины, крестца.

Уродинамическое обследование выявляет следующие изменения: повышение емкости мочевого пузыря, уменьшение или полное отсутствие его сократимости со снижением чувствительности; уменьшение скорости потока мочи; зияние шейки пузыря с сужением диаметра средней и дилатацией проксимальной частей уретры. При электромиографии регистрируются повторяющиеся всплески патологической активности и аномального торможения. Наконец, трансвагинальное УЗИ уретрального сфинктера обнаруживает его существенное утолщение.

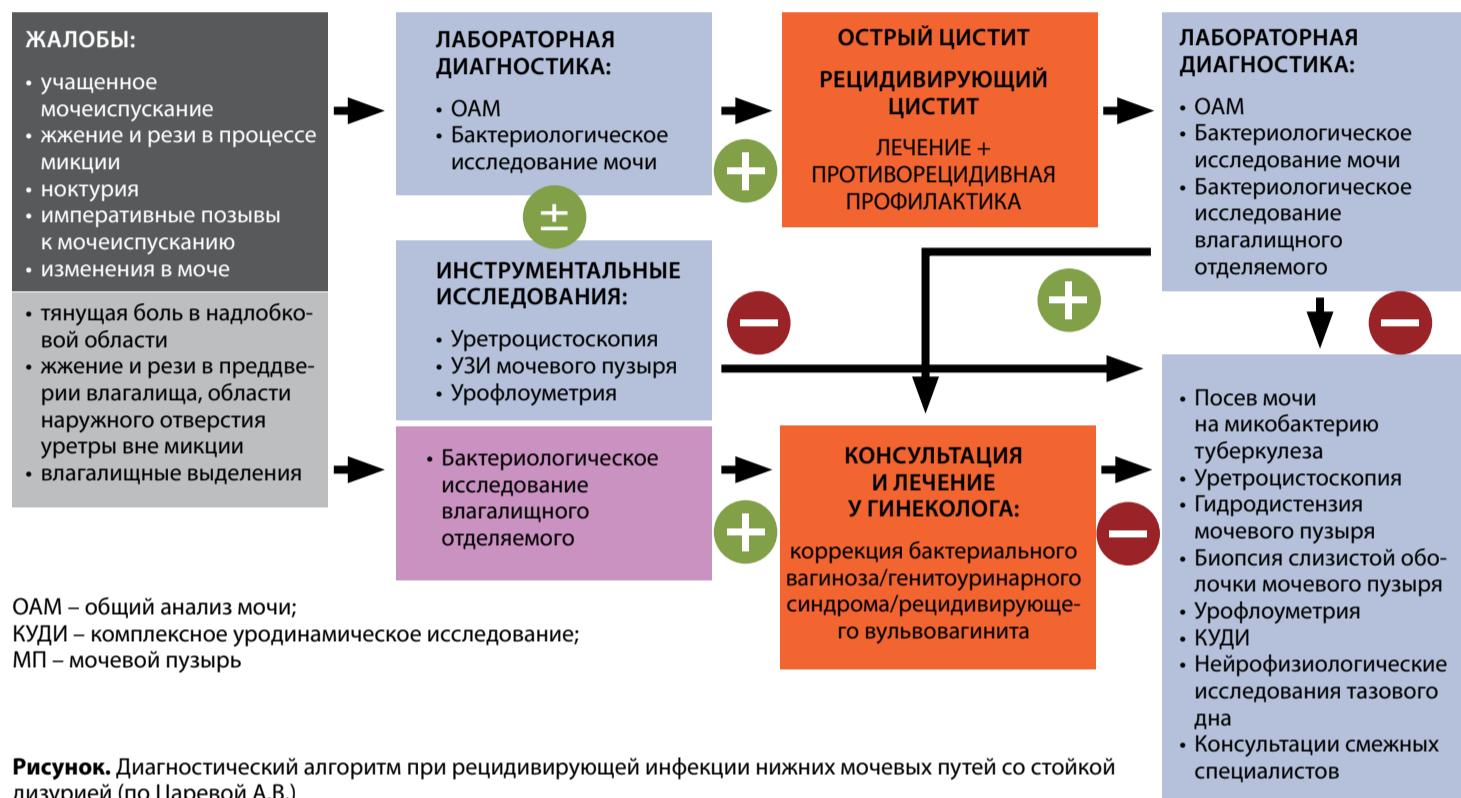
Самый эффективный метод восстановления мочеиспускания у пациенток с СФ — это стимуляция крестцового нерва, или сакральная нейромодуляция. К сожалению, в России она пока доступна ограниченно из-за высокой стоимости и недостаточного количества необходимых устройств. Наиболее же распространенный способ лечения заключается в интермиттирующей (периодической) катетеризации — введении через регулярные промежутки времени катетера в мочевой пузырь, чем достигается его опорожнение. Обучить женщину такой процедуре несложно; в этом случае она получает название самокатетеризации (аутокатетеризации).

Ультрасонографическое исследование мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи, уретроцистоскопию и урофлоуметрию.

В подобных клинических ситуациях трудно упрекнуть специалистов в гипердиагностике — столь значительный набор исследований действительно использовался нами обоснованно. Изложенный материал показывает, насколько сложна и многопланова семиотика СБУ. Именно поэтому для уточнения диагноза и назначения терапии нужна качественная дифференциальная диагностика с большим количеством других патологических процессов. Важно

α1-адренергический механизм контроля тонуса мочеиспускательного канала и шейки мочевого пузыря подтверждает целесообразность назначения α1-адреноблокаторов женщинам, в том числе при СБУ. В результате действия тамсулозина снижается тонус гладких мышц уретры и мочевого пузыря, улучшается их кровоснабжение; купируется боль, облегчается отток мочи. Одновременно уменьшаются другие проявления дизурии. Эффект проявляется приблизительно через 2 нед от начала приема препарата.

Что касается хирургического лечения СБУ, то в литературе описаны дилатация



ОАМ – общий анализ мочи;
КУДИ – комплексное уродинамическое исследование;
МП – мочевой пузырь

Рисунок. Диагностический алгоритм при рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей со стойкой дизурией (по Царевой А.В.)

Наш клинический опыт

С 2017 по 2022 г. в нашем центре проведено комплексное обследование и лечение 48 женщин с СБУ. Средний возраст их составлял 37,8 года, длительность заболевания — 3,8 года. Пациентки заполняли опросник «Шкала симптомов тазовой боли, императивного, учащенного мочеиспускания» и дневник мочеиспускания, который мы рекомендуем вести всем нашим больным. Затем следовали объективный осмотр и физикальное обследование, включающее вагинальное исследование с пальпацией парауретральной области.

У всех пациенток мы обнаружили жжение и дискомфорт в уретре при мочеиспускании, эмоциональную лабильность; у подавляющего большинства (87–94 %) — жжение, дискомфорт, боли и зуд в преддверии влагалища во время мочеиспускания, учащенные позывы к нему и диспареунию. Ноктурия, сухость/дискомфорт во влагалище, тянущие боли/дискомфорт в надлобковой области и промежности имели место в 44, 37 и 21 % случаев соответственно. Из лабораторных методов обследования применяли, кроме общего анализа крови, мочи и исследования ее по Нечипоренко, бактериальный посев мочи с двукратным определением чувствительности к антибактериальным препаратам; микроскопическое исследование соскобов из цервикального канала, преддверия влагалища и уретры. Изучали видовой и количественный состав вагинальной микрофлоры для выявления возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), посредством амплификации нуклеиновых кислот и Фемофлор 16³. Инструментальные методики включали

и то, что в отличие от тазовой боли для СБУ у женщин пока не существует клинических рекомендаций с доказательными установками относительно обследования и лечения. Учитывая это, при ведении таких больных мы ориентировались прежде всего на опыт зарубежных и российских специалистов, отраженный в литературе. По итогам 4-летней работы создан диагностический алгоритм для женщин, страдающих рецидивирующей инфекцией нижних мочевых путей (РИНМП) со стойкой дизурией (рис.).

Нашим пациенткам мы в большинстве случаев устанавливали диагнозы «хронический цистит», «уретрит», «генитоуринный менопаузальный синдром» (ГУМС) и «гиперактивный мочевой пузырь».

Лечение СБУ на сегодняшний день разработано не полностью. Если в качестве причины выступает воспаление, следует назначить антибиотикотерапию. Помимо антибиотиков в борьбе с этим синдромом применяются миорелаксанты, прегабалин, топические эстрогены, антидепрессанты, ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5), протекторы СО уретры и мочевого пузыря, инстилляционные растворы гепарина, гиалуроновой кислоты. Нужно выделить хорошие результаты терапии тамсулозином — избирательным блокатором постсинаптических α1-адренорецепторов, в наибольшей степени подтипов α1A и α1D, модулирующих сокращения гладких мышц и сосудистой стенки. В экспериментах на животных доказано, что в уретре самцов и самок плотность и аффинность таких рецепторов одинаковы. Идентичный у обоих полов

мочеиспускательного канала бужированием, уретропластикой, рассечение парауретральных спаек; сакральная электростимуляция; ботулинотерапия; аргоноплазменная абляция метаплазированной СО шейки мочевого пузыря и уретры; воздействие с помощью ND:YAG — неодимового лазера. Операции «последнего шанса», как их иногда называют, — это исключительно четко обоснованное и рациональное применение хирургических методик (в особенности внутрипузырных и интрауретральных вмешательств), способных купировать стойкий болевой синдром за счет деструкции эпителия и рецепторов в СО мочевого пузыря.

Подытоживая, можно с уверенностью сказать, что женская уретра остается своего рода «серой зоной» современной урологии и урогинекологии. Стойкая симптоматика в виде жжения и дискомфорта в проекции уретры, сопровождающаяся расстройствами мочеиспускания и ухудшающая качество жизни больных, далеко не всегда позволяет отчетливо идентифицировать локализацию и характер патологического процесса. Оценка характера жалоб, детальный сбор анамнеза, синдромальный подход к диагностике позволяют сформировать тактику ведения пациенток с «жжением в уретре». Тема женского уретрита требует продолжения изучения и анализа клинической практики для совершенствования диагностических подходов и формирования эффективных лечебных программ. ³

Список литературы находится в редакции

Подготовил Александр Рылов, к.м.н.

³Расширенное молекулярно-биологическое исследование качественного и количественного состава микрофлоры мочеполовых путей у женщин, включающее оценку общей бактериальной массы, состоящая из нормофлоры, определение широкого спектра клинически значимых условно-патогенных микроорганизмов, в том числе микоплазм, уреоплазм и грибов рода Candida.

Слово врача: что говорит закон?

Ситуация с COVID-19 очень ярко показала цену высказываний некоторых врачей, которые делали публичные заявления с телеэкранов и в социальных сетях. Одни старательно убеждали телезрителей, что никакого ковида нет, другие выступали с прямо противоположными заключениями, связанными с пандемией: от «не страшнее гриппа» до «прививайтесь немедленно». Предусмотрена ли ответственность для «докторов-блогеров», дающих конкретные рекомендации по лечению пациентов в сети? Отвечает кандидат юридических наук, адвокат, учредитель юридической компании «Факультет медицинского права», вице-президент фонда поддержки противораковых организаций «Вместе против рака», член рабочей группы по онкологии, гематологии и трансплантации Комитета по охране здоровья Государственной Думы Российской Федерации, эксперт «регуляторной гильотины» Полина ГАБАЙ.



— Полина, врачи нередко делают заявления на публику. В каком случае возможна ответственность за них?

— Если люди выражают свое личное мнение, то имеют право его высказывать. Поэтому чаще всего в публичном пространстве говорят «я думаю», «по моему мнению» и пр. Главное, чтобы высказывания не ущемляли чести, достоинства и деловой репутации третьих лиц. Когда человек говорит как публичная персона, он несет ответственность за свои слова. Однако для осуществления именно врачебной консультации необходимы врачебный кабинет и соответствующие условия. Если врачи в социальной сети дают конкретные рекомендации или советы, которые могут быть квалифицированы как медицинская рекомендация, то это запрещено законом. Любые адресные советы, потенциально влияющие на жизнь и здоровье людей, в публичном пространстве недопустимы.

— Очень многие в эту пандемию стали блогерами, они публикуют свои или чужие схемы лечения. Для этого нужна какая-то лицензия?

— Медицинское блогерство может быть разных видов. Человек может давать цитаты из разных медицинских источников. Если же речь идет о конкретных рекомендациях конкретным людям — это называется медицинской деятельностью, которая должна осуществляться с лицензией и во врачебных условиях, а не в «Инстаграме» и не в «Вотсапе». Медицинские консультации в соцсетях запрещены и врачам, и «не врачам». И даже если клиника имеет лицензию на медицинскую деятельность, в соцсетях она никого консультировать не может. Телемедицинские консультации должны осуществляться в жестких рамках — по закрытым каналам связи, с подписанием документов, идентификацией всех участников и пр.

И все же сфера медицинского блогинга (как и блогинга вообще) в России регламентирована крайне скудно. У нас даже нет в законодательстве понятия «блогер». Поэтому есть множество сложностей в вопросах, связанных с ответственностью медийных докторов и прочих лиц, дающих

медицинские рекомендации онлайн и публикующих информацию по различным медицинским темам. В связи с указанным ответить кратко и однозначно на гипотетические вопросы без привязки к конкретным случаям не представляется возможным, поскольку основания для ответственности (как и ее виды) за те или иные действия лиц как с медицинским образованием, так и без него будут зависеть от конкретных обстоятельств того или иного дела.

Чтобы прояснить ситуацию в целом расскажу о ключевых моментах, касающихся ответственности медицинских блогеров и иных «онлайн-лекарей».

Медицинская деятельность и медицинское блогерство являются разными видами деятельности, осуществляемыми в разных целях и посредством разных цифровых платформ. Медицинская деятельность — это профессиональная лицензированная деятельность по оказанию медицинской помощи. Действующее законодательство предусматривает только один допустимый формат информационных технологий, посредством которого пациенту может дистанционно оказываться медицинская помощь, — телемедицинские технологии. И они, как я уже отмечала, должны использоваться с соблюдением ряда условий. При этом круг телемедицинских консультаций ограничен: с их помощью можно лишь корректировать ранее назначенное лечение пациенту с уже установленным диагнозом, принимать решение о необходимости проведения очного приема врача (осмотра, консультации) и/или рекомендовать пациенту проведение предварительных обследований, если диагноз еще не установлен. То есть даже медицинские организации и работники, имеющие необходимые разрешительные документы, не вправе дистанционно консультировать пациентов, давать рекомендации, назначать лечение и т. д. не иначе как, посредством телемедицинских технологий и при условии выполнения ряда жестких требований.

Однако на практике мы наблюдаем, как пациентам оказывают дистанционные консультации, проводят онлайн-диагностику, назначают и отменяют лекарства — и при этом не в рамках телемедицинских технологий, а в соцсетях. Медблогеры могут как давать индивидуальные рекомендации конкретным пациентам, так и распространять общеобразовательную информацию по различным медицинским вопросам в просветительских целях для широкой аудитории. Но между «могут» и «имеют право» существует принципиальная разница.

Все медицинские блоги можно подразделить на три группы: блоги медработников, медорганизаций и тех, кто не является медицинскими работниками. Кроме того, медицинские темы часто затрагивают не только блогеры, но и медийные лица, не имеющие никакого отношения к сфере здравоохранения, однако высказывающие свое мнение относительно отдельных ме-

дицинских вопросов (например, вакцинироваться или нет), рассказывающие о личном опыте лечения, приема лекарств, витаминов, БАД и пр. При этом очевидно, что их «советы» могут оказывать реальное влияние на отношение людей к той или иной медицинской проблеме. Ну и, как мы уже отмечали, популярны — как в России, так и в других странах — телевизионные медицинские передачи, в которых рассказывается (в том числе врачами), как эффективнее лечить те или иные заболевания, какие группы лекарственных препаратов предпочтительнее в тех или иных случаях и т. д.

Любая медицинская или «околомедицинская» блогерская и просветительская деятельность сопряжена с рядом юридических рисков. Но конкретный потенциальный вид ответственности будет зависеть от конкретных обстоятельств дела. Теоретически как для медицинских блогеров, так и для прочих медийных лиц, занимающихся «онлайн-врачеванием», могут существовать риски привлечения и к гражданско-правовой, и к административной, и даже к уголовной ответственности (при условии

препаратов (и, например, на основе данных инструкций принимать решение о приеме лекарств) и т. п.

Однако первостепенную важность имеет разграничение непосредственно блогерской деятельности от медицинской, поскольку в первом случае ответственность за решение воспользоваться информацией будет лежать на ее потребителе, а во втором — на лице, ее предоставляющем. Блогерская деятельность — как медицинских работников, так и лиц, не являющихся медиками, — представляет собой информационную услугу, носящую справочный характер и не имеющую целей постановки диагноза или назначения/корректировки лечения.

Медицинские блогеры должны соблюдать общие требования и запреты законодательства, связанные с распространением информации и охраной объектов интеллектуальной собственности. Риски юридической ответственности при осуществлении блогерской деятельности в области медицины могут возникнуть, например, если не соблюдена грань между информационной услугой в рамках блогерской деятельности



наличия в их действиях соответствующего состава правонарушения/преступления).

Важно понимать, что блогерская деятельность как информационная услуга все-таки имеет право на существование. В личных блогах авторы (как медработники, так и прочие лица) вправе публиковать различную информацию, в т. ч. на медицинскую тематику, если она не является прямым руководством к действию и не содержит персональных назначений, а также не нарушает иных требований действующего законодательства. А пользователи сети вправе потреблять блогерский контент, равно как и покупать и читать профессиональную медицинскую литературу, смотреть документальные медицинские фильмы, медицинские телепередачи, читать инструкции по применению лекарственных

и предоставлением медицинской услуги, нарушены требования законодательства о рекламе медицинских услуг или о неразглашении врачебной тайны.

— Какая ответственность может грозить за конкретные онлайн-рекомендации и указания по лечению?

— Существуют риски привлечения не только к гражданско-правовой, но и к административной, и к уголовной ответственности (конечно, при определенных условиях). Теоретически действия врача-блогера или иного лица, предоставляющего медицинские консультации или другую медицинскую помощь онлайн, могут образовывать составы административных правонарушений и уголовных преступлений, в том числе по ч. 2 ст. 14.1 КоАП РФ (осуществле-

ние предпринимательской деятельности без специального разрешения (лицензии), если такое разрешение (лицензия) обязательно (обязательна)); ст. 235 УК РФ (осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности лицом, не имеющим лицензии на данный вид деятельности, при условии, что такая лицензия обязательна, если это повлекло по неосторожности либо причинение вреда здоровью человека, либо смерть человека); ст. 238 УК РФ (оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей); ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности). В теории ответственность по указанным составам правонарушений и преступлений может наступать за онлайн-лечение как для медработников, так и для лиц, не имеющих права осуществлять медицинскую деятельность. Все зависит от конкретных обстоятельств дела.

Тем не менее на практике доказать вину по составам преступлений, предусматривающим ответственность при условии наступления вреда здоровью или смерти лица, достаточно сложно. Необходимо подтвердить результатами судебно-медицинской экспертизы прямую причинно-следственную связь между неблагоприятным исходом заболевания и действиями человека, который консультировал больного. Могу привести пример, когда врача — ВИЧ-диссидента, который убеждал своих подписчиков отказаться от приема необходимых препаратов для лечения ВИЧ (в результате чего из-за отсутствия лечения они умирали), так и не осудили. В то же время в некоторых случаях (ст. 14.4, ч. 2 ст. 14.1 КоАП РФ, ст. 238 УК РФ) для привлечения к ответственности достаточно лишь факта незаконной медицинской онлайн-консультации без наступления негативных последствий для здоровья или жизни пациента.

Однако в рамках произведенного нами анализа судебной практики не было обнаружено дел о привлечении к ответственности медицинских блогеров (или иных медийных лиц) ни по статьям, требующим наступления негативных последствий, ни по статьям без таковых. Значит, таких дел у нас в стране либо нет, либо их крайне мало, даже несмотря на то, что общество с регулярной периодичностью сотрясается от новостей об очередной жертве «онлайн-лекаря». И причины не только в сложностях с доказательствами: люди могут не обращаться в правоохранительные органы, «лекарь» может проживать в другой стране и пр.

— Если затронуть тему распространения недостоверной медицинской информации в сети — в период пандемии у нас ввели ответственность за распространение фейков. Между тем появились доктора, которые охотно и беззастенчиво делятся ими в сети...

— В УК РФ и КоАП РФ были введены новые специальные составы преступлений/правонарушений, связанные с распространением заведомо ложной информации. Составы предусматривают ответственность не только за «ковидные» фейки, но и за иную недостоверную общественно значимую информацию, а также недостоверную информацию об иных обстоятельствах, представляющих угрозу жизни и безопасности граждан. А некоторые составы административных правонарушений, направленные на борьбу с информационными фейками, были включены в КоАП РФ еще до пандемии, в 2019 году. В целом это несколько статей об ответственности за публичное распространение под видом достоверных сообщений заведомо ложной общественно

Медицинские консультации в соцсетях запрещены и врачам, и «не врачам». Даже если у клиники есть лицензия на медицинскую деятельность, сотрудники не имеют права давать консультации в соцсетях. Телемедицинские консультации осуществляются в жестких рамках — только по закрытым каналам связи, с подписанием документов и пр.

значимой информации, которая наносит тот или иной вред.

Теоретически при определенных обстоятельствах медицинские блогеры, а также иные медийные лица, в т. ч. не имеющие отношения к медицине, но публикующие ложные сведения по тем или иным медицинским вопросам (например, распространяющие информацию о способах лечения определенных заболеваний, пропагандирующие ВИЧ- или COVID-диссидентство, распространяющие фейки о бесплодии и иных негативных последствиях вакцинации против COVID-19 и пр.), могут быть привлечены к ответственности по какой-либо из этих статей. Но это крайне затруднительно.

Во-первых, ответственность по данным составам может наступать не за любые медицинские фейки, а только за ту недостоверную информацию, которая является общественно значимой или содержит сведения об обстоятельствах, представляющих угрозу жизни и безопасности граждан. При этом зачастую недостаточно установления непосредственно факта распространения определенной недостоверной информации; должно быть установлено также событие наступления определенных неблагоприятных последствий. Во-вторых, все составы преступлений и правонарушений предусматривают, что лицо, совершившее распространение недостоверной опасной информации, должно заведомо знать, что она является недостоверной (что, конечно, сложно доказуемо). А из-за того, что термины нередко трактуются неоднозначно, на практике сложно установить, подпадает ли распространенный фейк под категорию недостоверной информации, за которую предусмотрена ответственность. И все же судебная практика привлечения к ответственности за распространение фейков о коронавирусе и призывы к несоблюдению «противоковидных» требований у нас уже есть. Одну москвичку даже привлекли к уголовной ответственности: она распространяла в своих соцсетях информацию о якобы продаже китайских масок, доставленных к нам гуманитарным грузом.

— Но такие дела — скорее исключение, чем широкая практика?

— Они скорее носят характер «публичной порки». А полноценная практика по привлечению к ответственности за действительно недобросовестные опасные публикации, тем более не только в части коронавируса, но и других не менее важных медицинских тем, отсутствует, равно как и правоприменительная практика за «онлайн-лечение», в том числе калечащее. Это происходит по многим причинам, в том числе из-за несовершенства законодательного регулирования в данной сфере.

С другой стороны, есть ряд составов преступлений/правонарушений, под которые все-таки могут подпадать действия


недобросовестных «онлайн-врачей» и иных медийных личностей, как дающих конкретные рекомендации по лечению онлайн, так и публикующих опасную общедоступную недостоверную информацию относительно определенных медицинских вопросов. Полагаем, для того чтобы на практике заработали хотя бы уже существующие механизмы правоприменения и недобросовестные блогеры начали нести ответственность за свои «советы», тем более когда такие «советы» действительно приводят к смерти больного или иным тяжелым последствиям, гражданское общество — впрочем, как и каждый человек, столкнувшийся с подобным или ставший ему свидетелем — должно занять более активную позицию и пытаться «добиваться правды» от правоохранительных органов (конечно же, посредством законных инструментов). Наряду с этим необходимо изменить подход к данной проблеме и правоохранительным органам, поскольку в настоящее время они явно не справляются с ситуацией в онлайн-пространстве и новые трагедии, к сожалению, не заставляют себя ждать.

— Научный сотрудник и врач — равноправны ли они с точки зрения возможности лечения больных? Ведь получается, что «н.с.» — это про науку. И если он не имеет совместительства на врачебной ставке, то насколько правомерно его участие в лечебном процессе?

— В настоящее время ФЗ N 323-ФЗ позволяет научным работникам осуществлять медицинскую деятельность, в т. ч. заниматься лечением пациентов, но при определенных условиях (они определены в ч. 2.1 ст. 69 ФЗ N 323-ФЗ).

Во-первых, медицинская деятельность разрешена только двум категориям научных работников, а именно: научным работникам, осуществляющим практическую подготовку обучающихся по медицинским образовательным программам; научным работникам, осуществляющим научные исследования в сфере охраны здоровья.

Во-вторых же, для осуществления медицинской деятельности научным работником, как и медработником, необходимо иметь сертификат специалиста либо свидетельство об аккредитации (а для их получения научный работник должен соответствовать требованиям к квалификации, предъявляемым к соответствующей медицинской специальности, в т. ч. в части профессионального образования и пр.).

В случае если научный работник осуществляет медицинскую деятельность (а значит, имеет сертификат специалиста либо свидетельство об аккредитации), на него распространяются права, обязанности и ответственность медицинских работников (ч. 2.1 ст. 69 ФЗ N 323-ФЗ). 

Беседовала Екатерина Пичугина

Справочно-прикладное цифровое решение в сфере онкологии, современный инструмент в ежедневной работе врача. Доступная помощь в принятии правильных врачебных решений, алгоритм их формирования и оформления

МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ ONC to day

Что включает ONCOTODAY?

- протоколы ведения пациентов;
- схемы лекарственной терапии;
- калькуляторы и шкалы;
- сопроводительная терапия;
- нежелательные явления;
- морфологическая и молекулярная диагностика;
- оценка ответа на лечение;
- правовые вопросы и комментарии;
- статистика и аналитика



Доступна также десктопная версия

Реклама

Урология сегодня

ИЗДАЕТСЯ С 2009 ГОДА

Актуальная информация о современных подходах к профилактике, о новых достижениях в диагностике и лечении урологических заболеваний, результаты последних исследований, разбор клинических случаев



ПОЧЕМУ ГАЗЕТА?

- Приближаем науку к читателю!
- Материалы в газете доступны для восприятия и ориентированы на врача-практика
- Все статьи основаны на научных исследованиях и практическом опыте



ВЫШЛО
73
НОМЕРА

ОПУБЛИКОВАНО
БОЛЕЕ
500
СТАТЕЙ

СОДЕРЖАНИЕ

- Интервью с экспертами
- Оригинальные авторские статьи
- Лекции ведущих специалистов
- Результаты клинических исследований
- Примеры из практики применения современных технологий лечения и лекарственных средств
- Отчеты о профильных мероприятиях

РАСПРОСТРАНЕНИЕ



Профильные мероприятия и выставки



Мобильное приложение



Электронные рассылки по базе специалистов



www.abvpress.ru
www.medvedomosti.media

НАШИ ЭКСПЕРТЫ

Э.А. Галлямов | А.В. Игнатовский | А.С. Калпинский
М.В. Леонова | К.Л. Локшин | Т.Г. Маркосян | Г.Ж. Мсхала
С.Б. Петров | С.А. Рева | В.С. Саенко | Л.А. Синякова,
Е.А. Соколов | Т.В. Шатылко | К.А. Ширанов и другие

ФОРМАТ: 280 x 420 мм (А3) | ОБЪЕМ: 12–20 полос | ТИРАЖ: 5 000 экз.
ПЕРИОДИЧНОСТЬ: 6 выпусков в год

ИЗДАНИЕ ДОСТУПНО

ВСЕМ МЕДИЦИНСКИМ
СПЕЦИАЛИСТАМ
РОССИИ
И СТРАН
БЛИЖНЕГО
ЗАРУБЕЖЬЯ



НАШИ ПАРТНЕРЫ:



+7 (499) 929-96-19

info@abvpress.ru

НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО — СООБЩЕСТВО
МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

АБВ
ПРЕСС
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ

Урология сегодня № 3 (74) 2023

УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»
Директор: Леонид Маркович Наумов

РЕДАКЦИОННАЯ ГРУППА
Главный редактор: Николай Александрович Григорьев
Шеф-редактор: д.м.н., проф. Г.Г. Кривобородов
Руководитель проекта
и выпускающий редактор: О.А. Строковская
Директор по рекламе: К.Ю. Петренко
retrenko@abvpress.ru

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ
К.м.н. Б.Ш. Камолов
Д.м.н., проф. А.З. Винаров
Д.м.н. А.В. Говоров
Проф. Пьер Моно
К.м.н. А.С. Маркова
К.м.н. В.А. Рубанов
М.Ш. Бултыгов
А.В. Ахлестина

В.Е. Бугаев
А.А. Киричек

ВЕРСТКА
Дизайнер-верстальщик:
С.С. Крашенинникова
Корректор-редактор:
Ю.А. Никулин

ПЕЧАТЬ
Отпечатано в типографии
ООО «Юнион Принт».
Нижегород, Окский съезд, д. 2, к. 1.
Заказ № 232442.
Общий тираж 5 000 экз.
АДРЕС РЕДАКЦИИ
115478, Москва, Каширское шоссе,
24, стр. 15. Тел. +7 (499) 929-96-19
E-mail: abv@abvpress.ru

РАСПРОСТРАНЕНИЕ
По подписке. Бесплатно.
Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-36927 от 21.07.2009.
Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального согласия редакции. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Ответственность за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.



www.abvpress.ru