

Невский
урологический форум –
итоги

стр.

4

Изучение репродуктивного
потенциала мужчин
фертильного возраста
в Сибири

стр.

5

Приапизм –
тактика ведения
пациентов

стр.

16

Интервью
с председателем РОУ
проф. Ю.А. Аляевым

стр.

20

От редактора



**Баходур
Камолов**

К.м.н., врач-уролог,
главный редактор
газеты «Урология
сегодня»

kamolov@roou.ru

Уважаемые коллеги!

По традиции в конце уходящего года принято подводить итоги и делать прогнозы. На наш взгляд, одним из самых главных и значимых событий, произошедших в урологическом сообществе в этом году, стало избрание нового председателя РОУ, которым стал член-корреспондент РАМН, д.м.н., проф. Ю.Г. Аляев. Мы надеемся, что это не просто техническая смена председателя РОУ, а повод для начала кардинальных перемен как в структуре, так и в стратегии развития РОУ. Тем более что нового председателя РОУ активно поддержал ректор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова член-корреспондент РАМН проф. П.В. Глыбочко, что, несомненно, накладывает определенные обязательства при защите интересов Общества во властных структурах правительства.

Газета «Урология сегодня» не упустила возможность взять интервью у нового председателя РОУ. В своем интервью Ю.Г. Аляев (см. стр. 20) четко определил свои первые организационные задачи на новом посту – это создание единой базы урологов, которая является основой любой общественной организации, а также формирование экспертных рабочих групп по наиболее крупным субспециальностям в урологии, в состав которых войдут специалисты, обладающие высокой квалификацией, опытом, и готовые вкладывать свои силы в развитие профессионального урологического сообщества. Мы поддерживаем задачи, поставленные новым председателем РОУ, и считаем это прорывом, так как такой

подход поможет не только выявить молодых и талантливых урологов в Обществе, но и станет стимулом для их честного и справедливого подъема по профессиональной лестнице. Такого подхода, к сожалению, не хватает в нашей стране во многих областях медицины.

Газета готова активно поддерживать публикациями работу экспертных групп. Мы считаем, что развитие субспециальностей урологии – очень важное направление, которое дает возможность нашим урологам, работающим в «полях» и на местах, стать разносторонне развитыми специалистами. Именно по такому пути пошли в свое время зарубежные урологические ассоциации, и до сих пор развитие субспециальностей является приоритетом их деятельности. Также это покажет чиновникам из Минздрава, что урология состоит из ряда крупных направлений и сама по себе является самостоятельной специальностью, а не хирургической субспециальностью. Мы надеемся, что активная работа экспертных групп РОУ окажет заметное влияние на изменение статуса урологии и станет одним из ключевых аргументов в пользу возвращения урологии в реестр основных медицинских специальностей.

Наша газета ценит открытость нового председателя РОУ, его взгляд на ситуацию и конструктивные задачи по ее изменению. Поэтому мы решили поддержать начинания Ю.Г. Аляева и призываем всех специалистов, которые причисляют себя к урологическому сообществу, также откликнуться на запросы председателя РОУ и сделать вклад в становление Общества, который вам по силам: заполнить анкету уролога, помочь в подготовке Конгресса РОУ, включиться в работу экспертных групп.

С Новым годом, коллеги! И с новыми задачами, которые могут быть реализованы только общими усилиями. Я надеюсь, что в 2013 году начнется консолидация сообщества урологов, которая поможет РОУ стать современной, открытой и эффективной организацией.

Тема номера

АНТИБИОТИКИ

Появление антибиотиков ознаменовало начало новой эры в медицине и было отмечено Нобелевской премией. Всего через полвека ожесточенной и порой неоправданной войны с микробами человечество стало на грань возвращения в доантибиотическую эру. УС предлагает разобраться в проблеме и обсудить возможные стратегии, направленные на сохранение некогда революционных медикаментов.

Антибиотики: невозобновляемый ресурс



**Андрей
Зиновьевич
Винаров**

Д.м.н., проф., зам.
директора по научной
работе НИИ уронефро-
логии и репродуктивного
здоровья человека ФГБУ
«Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова»
Минздрава России
avinarov@hotmail.com

Разработка и внедрение антибиотиков похорожи на гонку вооружений – победу одерживают то люди, то микробы. Отсутствие правильной стратегии – основная причина потерь и проигрыша человека в борьбе с инфекциями.

Глобальная резистентность

Устойчивость к антибактериальным препаратам – это естественный биологический ответ микроорганизмов на масштабное применение лекарств. Но, если в начале 40-х годов XX века клиницисты сталкивались с единичными эпизодами инфекций, вызванных сверхстойкими бактериями, то сейчас антибиотикорезистентность стала глобальной проблемой.

«Ежегодно фиксируется около 440 000 новых случаев инфицирования людей микобактерией со множественной лекарственной резистентностью, из-за чего каждый год погибает

не менее 150 000 человек, – сообщили специалисты ВОЗ в отчете по микробной резистентности в 2012 г. (Fact sheet № 194). – Огромный процент внутрибольничных инфекций обусловлен такими микроорганизмами, как метициллин-резистентный золотистый стафилококк.

Учитывая данные ВОЗ, проблема резистентности может показаться эфемерной, по крайней мере, в отношении жителей развитых стран. Это не так. С устойчивыми микробами сталкивается каждый человек, вне зависимости от социального статуса и континента. «Немногие осознают, что не меньшую опасность представляют более распространенные и относительно безопасные микроорганизмы, в том числе бактерии-комменсалы и условно-патогенные микроорганизмы», – пишет Джессика МакГрегор, профессор Университета штата Орегон (Oregon State University). Утверждение проф. МакГрегор согласуется с данными, опубликованными европейскими экспертами. Так, в 2008 г. специалисты European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), The European Medicines Agency (EMA) и The international network Action on Antibiotic Resistance (ReAct) составили список наиболее обременительных инфекций. Таковыми оказались метициллин-резистентный золотистый стафилококк

Продолжение на стр. 2 ▶

Коротко

Исследование «Магнолия»

Европейская ассоциация урологов приглашает принять участие в исследовании «Магнолия»

Фонд исследований Европейской ассоциации урологов (EAURF) приглашает российских специалистов, имеющих опыт лечения больных инвазивным раком мочевого пузыря (РМП), принять участие в международном мультицентровом исследовании «Магнолия» – **рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании с двойным слепым контролем (фаза II).**

Его целью является изучение безопасности и эффективности иммунотерапии

препаратом gesMAGE-A3 + AS15 у больных MAGE-A3 позитивным инвазивным РМП, перенесших радикальную цистэктомию.

Основу исследования составят материалы клинического обследования и наблюдения 273 пациентов, которым в течение 27 мес выполнят 13 внутримышечных инъекций: первые 5 – с интервалами в 3 нед и последующие 8 – с интервалами в 3 мес. Задачами исследования являются изучение выживаемости больных без признаков заболевания, побочных эффектов лечения и динамики показателей иммунного ответа.

В исследование могут быть включены мужчины и женщины старше 18 лет с подтвержденным при постхирургическом гистопатологическом исследовании (после цистэктоми) MAGE-A3 позитивным инвазивным (T2,3 N0,1,2 M0 или T4, N0, M0) переходо-клеточным РМП при отсутствии местных признаков заболевания и метастазирования после контрольных компьютерной и магнитно-резонансной томографий.

В настоящее время согласование участия уже прошли урологи 5 российских центров.

К рассмотрению принимаются заявки от клиник, в которых производится более 20 радикальных цистэктоми в год.

Дополнительная информация представлена на сайте <http://magnolia.uroweb.org/clinical-trial-overview/>.

Координатор исследования «Магнолия» в России – Игорь Алексеевич Корнеев, профессор кафедры урологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, iakorneyev@yandex.ru.

АНТИБИОТИКИ

◀ Продолжение, начало на стр. 1

(*Staphylococcus aureus*), ванкомицин-резистентные энтерококки фециум (*Enterococcus faecium*), карбапенем-резистентная синегнойная палочка (*Pseudomonas aeruginosa*) и устойчивые

антибиотикам не хуже других; сдерживать рост микробной резистентности необходимо общими усилиями. Таковым был послы экспертов Совета Федерации, признавших в ноябре уходящего года бактериальную резистентность государственной проблемой.

Данные об этиологическом факторе амбулаторной и нозокомиальной инфекции и ее чувствительности к антибактериальной терапии играют главную роль при эмпирическом выборе антимикробного лечения.

к цефалоспорином 3-го поколения кишечная палочка (*Escherichia coli*) и палочка Фридлендера (*Klebsiella pneumoniae*). Только в 2007 г. в Европе, Исландии и Норвегии около 25 000 пациентов умерли от этих инфекций; ежегодные дополнительные (!) траты на лечение пациентов, инфицированных резистентными штаммами составили 900 млн евро и 2,5 млн койко-дней.

К сожалению, в России нет собственных статистических данных, поэтому невозможно достоверно оценить масштабы проблемы,

От Эберса в XXI век

Урологи сталкиваются с бактериями, а значит, и с проблемой резистентности чаще других специалистов. Так, инфекционные заболевания мочевыводящих путей (ИМП) занимают 2-е место в рейтинге причин назначения антибактериальных препаратов в амбулаторной практике; «пальма первенства» многие годы достается инфекциям дыхательной системы.

Спектр возбудителей неосложненных инфекций верхних и нижних отделов мочевыводящих путей сходен: основной

О появлении резистентности к тому или иному антибиотику говорят, когда распространенность устойчивых штаммов достигает 10–15 %.

социальную значимость и прямые финансовые потери отечественной системы здравоохранения от резистентных бактерий. Тем не менее «наши» микробы «учатся» противостоять

патоген – *E. coli* (до 95 %), 2-й по распространенности – *Staphylococcus saprophyticus* (до 10 %), гораздо реже встречаются *Klebsiella spp.*, *Proteus mirabilis*. В госпитальной флоре

большой процент *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.* и *Enterococcus spp.*; чаще встречается *Pseudomonas aeruginosa*. Эти данные об этиологическом факторе амбулаторной и нозокомиальной инфекции и ее чувствительности к антибактериальной терапии играют главную роль при эмпирическом выборе антимикробного лечения.

Стоит отметить, что ИМП – это не «чума XXI века»: с инфекционными болезнями мочевыводящих путей человечество столкнулось задолго до открытия бактерий. Джеймс Кертис Никел (J. Curtis Nickel) – специалист Королевского университета в Канаде (Queen's University) и исследователь истории ИМП – обнаружил описания циститов, уретритов и пиелонефритов даже в папирусах Эберса (XVI век до н. э.). Согласно материалам Никела, античные и древнеримские «гайдлайны» рекомендовали для лечения ИМП травяные настои, свежий воздух и кровопускание. Первые же попытки медикаментозного лечения ртутьорганическими соединениями и другими небезопасными средствами датируются XIX веком.

Но только открытие антибиотиков (начало XX века) обозначило новую веху в развитии методов лечения ИМП. Первым по-настоящему эффективным антибиотиком для лечения ИМП стал нитрофурантоин. Он нарушает синтез ДНК, РНК и белков в бактериях. Несмотря на «преклонный возраст», уровень резистентности к нитрофурантоину остается невысоким в течение почти полувека. В странах Европы и США устойчивость уропатогенной *E. coli* к нитрофурантоину не превышает 5 %. В настоящее время

В последние два десятилетия была отмечена тенденция роста резистентности уропатогенной *E. coli* к ко-тримоксазолу. Эпидемиологические данные США, Великобритании, Канады и России примерно одинаковы: уровень резистентности к ко-тримоксазолу приближается к 20 %.

Фторхинолоны обладают выраженной противомикробной активностью. Но в последние десятилетия резистентность к некогда очень эффективным фторхинолонам стремительно выросла из-за их повсеместного и бездумного использования: они используются для лечения насморка, больного горла, пневмонии, цистита и десятка других инфекционных заболеваний. Возрастание резистентности к фторхинолонам – это общемировая тенденция, и в нашей стране есть отдельные регионы, в которых уровень резистентности уже превысил 15 %. Сегодня фторхинолоны отнесены к группе альтернативных препаратов для эмпирической терапии ИМП. Согласно европейским и российским национальным рекомендациям эта группа должна служить препаратами резерва в амбулаторной практике при лечении ИМП. Производное фосфоновой кислоты – фосфомицина трометамол вошел в урологическую практику в конце 80-х годов XX века.

Механизм действия фосфомицина связан с подавлением первого этапа синтеза клеточной стенки бактерий. В настоящее время эксперты EAU, IDSA и авторы российских рекомендаций «Терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов» (2012) относят фосфомицин к препаратам первой линии для эмпирической терапии неосложненных

Возрастание резистентности указывает на увеличение риска неэффективного лечения при эмпирическом назначении терапии, а не на абсолютную бесполезность препарата.

Европейская ассоциация урологов (EAU) рекомендует нитрофурантоин в качестве препарата первой линии (продолжительность лечения – не менее 7 дней, кратность приема – 4 раза в сутки).

Несколько позже – в 70-х годах XX века – в медицинскую практику вошли β-лактамы антибиотики. В молекулярной структуре этой группы противомикробных препаратов (пенициллины, цефалоспорины, карбапенемы и монобактамы) присутствует β-лактамоное кольцо, что предопределяет одинаковый механизм действия всех β-лактамов: они нарушают синтез клеточной стенки бактерий. Химическая структура, обеспечившая бактерицидные характеристики препаратов, стала для этой группы антибиотиков ахиллесовой пятой. Так, многие бактерии вырабатывают ферменты (β-лактамазы расширенного спектра действия), которые гидролизуют антибиотики. Гены, отвечающие за синтез «противоядия» к β-лактамазам, локализованы в мобильных генетических элементах. То есть подвижных последовательностях ДНК, которые позволяют обмениваться генетической информацией даже представителям разных видов. В результате уже в начале 90-х годов в России, Европе и США до 25 % уропатогенных штаммов были резистентны к антибиотикам данной группы. В настоящее время этот показатель в некоторых регионах достигает 40 %; отмечено распространение продуцентов β-лактамаз расширенного спектра из стационара в амбулаторию, что также приводит к нарастанию резистентности к β-лактамам в амбулаторной практике.

инфекций нижних мочевых путей. Фосфомицин, назначенный в виде одной единственной дозы, сопоставим по эффективности со стандартным 7-дневным курсом нитрофурантоина или 5–7-дневными курсами фторхинолонов. По данным российского исследования ДАРМИС (2012) и европейского исследования ARESC (2006), уровень резистентности к фосфомицину остается самым низким и не превышает 2 % в России и Европе.

На настоящий момент тревожных данных о значительной резистентности бактерий к фосфомицину нет. Стоит отметить, что немаловажную роль в сохранении чувствительности к фосфомицину играет уникальный механизм антибактериального действия, благодаря которому у бактерии не вырабатывается перекрестная резистентность.

О стратегии

О появлении резистентности к тому или иному антибиотику говорят, когда распространенность устойчивых штаммов достигает 10–15 %. Высокая резистентность к препарату означает, что при выборе этого медикамента риск осложнений или летального исхода у пациента возрастает. Для пациентов амбулатории высокая резистентность к препарату – это возрастание риска неэффективности терапии или приобретения хронического рецидивирующего характера заболевания.

То есть возрастание резистентности указывает на увеличение риска неэффективного лечения при эмпирическом назначении

Окончание на стр. 3 ▶

МОНУРАЛ®
ФОСФОМИЦИНА ТРОМЕТАМОЛ

Рекомендован как препарат первой линии для лечения цистита Российскими национальными рекомендациями, GL EAU, GL IDSA (США)

- Пиковая концентрация Монурала в моче в 440 раз выше уровня МПК для *E. Coli*
- Самая высокая чувствительность к *E. Coli* в России, США и странах ЕС (ARESC, ДАРМИС)
- Высокая клиническая эффективность благодаря 100% комплаенсу
- Одобен FDA для применения у детей и беременных
- 1 доза 3 г на курс лечения при терапии острого цистита
- 1 доза 3 г каждые 10 дней, курс 3 месяца – при терапии рецидивирующего цистита

Zambon

000 «Замбон Фарма»
119002, Москва, Глазовский пер., д. 7, офис 17
Тел.: (495) 933-38-30(32), факс: 933-38-31

АНТИБИОТИКИ

◀ Окончание, начало на стр. 1.

терапии, а не на абсолютную бесполезность препарата. Только при получении соответствующих бактериологических данных ничто не мешает врачу назначить медикамент, который по результатам эпидемиологических

от корректности применения лекарственных препаратов. При этом в России до 60 % назначений антимикробных препаратов безосновательны. Более того, существует возможность бесконтрольного самолечения и отмечены случаи необоснованного расширения показаний для применения анти-

вводить в практику эти группы антимикробных препаратов – это значит создавать новые резистентные штаммы и тем самым обесценивать одну из самых значительных медицинских революций.

При лечении рецидивирующих инфекций необходимо выполнять бактериологическое исследование, а не пытаться найти подходящий антибиотик наугад. Не стоит стремиться к лучшему, предлагая «более достойную»

альтернативу эффективному антибиотику. На разработку новых антибиотиков затрачивается слишком много интеллектуальных и финансовых ресурсов, поэтому антибиотики нужно беречь, а не огульно назначать с надобностью и без.

Материал подготовила
Алла Солодова,
специальный корреспондент
газеты «Урология сегодня»

«Антимикробные препараты – это невозстановимые ресурсы; резистентность коррелирует с клинической неэффективностью и создается человеком, – признали эксперты ВОЗ в 2000 г. – Только человек может решить проблему резистентности и предупредить возвращение в доантибиотическую эру».

исследований вошел в «группу риска» – признан малоэффективным.

Пожалуй, основная проблема – это не формирование резистентности, а неспособность использовать полученные знания для выработки стратегии, нацеленной не на сиюминутный результат. Ведь скорость распространения резистентности зависит

микробных препаратов, что только помогает бактериям приспособиться к медикаментам. Назначая антимикробную терапию, специалист должен мыслить стратегически. Ведь ничто не мешает, например, лечить пациентов с острым циститом цефалоспоридами 3-го или 4-го поколения. Но отвечая на вопрос, нужно ли это делать, необходимо задуматься о перспективе ближайших лет. Без надобности

От редакции

«Антимикробные препараты – это невозстановимые ресурсы; резистентность коррелирует с клинической неэффективностью и создается человеком, – признали эксперты ВОЗ в 2000 г. (Etzhan Rubinstein, Chaim-Sheba Medical Center, Tel-Hashbomer, Israel; Allan R. Ronald, University of Manitoba, Winnipeg, MB, Canada). – Только человек может решить проблему резистентности и предупредить возвращение в доантибиотическую эру».

В наступающем году редакция УС предлагает последовать посылу ВОЗ и Совета Федерации, а именно – детально обсудить спорные вопросы выбора антимикробной терапии и стратегию, предупреждающую нарастание резистентности уропатогенных штаммов.

Данные об этиологическом факторе амбулаторной и нозокомиальной инфекции и ее чувствительности к антибактериальной терапии играют главную роль при эмпирическом выборе антимикробного лечения.

СОБЫТИЯ

Дискуссия на тему последовательной таргетной терапии (Санкт-Петербург, 7 декабря 2012 г.)

В режиме оживленной дискуссии прошло одно из заседаний конференции РООУ в Северо-Западном федеральном округе, состоявшееся при поддержке компании Новартис Фарма и посвященное стратегии последовательной таргетной терапии метастатического почечно-клеточного рака (мПКР) и выбору препарата для 2-й линии. Председателем заседания был президент РООУ проф. В.Б. Матвеев. О преимуществе последовательности ингибитор тирозинкиназы (ИТК) → ИТК говорил проф. И.Г. Русаков. Другую точку зрения отстаивал проф. Эмилиано Кальво, убежденный в преимуществе последовательности ИТК → mTOR. Проф. Э. Кальво является одним из ведущих экспертов в области исследования новых лекарственных препаратов в Испании и возглавляет группу клинических исследований START в Мадриде.

На протяжении заседания мнение аудитории оценивалось по данным интерактивного голосования. Так, было показано, что большинство урологов руководствуется существующими клиническими рекомендациями при выборе таргетного лечения мПКР. Однако, как справедливо было замечено проф. И.Г. Русаковым, оптимальная последовательность таргетной терапии пока не определена. Имеющиеся практические рекомендации отражают дизайн завершающихся клинических исследований, а не индивидуальные свойства таргетных агентов. Остается неизвестной истинная эффективность препаратов в подгруппах пациентов. Предметом исследований являются также возможности комбинированной терапии и определение стандартов лечения несветлоклеточных опухолей почки.

Эффективность последовательного применения препаратов, действующих на VEGF, была продемонстрирована на основании результатов нескольких проспективных исследований преимущественно II фазы. Диапазон медианы выживаемости варьировал от 3,4 до 7,4 мес. Проф. И.Г. Русаков представил данные рандомизированного исследования III фазы

AXIS, сравнивающего акситиниб и сорафениб во 2-й линии терапии, в котором он являлся соисследователем. Терапия акситинибом сопровождалась увеличением выживаемости без прогрессирования (ВБП) по сравнению с сорафенибом и составила 4,8 против 3,4 мес в группе сунитинибрефрактерных пациентов соответственно (по результатам окончательной оценки независимого экспертного комитета). У пациентов, ранее получавших сунитиниб в течение 9 мес и более, отмечена тенденция к увеличению ВБП при терапии как акситинибом, так и сорафенибом. Было отмечено, что длительный ответ на терапию первой линии может быть предиктором эффективности 2-й линии лечения.

Проф. Э. Кальво так прокомментировал представленные результаты: только 54 % пациентов получали сунитиниб в первой линии, оставшаяся группа характеризовалась преимущественно цитокинрефрактерными опухолями, что, в свою очередь, оказывает влияние на средние показатели выживаемости.

Проф. И.Г. Русаков парировал, что в рамках первой линии терапии ВБП на фоне препаратов, действующих на VEGF, составляет 6–11 мес. При 2-й линии терапии значения ВБП обычно ниже. Отвечая на вопрос о наиболее значимых и наиболее трудно поддающихся терапии побочных эффектах ИТК, проф. И.Г. Русаков особо отметил слабость, которая часто маскируется под симптомами прогрессирования заболевания. Что касается остальных нежелательных явлений (НЯ), ассоциированных с приемом ИТК, то накопленный опыт ведения пациентов позволяет вовремя выявлять эти НЯ и проводить их коррекцию.

Проф. Э. Кальво, говоря о преимуществах использования ингибиторов mTOR во 2-й линии после первоначальной терапии ИТК VEGFR, представил результаты рандомизированного плацебо-контролируемого исследования III фазы RECORD-1 эверолимуса,

как основного протокола, демонстрирующего эффективность перехода на ингибитор mTOR во 2-й линии терапии. Эверолимус значительно увеличивал медиану ВБП по сравнению с плацебо (4,9 мес против 1,9 мес; $p < 0,001$). Доказательством преимущества использования эверолимуса именно во 2-й линии терапии является более высокий показатель ВБП после первого ИТК, чем после двух предшествующих ИТК (5,4 мес против 4,0 мес соответственно).

Комментируя распределение пациентов в исследовании RECORD-1, проф. И.Г. Русаков отметил, что только 21 % испытуемых получали эверолимус во 2-й линии терапии, в то время как в исследовании AXIS 100 % пациентов получали исследуемый препарат во 2-й линии после различных анти-VEGF агентов.

Проф. Э. Кальво заверил, что у 56 пациентов, получавших сунитиниб в качестве единственной предшествующей противоопухолевой терапии (т. е. эверолимус в качестве 2-й линии терапии) в исследовании RECORD-1, медиана ВБП составила 4,6 мес в группе эверолимуса ($n = 43$) и 1,8 мес в группе плацебо ($n = 13$). Это соответствует 78 % снижению риска прогрессирования заболевания при терапии эверолимусом ($p < 0,001$).

При отсутствии прямого сравнения значения ВБП при применении эверолимуса и акситиниба, по-видимому, схожи, однако в исследовании RECORD-1 большее число пациентов получали несколько линий предшествующей терапии по сравнению с исследованием AXIS.

Перекрывающийся механизм действия различных ИТК и ускользание опухоли из-под антиангиогенной блокады при активации альтернативных проангиогенных сигнальных путей (например, FGF/FGFR) может быть причиной развития перекрестной резистентности между анти-VEGF агентами. Возможно, у пациентов с прогрессированием или выраженной токсичностью на фоне терапии ИТК в первой линии будет оправдан переход на ингибитор mTOR эверолимус. Смена механизма действия может обеспечить восстановление чувствительности к ИТК в 3-й линии терапии.

Выслушав каждую точку зрения, большинство специалистов избрали более убедительной позицию проф. Э. Кальво и проголосовали за преимущество последовательности ИТК → mTOR. Несмотря на некоторое увеличение числа сторонников использования ингибиторов рапамицина во 2-й линии терапии к концу дискуссии данные итогового голосования были в целом сопоставимы с результатами исходного опроса аудитории, в котором большинство предпочитало использовать в качестве 2-й линии ингибиторы mTOR. А наиболее значимой проблемой и подчас решающим фактором в России при необходимости назначения 2-й и последующих линий таргетной терапии являются не характер ответа и переносимость первой линии лечения, а его стоимость.

Материал подготовила
Анна Маркова

Статья опубликована при финансовой поддержке ООО «Новартис Фарма» (Россия) в соответствии с внутренними политиками общества и действующим законодательством Российской Федерации. ООО «Новартис Фарма», его работники либо представители не принимали участия в написании настоящей статьи, не несут ответственности за содержание статьи, а также не несут ответственности за любые возможные относящиеся к данной статье договоренности либо финансовые соглашения с любыми третьими лицами. Мнение ООО «Новартис Фарма» может отличаться от мнения автора статьи и редакции.

Невский урологический форум – итоги



**Виктория
Анатольевна
Шадёркина**

Врач-уролог,
науч. редактор
урологического
информационного
портала Uroweb.ru
viktoriashade@uroweb.ru

*Вновь Исакий в облаченье
Из литого серебра.
Стынет в грозном нетерпенье
Конь Великого Петра.*

(А.Ахматова)

Нехарактерное для ноябрьского Санкт-Петербурга яркое солнце и голубое небо встретило урологов России, приехавших на I Невский урологический форум «Современные методы лечения заболеваний предстательной железы и нижних мочевых путей».

Организаторами мероприятия выступили сотрудники кафедры урологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России при поддержке Российского общества урологов, Санкт-Петербургского общества урологов и Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга.

Информационную поддержку Форума осуществляли Издательский дом «АВВ-пресс», специализированное издание для урологов «Урология сегодня» и урологический информационный портал UroWeb.ru.

Форум собрал более 230 участников со всех уголков России, вниманию которых были представлены 87 докладов и трансляция 8 операций.

С приветственным словом выступили: председатель Форума, главный уролог Санкт-Петербурга проф. Б.К. Комяков; первый заместитель председателя по здравоохранению Санкт-Петербурга д.м.н. В.Е. Желобов; заслуженный деятель науки России проф. В.Н. Ткачук; главный уролог Москвы



Начало работы Невского форума

Н.А. Михайлова. Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова была основана в Ленинграде в 1934 г. на базе урологического отделения больницы им. И.И. Мечникова. В настоящее время на кафедре урологии СЗГМУ работают 33 преподавателя, ежегодно курсы повышения квалификации посещают 360 человек. Урологи со всей России стремятся пройти обучение в легендарных стенах и получить новые качественные знания по всем темам урологии.

Дальнейшая работа Форума продолжилась в 2 залах – в одном зале проводилась трансляция операций, во втором участники слушали доклады. В первый день было выполнено 4 операции, во время которых хирурги продемонстрировали блестящую оперативную технику и настоящую профессиональную коллегиальность – все сложные моменты операций были разъяснены слушателям до мельчайших подробностей, все желающие могли задать хирургам вопросы.

Освещение темы рака предстательной железы (РПЖ) было начато с оценки возможностей ¹¹C-холин позитронно-эмиссионной томографии / компьютерной томографии

тазовой лимфаденоэктомией. Эти выводы были сделаны на основании анализа данных 164 пациентов с cT3, pT3, pN1, позитивным хирургическим краем, прооперированных на базе РМАПО с 2003 по 2012 г., у которых 5-летняя безрецидивная выживаемость составила 51,9 %, а 5-летняя выживаемость без клинического прогрессирования – 80,9 %.

Большой интерес вызвала тема выжидательной тактики у пациентов с локализованным РПЖ, чему посвятил свой доклад проф. **Е.С. Шпиленя** (Санкт-Петербург). В докладе Евгений Семенович отметил, что в США ежегодно выполняется около 120 000 РПЭ, стоимость открытой РПЭ составляет 4437 \$, лапароскопической – 5687 \$, роботизированной –

9450 \$. При этом, по мнению некоторых авторов, в 50 % случаев в операции нет необходимости – или она неэффективна, или рак «слишком мал». Такая неоправданная тактика ложится тяжелым бременем на систему здравоохранения. На основании ретроспективного анализа 418 больных с локализованным РПЖ (T1–2N0M0), установленным в 1999–2004 гг., профессор сделал выводы о целесообразности выжидательной тактики у пожилых пациентов, у которых риск смерти от сопутствующих заболеваний выше, чем риск смерти от РПЖ.

Лечение метастатического РПЖ – нелегкая задача онкоуролога, поэтому на Форуме было уделено внимание применению нового класса препаратов – высокоэффективных бисфосфонатов, обладающих избирательным действием на костную ткань. Одним из таких препаратов является Резорба, первая отечественная золедроновая кислота. Препарат подавляет активность остеокластов, не оказывает нежелательного воздействия на формирование, минерализацию и механические свойства костной ткани. Золедроновая кислота обладает также прямыми противоопухолевыми свойствами, обеспечивающими ее эффективность при костных метастазах. Немаловажным плюсом является быстрое купирование болевого синдрома, а также подавление деструкции костной ткани. Несомненно, это значительно улучшает качество жизни онкологических пациентов.

Д.м.н. **Ф.А. Севрюков**, имеющий опыт выполнения 293 биполярных трансуретральных резекций простаты (ТУЕВ) по поводу

Окончание на стр. 7

В Санкт-Петербурге в 2011 г. было зарегистрировано 462 213 урологических больных, т. е. 13 424 на 100 тыс. населения. За этот же год число посещений врача-уролога составило 593 474 человека. Всего в Санкт-Петербурге 1375 урологических коек, в том числе для детей.

проф. А.А. Камалов; профессор кафедры урологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова А.И. Новиков.

В своем докладе «Новая история кафедры урологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова» проф. **Б.К. Комяков** охарактеризовал состояние урологической службы в Санкт-Петербурге и историю развития урологии в Северо-Западном регионе. Кафедра урологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова образовалась в результате слияния двух Школ урологии – Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования и Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова, которое произошло 12 октября 2011 г. СПбМАПО с 1885 г. является первым учебным заведением в России и в мире для врачей и провизоров. Участникам Форума были представлены уникальные фотографии начала XX века с первых заседаний кафедры урологии, которые проходили на квартире ее основателя

(ПЭТ/КТ) в диагностике РПЖ (**М.А. Рыбалов**, Санкт-Петербург). Чувствительность этого метода с целью выявления рецидивов РПЖ после радиотерапии составляет 81 %, специфичность – 100 %, диагностическая ценность – 84 %. Эти же показатели для выявления рецидивов РПЖ после радикальной простатэктомии (РПЭ) с помощью ¹¹C-холин ПЭТ/КТ составляют всего лишь 35, 100 и 32 % соответственно. Эти данные помогут правильно применить данный метод и не переоценить его возможности.

Участники делились своим опытом выполнения РПЭ – робот-ассистированной и лапароскопической, НИГУ, брахитерапии, гормонотерапии. С отдаленными результатами РПЭ ознакомил урологов проф. **И.В. Лукьянов** (Москва). Он отметил, что РПЭ может применяться и как самостоятельный метод, и как компонент мультимодальной терапии у пациентов с местно-распространенным РПЖ, а у группы высокого риска операция должна сопровождаться широким иссечением нервно-сосудистых пучков на стороне поражения и расширенной

РЕЗОСКАН 99mTc
Диагностический препарат для скелетной сцинтиграфии

РЕЗОРБА
Золедроновая кислота

**ОПТИМАЛЬНАЯ
лечебно-диагностическая комбинация
при резорбции костной ткани**

РЕЗОСКАН
99mTc-золедроновая кислота

- Современная диагностика вторичных злокачественных новообразований скелета
- Раннее выявление литических, бластных смешанных метастазов при остеосцинтиграфических исследованиях
- Оценка эффективности терапии пациентов с метастазами скелета в динамике

РЕЗОРБА
золедроновая кислота

- Препарат последнего поколения в терапии резорбции костной ткани
- Эффективная терапия костных метастазов солидных опухолей и множественной миеломы
- Подавление деструкции и активация костной регенерации

**НОВЫЙ СТАНДАРТ
диагностики и терапии**

**ФАРМ
СИНТЕЗ**
ЗАО «Фарм-Синтез»
115419, г. Москва, 2-й Рошинский пр., д. 8
Тел./факс: (495) 796-9433 / 796-9434
www.pharm-sintez.ru

Настоящая забота о Вашем будущем

Изучение репродуктивного потенциала мужчин фертильного возраста в Сибири. Результаты проекта



Наталья Николаевна Кузнецова
К.м.н., врач-уролог, зам. директора по лечебным вопросам МЦ «Эргин», Кемерово
erginmc@gmail.com



Андрей Анатольевич Еркивич
Д.м.н., проф., зав. кафедрой урологии НГМУ
erkovich31@mail.ru

Репродуктивное здоровье – это категория здоровья общества, которая является одним из основных критериев эффективности социальной и экономической политики государства и фактором национальной безопасности.

«Здоровье женщины – здоровье нации». А здоровье мужчин?

Заявленное в национальном проекте «Здоровье» как приоритетное направление, усиление первичного амбулаторного звена для решения демографических проблем путем увеличения рождаемости в России стабильно сохраняет однобокое развитие. Лозунг этого направления – «Здоровье женщины – здоровье нации».

На фоне развитой лечебно-профилактической помощи женщинам система сохранения репродуктивного здоровья мужчин находится не только в зачаточном состоянии, но с 2010 г. из статистических отчетов учреждений здравоохранения нозология «мужское бесплодие № 46» просто исключена.

Анализ научной литературы по вопросам репродуктивного здоровья населения также свидетельствует о том, что основное внимание

Система сохранения репродуктивного здоровья мужчин находится не только в зачаточном состоянии, но с 2010 г. из статистических отчетов учреждений здравоохранения нозология «Мужское бесплодие №46» просто исключена.

Успех в решении этих вопросов зависит от ряда факторов. С одной стороны, необходима медицинская образованность людей, их информированность и активность в сохранении собственного здоровья, а с другой – адекватный уровень квалификации врачей.

Репродуктивный потенциал мужчин Сибири

В 2009 г. Институт цитологии и генетики СО РАН (Новосибирск) начал реализацию проекта по изучению репродуктивного потенциала и фенотипической изменчивости репродуктивного статуса мужчин фертильного возраста, которые живут в различных регионах Сибири и на Европейском Севере нашей страны. Исследования под руководством проф. Л.В. Осадчук проведены в Новосибирске, Кемерово, Улан-Удэ и Архангельске.

Исследуемую группу составили 282 мужчины-добровольца с неизвестной демографической фертильностью, среднего возраста 27,5 лет при условии их клинического здоровья и отсутствия приема медикаментозных средств на момент исследования.

Исследование состояло из 5 сегментов: первый – анонимное анкетирование, 2-й – антропометрические данные (масса тела, рост, индекс массы тела, битестиккулярный объем), 3-й – консультация врача-андролога, 4-й – исследование эякулята по стандартной методике и с использованием анализатора основных показателей фертильности спермы SFA-500-2 и 5-й – определение гормонального профиля (пролактин, фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, эстрадиол, общий тестостерон и ингибин В).

Мнимое репродуктивное здоровье добровольцев

По данным анонимного анкетирования выявлено, что 216 (76,8 %) исследуемых состояли в браке; 86 (30 %) имели профессии,

связанные с физическим трудом; 172 (60 %) были курильщиками; все испытуемые указали в анкетах, что не злоупотребляют спиртными напитками; 90 (32 %) указали, что ранее перенесли инфекции, передаваемые половым путем.

Из антропометрических характеристик исследуемой группы обращает на себя внимание то, что случайная выборка молодых мужчин в целом может характеризоваться как группа с избыточной массой тела. Индекс массы тела (ИМТ) в диапазоне 25–29,9 имели 110 (39,2 %) мужчин, а ИМТ больше 30, что соответствует ожирению, был у 31 (11,2 %) добровольца.

У большинства исследуемых среднее значение битестиккулярного объема соответствовало норме, только 9 (3,2 %) мужчин имели битестиккулярный объем < 30 см³.

Анализируя заключения врача-андролога после консультации, мы получили, что 124 (44 %) «здоровых» добровольца имели заболевания органов репродуктивной системы: варикоцеле – 56 (20 %), кисты придатков яичек – 98 (35 %), хронический простатит – 118 (42 %), хронический эпидидимит – 79 (28 %), гипоспадия – 14 (5 %).

Определение мужской фертильности/инфертильности

Вопросы мужского бесплодия на сегодняшний день остаются во многом спорными, но ни у кого не вызывает сомнения, что анализ эякулята играет ключевую роль в диагностике мужской инфертильности.

Основной определяющей возможностью зачатия ребенка для мужчины служит способность образования полноценных

Только у 72 (25,4 %) мужчин параметры эякулята соответствовали нормам ВОЗ.

половых клеток – сперматозоидов, а главным условием фертильности спермы является достаточное количество нормальных в структурном отношении сперматозоидов, имеющих поступательную подвижность. Концентрация морфологически нормальных сперматозоидов с быстрой поступательной подвижностью является концентрацией функциональной спермы.

Проведенный в нашем исследовании анализ эякулята показал, что только у 72 (25,4 %) мужчин параметры эякулята соответствовали нормам ВОЗ. Азооспермия была выявлена у 16 (5,5 %) исследуемых мужчин, олигоспермия – у 72 (25,5 %), астенозооспермия – у 182 (64,4 %), а тератозооспермия – у 124 (44 %).

Эти результаты исследования эякулята у мужчин из Кемерово мы сравнили с данными, которые были получены нами во время проведения обследования группы молодых людей в 2002 г., когда одним из фрагментов работы было изучение классической спермограммы и данных спермографа SQA ПСР. Как количественные, так и качественные показатели эякулята в течение 7 лет значительно уменьшились. Общая концентрация сперматозоидов в 2009 г. по сравнению с 2002 г. уменьшилась на 12,29 млн/мл, концентрация функциональной спермы – на 10,11 млн/мл, а индекс фертильной спермы – на 13,2 %.

Следующая группа анализов была посвящена гормональному регулированию сперматогенеза. Самым распространенным нарушением обмена гормонов был первичный и вторичный андрогенодефицит, который обнаружен у 71 (25 %) исследуемого мужчины.

Особенно интересными оказались результаты анализа уровня ингибина В, малоизученного маркера сперматогенеза, который экспрессируется уже в эмбриональный период, первый пик его концентрации отмечается в 2–3 месяца, а 2-й – во время пубертата, кроме

того, концентрация ингибина В у мужчин постоянна и не имеет циклических колебаний в отличие от женщин.

В нашем исследовании только у 31 (11 %) испытуемого уровень ингибина В был в норме, а у 71 (25 %) добровольца этот показатель был ниже критического значения – 60 пг/мл, при таком уровне ингибина В отказывают в проведении вспомогательных репродуктивных технологий.

Сопоставляя результаты анализов с анамнестическими данными, мы обратили внимание на то, что самые низкие показатели ингибина В отмечались у пациентов с заболеваниями придатков яичек, с перенесенными инфекциями, передаваемыми половым путем, и максимально низкие результаты наблюдались при их сочетании. Для получения статистически достоверных данных и выводов, которые можно перенести в клиническую практику, требуется продолжение этого направления работы.

Еще один перспективный практический аспект разработки этого маркера состоит в том, что ингибин В можно определять в детском возрасте в качестве прогноза сперматогенеза и тем самым решить спорные

вопросы о возможном возрасте сбора эякулята для исследования.

Эти результаты красноречиво свидетельствуют о необходимости проведения масштабных, многоцентровых исследований для планирования демографической политики.

Здоровье нации – это и здоровье мужчины!

Актуальность мужского фактора в структуре бесплодных браков несомненна, по данным разных авторов, его доля составляет 30–50 %.

Известно много факторов, приводящих к снижению фертильности мужчин. Среди них есть как неоспоримо доказанные, так и вызывающие много предположений и научных дискуссий.

Основными известными причинами мужского бесплодия считаются: варикоцеле, инфекции половых путей, эндокринные нарушения. По данным Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии, доля этих причин составляет 51,8 %. Таким образом, каждому второму мужчине можно помочь уже на уровне оказания первой помощи в поликлинике.

Сложная демографическая ситуация, возникшая в России, во многом обусловлена низким репродуктивным потенциалом молодежи, который формируется с первых дней жизни человека. Демографы определяют молодежь как социальную группу с 14 до 25–30 лет, поэтому считаем своевременной и необходимой диспансеризацию 14-летних подростков с акцентом на их репродуктивный потенциал, начавшуюся в 2011 г.

Считаем, что позитивное развитие репродуктивной медицины может наступить только тогда, когда будут гармонично учитываться все ее составляющие и лозунгом станет «Здоровье женщины и здоровье мужчины – здоровье нации».

124 (44 %) «здоровых» добровольца имели заболевания органов репродуктивной системы.

уделяется исследованию данной проблемы у женщин. Работы по изучению репродуктивного потенциала мужчин, как в России, так и за рубежом, носят узконаправленный характер, связанный с конкретным заболеванием, исследованием конкретного фармпрепарата или оперативного вмешательства, а фундаментальные работы, как правило, носят экспериментальный характер и их результаты не могут безоговорочно переноситься в клиническую практику.

Чтобы оценить масштаб финансово-экономических и организационно-методических вложений в составление программ, имеющих целью улучшение репродуктивного здоровья мужчин, необходима информация о реальном состоянии здоровья мужчин фертильного возраста, как с точки зрения соматического здоровья, так и с точки зрения функции органов репродуктивной системы.

Отчет о конференции РООУ в Северо-Западном федеральном округе (Санкт-Петербург, 7 декабря 2012 г.)



**Анна
Сергеевна
Маркова**

Врач-онколог
отделения урологии
ФГБУ «РОНЦ
им. Н.Н. Блохина» РАМН
Mark-An1@yandex.ru

7 декабря 2012 г. в стенах Городского клинического онкологического диспансера г. Санкт-Петербурга прошла конференция РООУ, организованная для урологов Северо-Западного федерального округа.

Открыли конференцию выступления главного врача Городского клинического онкологического диспансера проф. Г.М. Манихаса, президента РООУ проф. В.Б. Матвеева и председателя Санкт-Петербургского регионального отделения РООУ проф. С.Б. Петрова. От лица всех урологов северной столицы собравшихся также приветствовал главный уролог г. Санкт-Петербурга проф. Б.К. Комяков.

Основной блок докладов был посвящен возможностям современной диагностики и паренхимосохраняющего лечения локализованного рака почки. Была отмечена актуальность подобных научных съездов, особенно на фоне растущей онкоурологической заболеваемости. Например, с 1990 по 2010 г. показатель заболеваемости раком почки в Санкт-Петербурге увеличился более чем в 1,5 раза. При этом все чаще выявляются локализованные и местно-распространенные формы опухолей (В.М. Мерабишвили, 2011). Однако частота выявления опухолей менее 4 см все-таки остается низкой. Например, по данным статистики за 2010 г. в США малые опухоли почки составили 70 %. Для сравнения: в Санкт-Петербурге этот показатель составил лишь 25 %.

Совершенствование методов лечения онкоурологических заболеваний требует также улучшения методов диагностики и мультидисциплинарного подхода, что в особенности касается активно развивающегося малоинвазивного лечения опухолей почки. При обсуждении специфики малоинвазивного хирургического лечения опухолей почки было отмечено влияние таких факторов, как дыхательная подвижность



Выступление проф. Г.М. Манихаса

органа, близость сосудов и полостной системы, выраженная васкуляризация почки, наличие выраженной сопутствующей патологии у пациента (как противопоказание для выполнения стандартной операции) и др. Малые опухоли почки (менее 3 см) с экстра-ренальным ростом являются идеальными для малоинвазивных техник. Говорилось о роли лучевых методов, как на этапе диагностики, планирования и непосредственного выполнения лечебного вмешательства, так и в послеоперационном периоде для выявления возможных осложнений и контроля рецидива. Обязателен послеоперационный мониторинг через 3–6 и 12 мес и далее, подразумевающий проведение компьютерной томографии (КТ)/магнитно-резонансной томографии (МРТ) и биопсии по показаниям. Так, по данным лучевых методов также можно дифференцировать резидуальную опухоль от рецидивной в зависимости от сроков определения васкуляризации опухоли, ранее и позже 3 мес соответственно. Повысить диагностическую точность и улучшить пространственное понимание анатомической картины и положения иглы при манипуляции позволяют технология совмещенного изображения ультразвукового исследования (УЗИ) и МРТ/КТ и система, показывающая положение иглы needle tracking.

На сегодняшний день пересматривается отношение к биопсии почки. Биопсия позволяет получить ценную информацию о строении опухоли и степени

злокачественности как перед началом системного лекарственного лечения в случае метастатического почечно-клеточного рака, так и при планировании различных видов абляции или наблюдении малых опухолей почки. Также выполнение биопсии почки оправданно в диагностических целях при подозрении на метастатический характер опухоли и при наблюдении после аблятивных методов лечения. Пока остается спорным вопрос рутинного выполнения биопсии не классифицируемых по лучевым методам исследования новообразований. Вопросом будущего остается также выполнение биопсии почки с целью определения молекулярно-генетических факторов прогноза.

К.м.н. А.К. Носов рассказал об особенностях выполнения биопсии под УЗИ- и КТ-контролем. Так, при небольших и средних размерах опухоли производится забор 2 биоптатов – из центральной и периферической части новообразования, для этого обычно используется игла 18G. При опухолях большого размера следует получить дополнительный столбец из периферической части опухоли. По представленным данным, информативность и достоверность результатов биопсии превышали 90 %. В крупном анализе, проведенном I. Frank et al. (2003), среди 2770 резекций опухолей менее 4 см 13 % были доброкачественными. Диагноз таких частых доброкачественных опухолей почки, как онкоцитомы и ангиомиолипомы, не всегда возможно поставить по данным лучевых методов исследования. Было подсчитано, что выполнение биопсии позволяет избежать хирургического лечения в 16–17 % случаев, в частности в случае доброкачественного характера образования и у пожилых пациентов. По данным разных авторов, частота значимых осложнений не превышала 2 %, а развитие имплантационных метастазов в результате биопсии не наблюдалось ни в одном из исследований. Биопсия почки – безопасная и высокоинформативная процедура, которая позволяет более индивидуально и обоснованно планировать тактику дальнейшего лечения.

Проф. В.Б. Матвеев в своем комментарии высказал несколько более сдержанное отношение к попыткам более широкого выполнения биопсии почки. По данным статистики, совпадение степени злокачественности по данным биопсийного и операционного материала наблюдается только в 1/3 случаев. При кажущейся простоте выполнения биопсия почки

является инвазивной процедурой, чреватой различными, в том числе и тяжелыми, осложнениями. В настоящее время показания к рутинному выполнению биопсии почки ограничиваются в большей степени случаями аблятивного лечения.

Доказано, что выполнение нефрэктомии не улучшает выживаемость больных по сравнению с резекцией почки. Хирургическими альтернативами классической резекции являются различные виды абляции и энуклеация опухоли. Современные исследования показали, что нет связи между шириной безопасного края резекции и рецидивом рака почки. Было отмечено, что паренхимосохраняющая хирургия почки является наиболее предпочтительной по сравнению с нефрэктомией, позволяя в большинстве случаев сохранить адекватную почечную функцию.

Управляемыми факторами, влияющими на послеоперационные показатели почечной функции, являются объем удаленной нормальной ткани вместе с опухолью, применение гипотермии и продолжительность ишемии. На практике не всегда может быть реализован безышемический подход в хирургии рака почки. Приемами, позволяющими уменьшить время и площадь ишемии, служат раннее удаление турникета с почечной артерии, наложение турникета на тело почки и селективное пережатие одной из ветвей почечной артерии. В среднем длительность тепловой ишемии не должна превышать 20 мин, холодной ишемии – 35 мин.

В.А. Черняевым был доложен 10-летний опыт выполнения резекций почки открытым и лапароскопическим доступами в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН у 425 пациентов. Резекции почки выполнялись преимущественно открытым доступом и по электроактивным показаниям. В 88,8 % случаев требовалось приостановление кровообращения, и у каждого второго пациента применялась холодная ишемия. По данным послеоперационного гистологического исследования, у 91,8 % больных был диагностирован почечно-клеточный рак, с долей светлоклеточного вида у 83,3 %. Согласно полученным данным, резекция почки позволяет добиться удовлетворительных результатов лечения рака почки. Пятилетняя общая выживаемость при односторонних опухолях составила 93,5 %, при двусторонних – 91,6 %. Наиболее частыми осложнениями явились кровотечения, мочевого свища и стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента. Частота местных рецидивов составила 2,4 %. Резидуальная опухоль была причиной местного рецидива в половине случаев. На риск местного рецидива не оказывали влияния характеристики опухоли, величина отступа от ее края и наличие клеток рака по линии разреза. Отдельно было представлено 26 случаев экстракорпоральной резекции почки, выполнявшейся в случае невозможности резекции единственной почки *in situ* при мультифокальном поражении, опухоли центрального расположения, крупных размерах опухоли и в 2 случаях при вращении опухоли в почку извне.

Принципиально аблятивные методы различаются по механизму повреждения тканей, но все они преследуют одну цель – достижение некроза опухоли. На сегодняшний день при опухолях почек наиболее широко применяются 2 вида воздействия – криодеструкция и радиочастотная абляция (РЧА).

Окончание на стр. 7 ►



Выступление главного уролога МЧС проф. С.Б. Петрова

Отчет о конференции РООУ в Северо-Западном федеральном округе (Санкт-Петербург, 7 декабря 2012 г.)

◀ Окончание, начало на стр. 6

По данным многоцентровых зарубежных исследований ($n = 616$), частота рецидивов после РЧА была выше, чем после криоабляции, и составила 13,4 % против 3,9 %. Криоабляция также имела преимущество по результатам 2-летней общей выживаемости (97,4 % против 82,5 % соответственно) (S.F. Matin et al., 2006). Повторная абляция чаще требовалась после РЧА. По данным разных исследователей, местный рецидив после криоабляции в среднем диагностировался в течение 1–2 лет, а диапазон времени до местного рецидива для РЧА варьировал от 15 до 17 мес. Осложнения в зависимости от вида абляции в целом не отличались.

В России только продолжает накапливаться собственный опыт применения аблятивных техник. Была отмечена необходимость дальнейшего освоения этих методов лечения и тщательного отбора пациентов. Были доложены интересные данные по сравнению лапароскопической резекции в условиях тепловой ишемии и лапароскопической резекции с РЧА. Показана видеодемонстрация лапароскопической резекции почки с использованием роботизированных инструментов. Главным врачом больницы им. Святителя Луки С.В. Поповым был представлен интересный опыт 3 экстракорпоральных резекций с лапароскопическим забором органа. И.В. Шевцов рассказал о преимуществах лапароскопической резекции почки с РЧА. Было отмечено, что лапароскопическая резекция почки с РЧА не уступает по радикальности лечению открытой резекции почки, обеспечивая надежный гемостаз без отключения почечного кровотока.

Обобщая доклады по аблятивным методам лечения, проф. В.Б. Матвеев сказал, что у этих



Участники конференции

методов наряду с малой инвазивностью и возможностью лечения соматически ослабленных пациентов можно выявить и недостатки, такие как необходимость применения специального оборудования и комплексного подхода, предполагающего выполнение биопсий почки и целого ряда обязательных лучевых методов исследования в течение всего периоперационного периода и на этапе мониторинга. На сегодняшний день главную роль в лечении малых опухолей почки обоснованно играет хирургическая

резекция почки. Аблятивные методы, безусловно, являются перспективным направлением в лечении малых опухолей почек, однако их применение сегодня ограничивается преимущественно случаями лечения пожилых и соматически ослабленных пациентов с экстраренальными опухолями менее 3 см.

В своем докладе проф. В.Б. Матвеев говорил о целесообразности хирургического лечения метастазов рака почки. Так, полное удаление

солитарных и единичных метастазов может быть использовано с лечебной целью или для улучшения выживаемости. Удаление метастазов может обеспечить эффективную паллиативную помощь при симптоматических метастазах в костях или в головном мозге. Хирургическая резекция резидуальных метастазов у больных с частичным ответом на таргетную терапию оправдана для достижения полной ремиссии, так как в резидуальных метастазах остаются живые опухолевые клетки.

События

Невский урологический форум – итоги

◀ Окончание, начало на стр. 4

доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) объемом более 80 см³, подтвердил, что этот метод является эффективным и относительно безопасным оперативным вмешательством, позволяющим удалять ткань простаты больших объемов. TUEB может служить альтернативой открытой аденомэктомии, поскольку в сравнении с ней она сопровождается меньшим числом осложнений, быстрой активацией больных, значительно меньшими сроками пребывания в стационаре, коротким периодом реабилитации. Данный метод целесообразно использовать при объеме простаты до 250 см³, на этапе освоения методики – при объеме до 150 см³. Также Федор Анатольевич внес предложения по стандартизации биполярных электрохирургических методов лечения при ДГПЖ, а именно: при объеме простаты до 40 см³, высоким риске – выполнять биполярную вапоризацию простаты; при объеме 40–80 см³ – биполярную трансуретральную резекцию; при объеме 80–250 см³ – TUEB. При гигантских объемах простаты (более 250 см³) показана аденомэктомия.

Разницу между ноктурией и никтурией, особенности этиологии, диагностики и лечения этих состояний объяснил участникам форума **Б.Г. Гулиев**. По определению проф. Б.К. Комякова (Урология, 2012), ноктурия (ICS) – необходимость пробуждения ночью для опорожнения мочевого пузыря (2 или более мочеиспускания за ночь). Никтурия же – преобладание ночного диуреза над дневным из-за выделения жидкости, которая накопилась в организме за время бодрствования. Если мочи выделяется много, то даже при нормальной емкости мочевого пузыря никтурия может переходить в ноктурию. Профессором были подробно освещены урологические и неврологические причины ночного мочеиспускания, его влияние на качество жизни.

Важной частью Невского урологического форума стал конкурс молодых ученых, в котором приняли участие 18 урологов из Москвы (**Е.А. Атаманова, А.О. Васильев, Е.С. Коршунова**), Санкт-Петербурга (**А.В. Жарких, А.В. Никольский, М.И. Горбачев, В.Д. Яковлев, В.П. Горелов, Я.Г. Муразов, И.В. Трушкина, А.Н. Муравьев**), Кемерова

(**Р.С. Шарьяфетдинова**), Хабаровска (**В.В. Гордеев**), Тюмени (**В.Б. Бердичевский, А.А. Кельн**), Новосибирска (**И.Н. Печурин**), Нижнего Новгорода (**О.А. Коровин**).

Присутствовавшие на выступлениях маститые урологи убедились, что урология России находится в надежных руках молодых и талантливых ученых.



Участники Форума со всех регионов России

В центре внимания – вопросы репродукции



Кирилл Александрович Ширанов

Ординатор кафедры урологии РостГМУ, член Европейской ассоциации урологов

urologgg@mail.ru

18–19 октября 2012 г. в Ростове-на-Дону на базе Ростовского государственного медицинского университета состоялся **Первый Национальный форум «Репродуктивное здоровье как фактор демографической стабилизации» с участием более 800 специалистов: акушеров-гинекологов, урологов, эндокринологов, генетиков, психологов, психиатров, детских урологов и биологов из многих регионов РФ.**

Программа Форума отличалась обширностью, включала около 200 докладов по 23 научно-практическим направлениям, несколько круглых столов, симпозиумов и видеотрансляций урологических и гинекологических операций, и тем самым дала уникальную возможность специалистам обменяться знаниями и опытом в различных областях.

Форум проходил под эгидой Министерства здравоохранения РФ, Российской академии медицинских наук.

Организаторами Форума были: Первый Московский государственный медицинский

университет им. И.М. Сеченова; Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова; Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского; Министерство здравоохранения Ростовской области; Ростовский государственный медицинский университет.

Председателем оргкомитета был заведующий кафедрой урологии и репродуктивного здоровья человека РостГМУ М.И. Коган.

В число сопредседателей Форума входили: академик РАН и РАМН, Президент РАМН И.И. Дедов; член-корр. РАМН, ректор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова П.В. Глыбочко; академик РАМН, директор НЦАГиП им. В.И. Кулакова Г.Т. Сухих; д.м.н., проф., ректор СГМУ им. В.И. Разумовского В.М. Попков; д.м.н., и. о. ректора РостГМУ И.В. Дударев.

Торжественному открытию Форума в Ростовском государственном музыкальном театре предшествовало выступление детских танцевальных и песенных коллективов, показавших искусство Донской земли. В открытии мероприятия приняли участие представители региональной власти и Министерства здравоохранения Ростовской области. С приветственным словом выступил заместитель губернатора Ростовской области С.Б. Бондарев, который отметил, что исполнительная власть с большим вниманием относится к демографической ситуации в регионе. Наряду с федеральной программой «Материнский капитал» принят комплекс региональных программ, таких



Участники Первого Национального форума по репродуктивному здоровью

как выделение земельных участков многодетным семьям и их адресная поддержка.

«В Ростовской области создана трехуровневая система оказания специализированной медицинской помощи детям, беременным и роженицам, а также разработана программа «Мужское здоровье», – подчеркнула министр здравоохранения Ростовской области Т.Ю. Быковская.

Запоминающимся стало выступление представителя Русской православной церкви, пресс-секретаря Донской митрополии Игоря Петровского «Религия и демография. Христианский критерий оценки».

Научная часть пленарного заседания была открыта докладом академика РАМН Г.Т. Сухих

по проблеме бесплодия у женщин. Были приведены интересные статистические данные о динамике численности населения и рождаемости в мире, которые красноречиво говорили об актуальности выбранной тематики Форума.

В докладе д.м.н., профессора ФГБУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» РАМН Р.Т. Адамяна (Москва) были представлены уникальные возможности реконструктивных операций, в том числе при травматическом поражении наружных половых органов и протяженных стриктурах уретры. Ведущий научный сотрудник ФГБУ «Эндокринологический научный центр»

Окончание на стр. 9 ▶

Есть только одна

ВИАГРА®

ВИАГРА® обеспечивает максимальную, 4-ю степень твердости эрекции, независимо от исходного уровня ЭД¹⁻³

www.get-hard.ru

Твердая уверенность в успехе

Торговое название лекарственного средства ВИАГРА® Международное непатентованное название: силденафил. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Состав: силденафила цитрат (эквивалентно 25 мг, 50 мг или 100 мг силденафила). Фармакологические свойства: силденафил – мощный селективный ингибитор циклогуанилатинмонофосфата (цГМФ) – специфической фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ5). Показания к применению: лечение нарушений эрекции, характеризующихся неспособностью к достижению или сохранению эрекции полового члена, достаточной для удовлетворительного полового акта. Силденафил эффективен только при сексуальной стимуляции. Противопоказания: повышенная чувствительность к силденафилу или к любому другому компоненту препарата. Применение у пациентов, получающих постоянно или с перерывами донаторы оксида азота, органические нитраты или нитриты в любых формах, поскольку силденафил усиливает гипотензивное действие нитратов. Безопасность и эффективность препарата Виагра® при совместном применении с другими средствами лечения нарушений эрекции не изучались, поэтому применение подобных комбинаций не рекомендуется. По зарегистрированному показанию препарат Виагра® не предназначен для применения у детей до 18 лет. По зарегистрированному показанию препарат Виагра® не предназначен для применения у женщин. С осторожностью: анатомическая деформация полового члена (ангуляция, кавернозный фиброз или болезнь Пейрони). Заболевания, предрасполагающие к развитию приапизма (серповидно-клеточная анемия, множественная миелома, лейкоз, тромбоцитемия). Заболевания, сопровождающиеся кровотечениями. Обострение язвенной болезни. Наследственный пигментный ретинит. Сердечная недостаточность, нестабильная стенокардия, перенесенные в последние 6 месяцев инфаркт миокарда, инсульт или жизнеугрожающие аритмии, артериальная гипертензия (АД > 170/100 мм рт. ст.) или гипотония (АД < 90/50 мм рт. ст.). Способ применения и дозы: внутрь, рекомендуемая доза для большинства взрослых пациентов составляет 50 мг примерно за 1 час до сексуальной активности. С учетом эффективности и переносимости доза может быть увеличена до 100 мг или снижена до 25 мг. Максимальная рекомендуемая доза составляет 100 мг. Максимальная рекомендуемая кратность применения – один раз в сутки. При легкой и средней степени почечной недостаточности (КК 30-80 мл/мин) коррекция дозы не требуется, при тяжелой почечной недостаточности (КК < 30 мл/мин) – дозу силденафила следует снизить до 25 мг. Поскольку выведение силденафила нарушается у пациентов с повреждением печени (в частности, при циррозе), дозу препарата Виагра® следует снизить до 25 мг. Побочное действие: обычно побочные эффекты препарата Виагра® слабо или умеренно выражены и носят преходящий характер. Наиболее частые побочные эффекты: головная боль, вазодилатация («приливы» крови к коже лица). Частые побочные эффекты: головокружение, изменение зрения, (затуманенное зрение, изменение чувствительности к свету), хроматопсия (легкая и преходящая, главным образом изменение восприятия оттенков цвета), учащенное сердцебиение, ринит (заложенность носа), диспепсия. При использовании препарата Виагра® в дозах, превышающих рекомендуемые, нежелательные явления были сходными с отмеченными выше, но обычно встречались чаще. Особые указания: препараты, предназначенные для лечения нарушений эрекции, не следует назначать мужчинам, для которых сексуальная активность нежелательна. Сексуальная активность представляет определенный риск при наличии заболеваний сердца, поэтому перед началом любой терапии по поводу нарушений эрекции врачу следует направить пациента на обследование состояния сердечно-сосудистой системы. Более подробную информацию см. в Инструкции (Инструкция по медицинскому применению препарата ВИАГРА® одобрена Росздравнадзором от 12.08.09, с изменениями от 11.02.10 и 30.06.11). 1. Mulhall J.P. et al. Urology 2006;68 (suppl 3A):17-25; 2. Kadioglu A. et al. J Sex Med 2008;5(3):726-734; 3. Mulhall J.P. et al. J Sex Med 2007;4(2):448-464. VIA-12-12

ВИАГРА®

(силденафила цитрат) таблетки

В центре внимания – вопросы репродукции



Президиум Форума

◀ Окончание, начало на стр. 8

д.м.н. Л.К. Дзеранова осветила возможные гормональные причины бесплодия, среди которых отдельное место занимает гиперпролактинемия и гипотиреоз. Д.б.н., проф., зав. лабораторией генетики нарушений репродукции ФГБУ «Медико-генетический научный центр» РАМН Л.Ф. Курило (Москва) выступила с докладом о генетических аспектах бесплодия, подчеркнув важность своевременного генетического обследования и необходимость более тесного взаимодействия ученых-генетиков с врачами-клиницистами. Завершало пленарную сессию выступление проф. М.И. Когана, отметившего, что андрология – это одна из бурно развивающихся субспециальностей в урологии. Новые данные по казалося бы хорошо изученным фактам, например, длительности цикла сперматогенеза или роли хирургии в лечении варикоцеле, интересны для обсуждения с коллегами смежных специальностей.

После завершения пленарного заседания участникам Форума было предложено посещение 5 секций по различным тематикам, затрагивающим наиболее важные проблемы

репродукции. Особое внимание привлек круглый стол с участием представителей православной церкви, ислама и иудаизма, которые обсуждали проблему нежеланной беременности, абортов, отношений в семье с позиций различных религий. Интересно отношение представителей ислама к прерыва-

нию беременности. Председатель Центрального духовного управления мусульман Ростовской области муфтий Джафар Бикмаев отметил, что ислам запрещает аборт только после срока беременности 4 месяца и 10 дней. Представители всех конфессий с сомнением относятся к экстракорпоральному оплодотворению. «Все, что пытаются воспроизвести искусственным образом, – это то, что не имеет отношения к любви», – говорит пресс-секретарь главы Донской митрополии Игорь Петровский.

Представитель иудаизма раввин Хаим Данзингер подчеркнул, что залог исправления проблем с низкой рождаемостью и преду-

преждения проблем с разводами – это пример гармонии в отношениях родителей, хорошие теплые отношения в семье.

Главным событием 2-го дня Форума стала «живая» хирургия. Прямая трансляция из двух операционных, в которых проходили гинекологические и урологические вмешательства, вызвала оживленную дискуссию в зале. Первой операцией была гистероскопия с гистерорезекцией у пациентки с мышечной перегородкой в полости матки, выполненная проф. Л.М. Каптушевой. Лечение данной патологии актуально тем, что на ранних сроках она может стать причиной невынашивания беременности. Параллельно в соседней операционной проф. Д.В. Сизякин выполнял операцию Мармара 32-летнему мужчине с варикоцеле. Вопрос для обсуждения – показана ли операция в этом возрасте и повлияет ли она на фертильность пациента? Взгляды аудитории были различными, но участники дискуссии сошлись во мнении, что в хирургии варикоцеле крайне важно проводить информированный диалог с больным. Вторую гинекологическую операцию – гистероскопия с катетеризацией маточных труб и фаллопоскопией – проводил к.м.н.

Представители всех конфессий с сомнением относятся к экстракорпоральному оплодотворению.

А.В. Кузьмин. Оператор отметил значимость хорошего оборудования при выполнении данного вмешательства. Завершала секцию «живой» хирургии операция Бьянки, выполненная д.м.н. В.В. Сизоновым у пациента с крипторхизмом. Эта методика дает низкую частоту осложнений и рецидивов, и она стала предпочтительной для ведущих урологов в России и за ее пределами.

Завершал 2-й день Форума круглый стол «Менеджмент бесплодной пары: консилдум». Три специалиста – эндокринолог (проф. Н.И. Волкова), уролог (проф. Д.В. Сизякин) и гинеколог (к.м.н. Т.А. Димитриади) провели

мастер-класс по консультированию бесплодной пары. Они подчеркнули, что обследование мужчины и женщины необходимо проводить параллельно. При этом при выборе методов диагностики и анализов следует полагаться на принципы доказательной медицины и соблюдать рекомендации ведущих обществ, включая Европейскую ассоциацию урологов и Американскую ассоциацию эндокринологов. Основная идея – провести минимальное обследование, которое позволит понять причину бесплодия и, что не менее важно, определить, целесообразно ли проводить терапию или следует перейти к экстракорпоральному оплодотворению.

В рамках мероприятия было организовано несколько спонсорских симпозиумов. Компания Pfizer, генеральный спонсор Форума, темой симпозиума выбрала взаимосвязь между эректильной дисфункцией и мужским бесплодием. Хотя прошло уже 14 лет с момента практического использования Виагры – первого препарата из группы ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа – показания к ее применению продолжают расширяться. Сейчас эти препараты занимают важное место и в лечении болезни Пейрони, и в восстановлении эректильной функции после онкологических вмешательств, и, что наиболее актуально для урологов, они завоевывают позиции в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

В заключение хотелось бы отметить, что репродуктивное здоровье является вопросом, заслуживающим проведения отдельного конгресса. Обсуждение проблем и предлагаемые пути их решения позволят эффективнее взаимодействовать врачам различных специальностей при лечении бесплодной пары. Формат мероприятия способствовал проведению открытых дискуссий и споров, необходимых для выработки единой стратегии диагностики и лечения. До встречи на Втором Национальном форуме, который Донская земля встретит также гостеприимно!

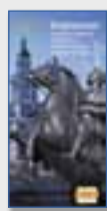


Агентство «АБВ-экспо» – профессиональный организатор медицинских деловых и научных мероприятий

www.abvexpo.ru

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕЖДУНАРОДНЫХ КОНГРЕССОВ, КОНФЕРЕНЦИЙ, ЭКСПЕРТНЫХ СОВЕТОВ, КРУГЛЫХ СТОЛОВ, ВЫСТАВОК, ОНЛАЙН-ТРАНСЛЯЦИЙ, ВЕБИНАРОВ И ВЕБКАСТОВ

- Техническое сопровождение
- Работа с участниками
- Сопровождение мероприятия
- Информационная поддержка
- Аутсорсинговое обслуживание










НАШИ КЛИЕНТЫ



Контакты: тел./факс: +7 (495) 988-89-92; e-mail: info@abvexpo.ru

К А Л Е Н Д А Р Ь

ДАТА	НАЗВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЯ	МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ	ОРГАНИЗАТОР, ДОП. ИНФОРМАЦИЯ
январь	18.01–20.01	РИМ, Италия	EAU, см. www.uroweb.org
	31.01	ЛОНДОН, Великобритания	EAU, см. www.uroweb.org
	31.01	АМСТЕРДАМ, Голландия	EAU, см. www.uroweb.org
	31.01–01.02	ТУРИН, Италия	см. www.uroweb.org
февраль	02.02–05.02	ДАВОС, Швейцария	EAU, см. www.uroweb.org
	07.02–08.02	МОСКВА, Россия, 	НИИ урологии, РОУ, см. www.uro.ru
	14.02–15.02	МОСКВА, Россия, 	см. www.urowideo.ru
	14.02–16.02	ОРЛАНДО, США	см. www.uroweb.org
	21.02–22.02	НОВОСИБИРСК, Россия, 	см. www.uroweb.ru
	23.02–26.02	МЕЛЬБУРН, Австралия	см. www.uroweb.org
	15.03–19.03	МИЛАН, Италия	EAU, см. www.uroweb.org
апрель	06.04–09.04	ВОДИЦЕ, Хорватия	см. www.uroweb.org
	12.04	БЕЛГОРОД, Россия, 	РООУ, см. www.roou.ru
	13.04–16.04	САН-АНТОНИО, США	ASA, см. www.uroweb.org
	18.04–19.04	МОСКВА, Россия, 	НИИ урологии, см. www.uro.ru , www.uroweb.ru
	25.04–26.04	ТОМСК, Россия, 	РОУ, см. www.uroweb.ru
май	04.05–08.05	САН-ДИЕГО, США	AUA, см. www.uroweb.org
	17.05	МОСКВА, Россия, 	НИИ урологии, см. www.uro.ru , www.uroweb.ru
	19.05–23.05	МИЛАН, Италия	см. www.uroweb.org

Я Н В А Р Ь							Ф Е В Р А Л Ь							М А Р Т						
Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
	1	2	3	4	5	6				1	2	3				1	2	3		
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10	4	5	6	7	8	9	10
14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	11	12	13	14	15	16	17
21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24	18	19	20	21	22	23	24
28	29	30	31	25	26	27	28	25	26	27	28	29	30	31						

И Ю Л Ь							А В Г У С Т							С Е Н Т Я Б Р Ь								
Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс		
1	2	3	4	5	6	7				1	2	3	4							1		
8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8		
15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15		
22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22		
29	30	31	26	27	28	29	30	31	23	24	25	26	27	28	29	23	24	25	26	27	28	29

Твердая уверенность в успехе



ВИАГРА®
(силденафила цитрат) таблетки

М Е Р О П Р И Я Т И Й

М А Й	28.05–01.06	38-й Ежегодный конгресс Международной ассоциации урогинекологов (IUGA)	ДУБЛИН, Ирландия	IUGA, см. www.uroweb.org
	29.05–31.05	6-й Международный симпозиум «Фокальная терапия и визуализация рака простаты и почки»	АМСТЕРДАМ, НОРДВИК, Голландия	см. www.uroweb.org
	30.05–01.06	Первый Всемирный конгресс по абдоминальной и тазовой боли	АМСТЕРДАМ, Голландия	см. www.uroweb.org
И Ю Н Ь	12.06–14.06	Глобальный конгресс по раку простаты	МАРСЕЛЬ, Франция	см. www.uroweb.org
	20.06–23.06	Международный симпозиум по вопросам мужского сексуального здоровья	БЕРЛИН, Германия	см. www.uroweb.org
	26.06–28.06	3-й Международный конгресс «Проблемы в эндоурологии и функциональной урологии»	ПАРИЖ, Франция	см. www.uroweb.org
И Ю Л Ь	05.07	Малоинвазивная онкоурология: инновационные технологии эндовидеохирургии рака предстательной железы и рака почки (онлайн-трансляция)	МОСКВА, Россия	НИИ урологии, см. www.uro.ru , www.uroweb.ru
	05.07–06.07	Клинические вопросы в урологии: мочекаменная болезнь от А до Я	АФИНЫ, Греция	см. www.uroweb.org
А В Г У С Т	06.08–10.08	Всемирный конгресс по раку простаты	МЕЛЬБУРН, Австралия	SIU, см. www.uroweb.org
	22.08–23.08	III Симпозиум по сексуальной медицине	АСТРАХАНЬ, Россия	см. www.uroweb.ru
С Е Н Т Я Б Р Ь	08.09–12.09	33-й Конгресс Международного общества урологов (SIU)	ВАНКУВЕР, Канада	SIU, см. www.uroweb.org
	13.09–18.09	Европейская образовательная программа для резидентов в урологии (EUREP)	ПРАГА, Чехия	EAU, см. www.uroweb.org
	20.09	Форум урологов (онлайн-трансляция)	МОСКВА, Россия	НИИ урологии, см. www.uro.ru , www.uroweb.ru
	19.09–22.09	Конгресс детских урологов	ЛАС-ВЕГАС, Невада, США	см. www.uroweb.org
	02.10–04.10	VIII Конгресс РООУ	МОСКВА, Россия	РООУ, см. www.roou.ru
О К Т Я Б Р Ь	22.10–26.10	31-й Всемирный конгресс по эндоурологии и ударно-волновой литотрипсии	НОВЫЙ ОРЛЕАН, США	см. www.uroweb.org
	25.10	Конференция по уродинамике и нейроурологии (онлайн-трансляция)	МОСКВА, Россия	НИИ урологии, см. www.uro.ru , www.uroweb.ru
	04.11	Курсы по онкоурологии во время Национального конгресса научного общества урологов Узбекистана	ТАШКЕНТ, Узбекистан	ESU, см. www.uroweb.org
Н О Я Б Р Ь	06.11–08.11	Конгресс РОУ	МОСКВА, Россия	РОУ, см. www.rou-congress.ru
	29.11	Конференция РООУ в ПФО	КАЗАНЬ, Россия	РООУ, см. www.roou.ru
	15.11–17.11	5-й мультидисциплинарный Съезд по злокачественным опухолям в урологии	МАРСЕЛЬ, Франция	EAU, см. www.uroweb.org
	22.11	Конференция по мочекаменной болезни (онлайн-трансляция)	МОСКВА, Россия	НИИ урологии, см. www.uro.ru , www.uroweb.ru

А П Р Е Л Ь							М А Й							И Ю Н Ь						
Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5						1	2
8	9	10	11	12	13	14	6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9
15	16	17	18	19	20	21	13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16
22	23	24	25	26	27	28	20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23
29	30						27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	29	30
О К Т Я Б Р Ь							Н О Я Б Р Ь							Д Е К А Б Р Ь						
Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
	1	2	3	4	5	6					1	2	3							1
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10	2	3	4	5	6	7	8
14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	9	10	11	12	13	14	15
21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24	16	17	18	19	20	21	22
28	29	30	31				25	26	27	28	29	30		23	24	25	26	27	28	29
														30	31					

Трагедии и парадоксы хронического простатита



**Игорь
Адамович
Тюзииков**

К.м.н., врач-уролог высшей квалификационной категории, вед. спец. по урологии и андрологии ООО «Медицинский центр диагностики и профилактики плюс», Ярославль
phoenix-67@list.ru



**Светлана
Юрьевна
Калинченко**

Д.м.н., проф., заведующая кафедрой эндокринологии ФГКМР РУДН, научный руководитель Клиники профессора Калинченко, Москва
kalinchenko@list.ru

Воспалительные заболевания предстательной железы имеют давнюю историю исследования и лечения, эволюция которых наглядно демонстрирует борьбу теорий и взглядов на саму сущность заболевания, называемого нами «простатит».
Предстательная железа впервые описана еще в исследованиях Герофила в 350 году до н. э., и с тех пор не утихают споры ученых об этиологии, патогенезе, методах диагностики и лечения воспалительных заболеваний предстательной железы.

Воспалительные заболевания предстательной железы считаются полиэтиологическими и характеризуются мультифакторностью патогенеза, и это делает их достаточно разнородными по своей сущности заболеваниями. Одновременно с появлением новых теорий и гипотез патогенеза простатита на протяжении XIX–XX веков появилось огромное количество методов лечения этого заболевания, многие из которых, в частности массаж предстательной железы, до сих пор широко используются урологами при лечении пациентов.

Эпидемиология воспалительных заболеваний предстательной железы

В настоящее время, согласно общему мнению, простатит – одно из частых урологических заболеваний у мужчин всех возрастных групп, хотя его истинная частота нам неизвестна. По официальной статистике, он выявляется у 13,2–35 % мужчин, а пик традиционно приходится на лиц моложе 50 лет. В старшем возрасте частота простатита составляет 21,6 %, при этом у мужчин с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) он выявляется практически в 100 % случаев. На практике его выявление в этом возрасте происходит неактивно, в результате до 62 % больных ДГПЖ оперируются с нераспознанным до операции хроническим простатитом (ХП), что обуславливает немалый процент гнойно-воспалительных осложнений после аденомэктомии или трансуретральной резекции простаты.

Достоверных эпидемиологических данных о распространенности простатита в России просто не существует. Отсутствие четких клинико-лабораторных критериев болезни и обилие субъективных жалоб обуславливают маскирование под этим диагнозом различных патологических состояний предстательной железы, мочевого пузыря и уретры, а также сосудистых, миогенных и неврологических заболеваний органов малого таза, гормональных нарушений и т. д.

Эволюция терминологии и классификации простатитов

В настоящее время в литературе имеется более 50 различных классификаций воспалительных заболеваний предстательной железы, многие из которых имеют сегодня исключительно исторический интерес. С 1995 г. все мировое урологическое сообщество пользуется известной классификацией простатита, предложенной Национальным институтом здоровья (НИН) (США). Согласно ей все клинические формы заболевания следует интерпретировать в рамках 4 категорий, при этом только 2 из них – острый инфекционный простатит (категория I) и хронический инфекционный простатит (категория II) достоверно связаны с клинически значимым бактериальным обсеменением ткани предстательной железы, которое может быть подтверждено объективными методами (цитологические и/или бактериологические исследования секрета предстательной железы).

Представляется логичным, что истинным «простатитом» (инфекционным воспалением предстательной железы) с точки зрения классической патофизиологии, патоморфологии и микробиологии можно назвать только эти инфекционные формы заболевания. Существование остальных 2 категорий заболевания (III и IV), при которых выявление инфекционного агента в простате затруднено, или он не выявляется стандартными методами (неинфекционный простатит категории III), как и бессимптомная персистенция микроорганизмов в предстательной железе (латентный простатит категории IV), можно поставить под большое сомнение. Вполне очевидно, что они могут оказаться различными стадиями одного и того же процесса, например процесса инфицирования предстательной железы (наша рабочая гипотеза).

В силу этого совершенно очевидна диагностическая и тактическая «однобокость» используемой сегодня международной классификации НИН (1995), которая нацеливает уролога исключительно на поиск инфекционного фактора как ведущего этиологического фактора любой формы простатита. Следствием такой «диагностики» однозначно становится назначение антибактериальных препаратов практически каждому больному с выявленной, невыявленной или подозреваемой инфекцией в предстательной железе. Это уводит клиническое мышление врача от выявления других патогенетических механизмов заболевания, которые выполняют роль триггера или поддерживают простатический болевой синдром за счет неинфекционных (невоспалительных) механизмов.

Методологические проблемы простатита привели к тому, что Европейской ассоциацией урологов (EAU) в 2003 г. был рекомендован термин «синдром хронической тазовой боли» (СХТБ) для обозначения неинфекционного симптомокомплекса ХП (СХТБ/ХП). Этот методологический прорыв, по нашему мнению, позволил начать пересмотр традиционных подходов к лечению ХП и СХТБ и стал началом пути от симптоматической терапии болевого синдрома к патогенетическому лечению, поскольку признан полиэтиологический механизм болевого синдрома при данном патологическом состоянии.

Рекомендации по лечению СХТБ и хронического простатита EAU (2012): что нового?

В 2011 г. EAU опубликовала предварительные рекомендации, а в 2012 г. выпустила полную версию уточненных рекомендаций по терминологии, диагностике и лечению урологического СХТБ.

Во введении к рекомендациям сказано, что в прошлом болевой синдром в области

простаты назывался «простатит», хотя доказанную бактериальную природу заболевания имеют не более 10 % всех его случаев, в отношении которых и рекомендуется использовать термин «простатит» (острый или хронический). Остальные 90 % при наличии болевого синдрома в области предстательной железы должны быть классифицированы как «простатический болевой синдром» (ПБС). Если болевой синдром не локализуется четко в предстательной железе, но локализуется в области малого таза, данное состояние следует классифицировать как СХТБ.

Согласно новому определению, ПБС – это постоянный или рецидивирующий болевой синдром в области предстательной железы длительностью не менее 3 месяцев в течение последних 6 месяцев. ПБС, в отличие от инфекционного простатита, имеет неинфекционную природу.

В таком понимании ПБС соответствует существующей трактовке понятия СХТБ/ХП категории III по классификации НИН (1995).

Ключевым прорывом в новом понимании патогенеза тазового и ПБС, по нашему мнению, является указание в рекомендациях 2012 г. на тот факт, что поскольку на сегодняшний день отсутствуют клинически релевантные диагностические исследования или терапевтические результаты, которые бы позволили отличить воспалительный СХТБ/ХП (категория IIIA по классификации НИН, 1995) от невоспалительного СХТБ/ХП (категория IIIB по той же классификации), то в клинической практике в настоящее время не рекомендуется различать воспалительный и невоспалительный варианты СХТБ/ХП категории III (EAU, 2012).

Данный симптомокомплекс получает название «простатический болевой синдром», основным симптомом которого является боль, имеющая 1 или более этиологических неинфекционных факторов.

Таким образом, основной диагностический поиск при СХТБ, ПБС и инфекционном простатите связан с уточнением этиологической причины болевого синдрома в малом таза или предстательной железе (EAU, 2012).

Патофизиологические механизмы боли при воспалительных заболеваниях предстательной железы

По нашему мнению, при урологическом неинфекционном СХТБ/ПБС мы имеем дело с болевым синдромом различной этиологии:

- с нейропатической тазово-простатической болью в чистом виде («моноболь»);
- с нейропатической тазово-простатической болью в виде ее «клинических масок»:
 - ишемическая боль,
 - конгестивная боль,
 - мионеврогенная боль,
 - нейрорецепторная (нейромодулирующая) боль,
 - их сочетание (чаще всего);
- с сочетанием нейропатической и соматогенной воспалительной (инфекционной) боли при одновременном наличии патогена в секрете простаты;
- с сочетанием нейропатической и соматогенной воспалительной (неинфекционной) боли вследствие асептического воспаления в ткани простаты под влиянием продуктов деградации, биологически активных веществ и цитокинов.

При инфекционном воспалении предстательной железы мы имеем дело, прежде всего, с воспалительной инфекционной болью,

однако и в этом случае возможно одновременное присутствие других неинфекционных механизмов болевого синдрома в области таза (предстательной железы).

Изолированная инфекционная воспалительная боль («моноболь») в предстательной железе у больного инфекционным простатитом адекватно купируется длительным (не менее 4–6 недель) курсом правильно подобранного антибиотика.

При полной клинико-лабораторной санации простаты после курса целенаправленной антибактериальной терапии сохранение болевого синдрома может указывать на наличие нейропатического или другого неинфекционного компонента боли (сосудистого, миогенного и т. д.).

Мы полагаем, что резидуальные (остаточные) боли в области малого таза / предстательной железы после рационального курса противомикробной химиотерапии доказанного инфекционного простатита практически всегда будут связаны с нейропатическим компонентом, воздействия на который мы никогда не оказываем, надеясь лишь на силу антибиотиков. В соответствии с имеющимися рекомендациями по антибактериальной терапии инфекционного простатита препаратами выбора для эмпирического лечения долгие годы являются пероральные фторхинолоны. Однако, с одной стороны, антибиотик для эмпирической терапии должен обладать не более чем 10–20 % уровнем резистентности к наиболее частым патогенам, ассоциированным с хроническим инфекционным простатитом, чтобы обеспечить адекватную эрадикацию возбудителя у большинства пациентов. С другой стороны, мы живем «век антибиотикорезистентности», при этом наиболее существенная проблема современной антимикробной химиотерапии – угрожающий рост числа патогенов, вызывающих воспалительные изменения в мочеполовой системе, резистентных к фторхинолонам. Точное разграничение инфекционного и неинфекционного факторов патогенеза ПБС крайне важно с практической точки зрения: если мы будем отождествлять любую боль в области предстательной железы только с инфекционной (воспалительной) составляющей, то мы так и останемся на пути упорного исключительного применения одних антибиотиков для ее лечения, что в условиях растущей антибиотикорезистентности непременно приведет нас в «тупик терапии», так как, идя по этому пути, мы можем уже очень скоро «потерять» единственную группу антибиотиков – фторхинолонов, которые пока остаются препаратами выбора при лечении инфекционных простатитов.

Мы доказали это предположение на основе проведенного нами исследования чувствительности выделенных патогенов из секрета предстательной железы у 120 мужчин с сахарным диабетом 2-го типа и доказанным клинико-лабораторным диагнозом «хронический инфекционный простатит» (И.А. Тюзииков, 2011). При наличии у них признаков диабетической урогенитальной нейропатии и андрогенного дефицита частота выделения инфекционного агента из секрета простаты статистически была выше, чем при отсутствии указанных неблагоприятных гормонально-метаболических факторов. Чувствительность выделенных микроорганизмов не позволяла использовать режим эмпирической антибактериальной терапии у данных больных, так как даже фторхинолоны демонстрировали превышающий 10 % допустимый для эмпирической терапии порог резистентности (И.А. Тюзииков, 2011).

Окончание на стр. 13 ►

Трагедии и парадоксы хронического простатита

◀ Окончание, начало на стр. 12

И нейропатия, и андрогенный дефицит, будучи патогенетически связанными между собой, являются существенными, но практически не выявляемыми патогенетическими факторами персистенции и антибиотикорезистентности инфекции в простате у мужчин с сахарным диабетом 2-го типа, так как способствуют нарушению условий нормального функционирования предстательной железы и нарушению доставки антибиотика в очаг воспаления вследствие нарушения регионарного кровообращения и иннервации. Поэтому проводить антибактериальную терапию у этих пациентов следует только на основе бактериологического исследования секрета предстательной железы (т. е. она должна носить исключительно индивидуальный целенаправленный характер).

Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что, кроме оценки вида и вирулентности микроорганизма, проникшего в предстательную железу, необходима **обязательная оценка состояния макроорганизма**, которую на практике не проводят! Ведь оно играет ведущую роль в реализации патогенных свойств микроорганизма. Поэтому вместо повторного курса антибиотиков следует провести детальную переоценку соматического статуса пациента, дополнив ее минимальным уронеурологическим обследованием (выявление признаков урогенитальной нейропатии) и обязательным гормональным скринингом.

Любые воспалительные (инфекционные или неинфекционные) заболевания предстательной железы должны стать наконец заболеваниями, при которых следует всем больным перед началом терапии проводить гормональный скрининг – как минимум определять в крови уровень общего тестостерона как интегративного показателя тестикулярного стероидогенеза, андрогенной насыщенности мужского организма и регулятора основных сосудистых, мионейрональных, метаболических и трофических процессов, прежде всего в предстательной железе. В XXI веке мы не можем уже лечить **заболевания андрогензависимого органа – предстательной железы** – ничего не зная о состоянии ее метаболизма и энергетического обмена, ключевым гарантом которых является уровень тестостерона. Игнорирование этого факта является одной из главных причин как роста антибиотикорезистентности простатопатогенов вследствие нерациональной и хаотичной антибиотикотерапии практически всех форм простатитов, так и неудовлетворительной

эффективности даже «комплексной» терапии заболевания, потому что **в ее основе сегодня лежит исключительно симптоматический подход!**

Реалии стандартной и перспективы патогенетической диагностики простатита

Согласно имеющимся рекомендациям, при выявлении инфекции в диагностически значимом титре из секрета предстательной железы у больного с клиникой ПБС трактуется как «инфекционный простатит». В противоположность этому, диагноз СХТБ или ПБС, согласно определению EAU (2012), является, по сути, симптоматическим диагнозом «исключения», когда инфекционный фактор не выявляется, а для назначения фармакотерапии требуется тщательный поиск неинфекционных причин болевого синдрома. Однако по сей день «золотого стандарта» диагностики СХТБ/ПБС не существует (таблица).

Новое понимание методологических проблем СХТБ/ПБС позволило европейским экспертам в рекомендациях EAU 2012 г. констатировать, что предлагаемый алгоритм обследования не должен включать минимальное количество диагностических тестов, так как **опытный уролог сам должен определить объем обследования у конкретного больного (EAU, 2012). При диагностике и лечении СХТБ, ПБС и инфекционных простатитов не может быть стандартов, универсальных для всех больных, так как все наши пациенты разные, включая индивидуальные особенности андрогенного статуса!**

При диагностике причин СХТБ/ПБС мы рекомендуем при сборе анамнеза у всех больных использовать валидные системы опроса (IPSS-QoL–CPSI-QoL), а также обязательно проводить анкетирование для выявления возможных симптомов андрогенного дефицита (шкала AMS). При проведении физикального исследования необходимо активно выявлять и фиксировать в диагнозе наличие ожирения (окружность талии ≥ 94 см), кожные признаки инсулинорезистентности и андрогенного дефицита, проводить минимальное уронеурологическое обследование (определение чувствительности головки полового члена (метод Калининко–Роживанова, 2004), выраженность крематерного, бульбо-кавернозного, анального рефлексов). Это важно, так как между ожирением, инсулинорезистентностью и андрогенным дефицитом у мужчин имеются достоверные патогенетические связи, предопределяющие

Рекомендованный диагностический минимум при СХТБ/ПБС/ХП (EAU, 2012)
Клиническая оценка
Общий анализ мочи и культуральное исследование мочи
Исключение заболеваний, передающихся половым путем
Суточный ритм мочеиспусканий, урофлоуметрия и определение остаточной мочи
4-стаканная проба Meares–Stamey
Микроскопия секрета предстательной железы
Культуральное исследование секрета предстательной железы
«Пробное» лечение антибиотиками при наличии признаков воспаления

механизмы их влияния на урогенитальный тракт (рисунок).

Минимальный гормональный скрининг должен включать определение в крови общего тестостерона, секс-стероид связывающего глобулина, лютеинизирующего гормона, пролактина и тиреотропного гормона. Независимо от уровня общего тестостерона всем пациентам с СХТБ/ПБС необходимо рассчитывать уровень свободного тестостерона, так как именно эта фракция андрогенов определяет, в частности, уровень достаточности внутриклеточных эффектов тестостерона.

При наличии ожирения у больного (окружность талии ≥ 94 см) дополнительно необходимо определять холестерин, липидный спектр, глюкозу, гликированный гемоглобин, инсулин и С-пептид. Выявление инсулинорезистентности является важным этапом обследования больного, так как гиперинсулинемия является фактором, запускающим и поддерживающим нейропатию и андрогенный дефицит, и всегда требуется одновременная медикаментозная коррекция данных нарушений.

Только после оценки вышеописанных параметров врач-уролог переходит к оценке профильного урогенитального статуса в соответствии с имеющимися стандартными рекомендациями.

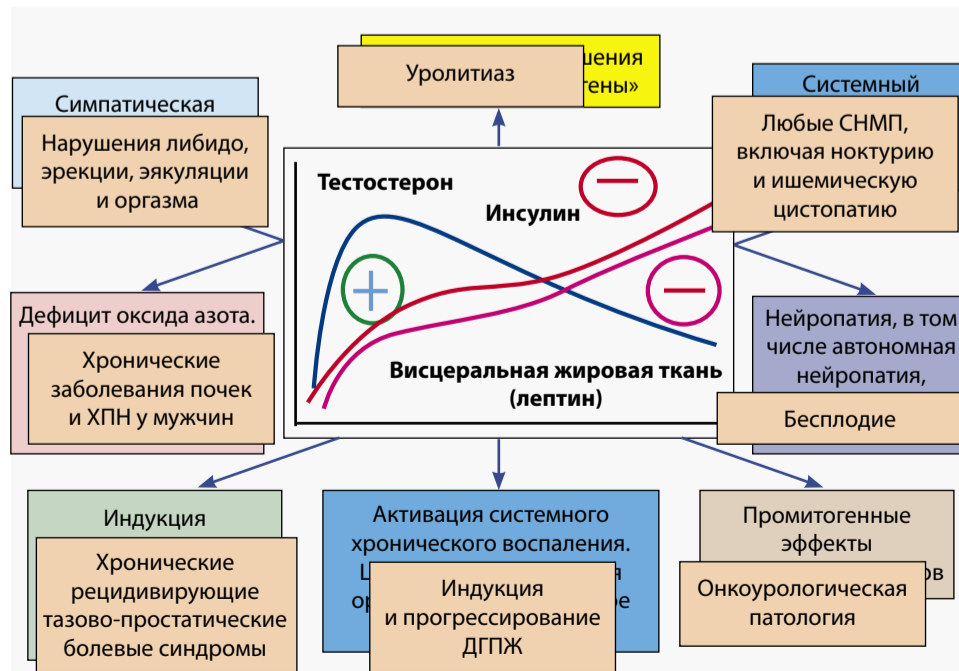
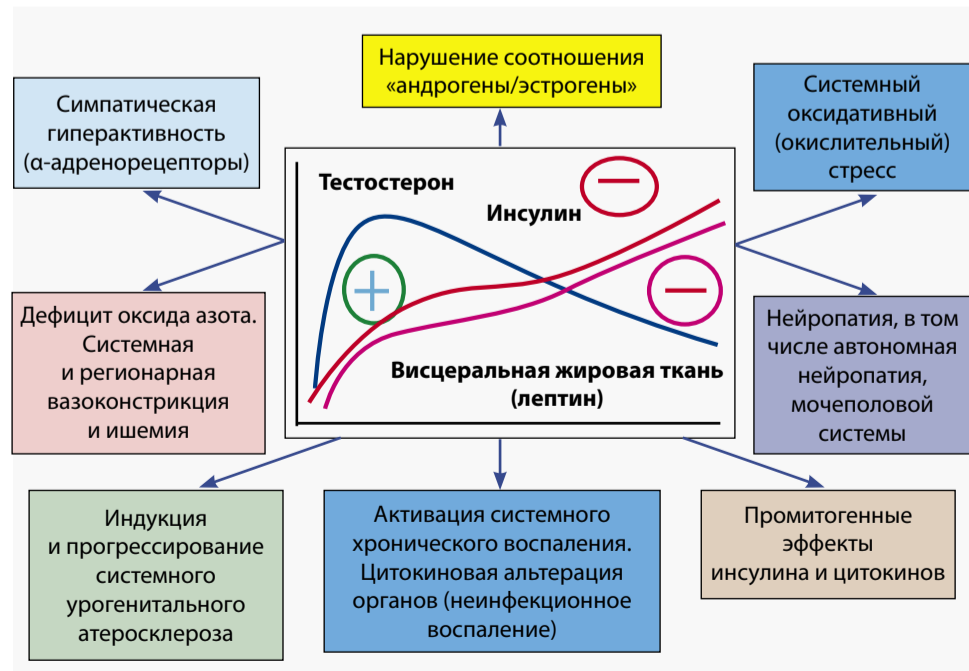
Диагностика и лечение заболеваний предстательной железы существенно отличаются от лечебно-диагностических мероприятий при заболеваниях других органов, ключевым отличием является андрогензависимость предстательной железы, о которой мы в погоне за инфекцией совершенно забыли!

Заключение

В истории урологии не было и, пожалуй, нет и сейчас заболеваний более дискуссионных

и сложных в понимании, чем воспалительные заболевания предстательной железы. Проблема современной методологии и классификации воспалительных заболеваний предстательной железы состоит, на наш взгляд, в сохраняющихся долгие годы неизменных подходах к их диагностике, в алгоритмах которой по-прежнему ведущее место занимают методы идентификации инфекционного агента в предстательной железе. По нашему мнению, в алгоритм диагностики следует активно включать методы гормонального скрининга, так как предстательная железа является андрогензависимым органом, и любые нарушения синтеза и эффектов тестостерона могут быть как причиной, так и следствием любых воспалительных и невоспалительных процессов в ней. Игнорировать роль половых гормонов как основных регуляторов простатического метаболизма в норме и при любой патологии железы уже невозможно. Только такой подход позволит обосновать патогенетическую целесообразность и необходимость коррекции андрогенного дефицита и других метаболических нарушений с ним ассоциированных у всех мужчин с тазово-простатическим болевым синдромом любой этиологии, что способно существенно повысить эффективность терапии и сделать ее действительно ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ, а не симптоматической, каковой, к сожалению, она является в настоящее время.

«Готовы ли мы сейчас для публикации рекомендаций по лечению ХП? Я думаю, что нет. Однако нам это надо сделать для того, чтобы перейти через трясины под названием “хронический простатит”...» – так писал один из основоположников современного учения о простатите ДК Никель. Новое понимание патогенеза на основе междисциплинарного подхода к СХТБ и ХП поможет нам перейти эту «трясину» и развеять, наконец, мифы о неизлечимости простатита.



Неэффективность стандартной терапии уроандрологических заболеваний

«Золотое правило» современной андрологии – взаимосвязь ожирения, нарушений углеводного обмена и андрогенного дефицита в патогенезе мочеполовых заболеваний у мужчин (И.А. Тюзиков, 2012)

Аномалии развития мочеиспускательного канала. Гипоспадия



Татьяна Николаевна Гарманова

Врач детский уролог-андролог, м.н.с. отдела детской урологии
ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России
tatianagarmanova@gmail.com

Гипоспадия – одно из наиболее частых врожденных заболеваний. Она встречается у 1 ребенка на 200–300 новорожденных. Данная патология мочеиспускательного канала связана с нарушением внутриутробного развития уретральной трубки и вентральной части крайней плоти наряду с искривлением полового члена кзади.

У большей части пациентов с гипоспадией наружное отверстие уретры находится либо в венечной борозде, либо под венечной бороздой, либо на головке полового члена.

Частота патологии среди новорожденных мальчиков за последние 40 лет значительно возросла: если в 60–70-е годы XX века она составляла 1 : 200–500 новорожденных, то в настоящее время увеличилась до 1 : 125–150 случаев. Распространенность данного порока у урологических больных варьирует от 1 до 4 %.

При средних и тяжелых формах заболевания наружное отверстие расположено на стволе полового члена, в мошонке или на промежности. Чаще всего тяжелые формы гипоспадии сочетаются с нарушением развития внутренних половых органов, что обуславливает наличие признаков женского или мужского псевдогермафродитизма.

Современное состояние проблемы

Гипоспадия остается одним из тяжелых и распространенных заболеваний детского возраста. Тенденции к снижению заболеваемости не наблюдаются, наоборот, отмечается увеличение количества обращаемости пациентов. Частота патологии среди новорожденных мальчиков за последние 40 лет значительно возросла: если в 60–70-е годы XX века она составляла 1 : 200–500 новорожденных, то в настоящее время увеличилась до 1 : 125–150 случаев. Распространенность данного порока у урологических больных варьирует от 1 до 4 %.

По данным мониторинга врожденных пороков развития, проводимого согласно Европейскому регистру по 19 формам, в Москве среди выявленных врожденных заболеваний в течение 4 лет гипоспадия занимает 4-е место (8,86 % от общего количества). Таким образом, частота этой патологии, по данным международной литературы, составляет 5,2–8,2 на 1000 новорожденных мальчиков.

Однако по данным, приведенным в метаанализе Н. Fisch (2009), исследования частоты гипоспадии, проводимые в период с 1964 по 1995–1997 гг., не соответствуют современным научным требованиям, и сложно полагаться на полученные в тот момент данные об увеличении количества

Важно определить, сколько операций пришлось перенести пациенту и в каком возрасте до того момента, как результаты лечения стали удовлетворительными.

случаев заболевания. П.П. Продеус и О.В. Староверов (2003) объясняют тенденцию к росту не столько улучшением диагностики гипоспадии, сколько общемировой тенденцией к феминизации населения Земли.

Классификация и выбор метода лечения

Несмотря на высокую частоту встречаемости данного заболевания, в настоящее время нет четкого консенсуса в оценке предоперационной тяжести порока и послеоперационной оценке эффективности лечения. Современная классификация гипоспадии чаще всего основана на анатомическом положении наружного отверстия уретры (I. Vidal, 2010). Однако для выбора метода лечения важны и такие показатели, как уровень разделения спонгиозного тела, степень гипоплазии

тканей, формирующих вентральные структуры полового члена, качество уретральной площадки, размер полового члена, размер головки полового члена, состояние крайней плоти и аноскротальное или анопенильное расстояние, которое может указывать на степень перинатального воздействия андрогенов. Поэтому классификация гипоспадии должна включать в себя не столько анатомические данные, сколько данные о «биологическом контексте» данного заболевания. P.D. Mouriquand (2007, 2009) считает, что основным в классификации этой патологии является уровень разделения спонгиозного тела. В связи с этим нужно различать гипоспадию с дистальным разделением спонгиозного тела и, соответственно, с минимальным искривлением полового члена или его отсутствием и гипоспадию с проксимальным разделением спонгиозного тела и, соответственно, со значительной гипоплазией тканей и искривлением полового члена.

Послеоперационная оценка результатов

Послеоперационная оценка результатов лечения является еще более сложным и несогласованным процессом. Косметические, функциональные (качество мочеиспускания) и психологические (качество сексуальной жизни) дефекты крайне субъективны, и в разных работах их оценка различается. Кроме того, важно определить, сколько операций пришлось перенести пациенту и в каком возрасте до того момента, как результаты лечения стали удовлетворительными. Оценки результата операции пациентом и хирургом различаются, особенно если это касается косметического дефекта. Но при определении внешнего вида уретры хирург часто полагается на мнение родителей или пациента.

Уродинамические исследования также не являются истиной в последней инстанции, так как у пациентов после операции в течение длительного времени отмечается дискоординированное мочеиспускание, кроме того, уродинамический профиль неуретры может быть измененным даже при отсутствии стриктуры уретры. Это объясняет то, почему у большей части пациентов после оперативного лечения гипоспадии уродинамическая кривая более пологая. Кроме того, большая часть детских урологов не оценивает сексуальные и психологические аспекты лечения заболевания. По данным современной литературы, после операции у пациентов с гипоспадией отмечается нормальное психосексуальное развитие. M.B. Aulagne et al. (2010) отметили, что раннее проведение операции более благоприятно с психологической точки зрения. A.C. Jiao et al. (2011) подтвердили, что при особо тяжелых формах порока отдаленные результаты хуже.

В недавно проведенных исследованиях были изучены различные варианты оценки результатов лечения гипоспадии. Одним из наиболее многообещающих и воспроизводимых методов оценки как объективных, так и субъективных результатов операции оказался стандартизированный опросник (Шкала восприятия полового члена – penile perception score) (D.M. Weber, 2008).

Когда и кого оперировать?

Единственным способом лечения гипоспадии является хирургическая коррекция. Факт наличия описанных в литературе более 300 различных операций свидетельствует о том, что ни один из способов не является лучшим или нет стандартизации лечения. У большей части пациентов удается хорошо скорректировать порок, но у некоторых больных оперативное лечение приводит к неудовлетворительным результатам.

В настоящее время нет единой концепции предварительной оценки состояния уретры и полового члена до операции, единой выработанной схемы выбора метода оперативного лечения и четкой тактики послеоперационного ведения больных. Поэтому вопросы лечения и наблюдения пациентов после гипоспадии остаются одними из самых актуальных в детской урологии-андрологии.

Пациенты этой группы не только испытывают психологический дискомфорт от измененного многочисленными операциями полового члена, но у них также нарушено мочеиспускание. Кроме того, у больных гипоспадией отмечаются проблемы с сексуальной активностью и построением отношений с партнером.

По данным мировой литературы, имеется тенденция к выполнению хирургической коррекции данной патологии в младшем возрасте. Так, по мнению J.R. Schultz, W.M. Klyko, J. Wacksman (1983), C.A. Sheldon, J.W. Duckett (1987), G. Manzoni et al. (2004), J.H. Ross (2008), G. Holcomb, J.P. Murphy (2010), «оптимальным окном» для данной операции является возраст от 6 до 15 месяцев (AAPG, 1996). При этом считается, что лучшим для выполнения операции является возраст 6 месяцев, при тяжелых формах порока или наличии послеоперационных осложнений (формирование свища уретры) повторное вмешательство может быть выполнено после полного заживления раны через 6 мес,

т. е. в возрасте 1 года (American Academy of Pediatrics, 1996). A. Perlmutter в 2006 г. впервые доказал, что частота осложнений после лечения патологии минимальна при выполнении операции в возрасте 4–6 месяцев. Также последние исследования показали, что количество осложнений после операции по поводу гипоспадии выше у пациентов старше 5 лет, чем у пациентов до 1 года.

В настоящее время существует возможность скорректировать любой тип данной патологии у маленьких пациентов. Вид операции зависит от тех изменений, которые определяются на момент операции. Ключевым моментом является оценка состояния кожи и спонгиозного тела в области дистопированного меатуса. Например, при головчатой или дистальной форме гипоспадии состояние кожи и спонгиозного тела может быть плохим, что потребует при проведении реконструктивной операции перевода данной патологии в проксимальную форму и дальнейшего оперативного лечения. В другом случае уретра может быть нормальной, открываться на головке, но имеется недоразвитое спонгиозное тело – хорда. Такое состояние называют гипоспадией типа хорды. Это требует уретропластики на стволе полового члена с использованием лоскута или тубуляризирующей техники. Конфигурация головки полового члена также имеет очень большое значение. При глубокой уретральной борозде на головке полового члена возможно выполнение первичной тубуляризирующей техники, тогда как минимальная уретральная борозда требует применения лоскутной пластики или рассечения.

Оперативное лечение дистальной формы гипоспадии зависит от отношения к этому заболеванию пациента и его семьи. У многих больных дистальной гипоспадией нет функционально значимого искривления полового члена и они способны мочиться стоя. Поэтому в большей части случаев целью оперативного лечения является устранение косметического дефекта. Результат должен быть максимально близок к идеальному. Техника операции зависит от анатомии гипоспадического полового члена.

Наиболее часто применяемыми операциями являются: meatal advancement glanuloplasty (MAGPI); операция Mathieu или перекидной лоскут; операция Snodgrass или уретропластика тубуляризированной уретральной площадкой и модификация операции Snodgrass с имплантацией свободного лоскута крайней плоти в рассеченную уретральную площадку.

В настоящее время, несмотря на кажущуюся простоту решения вопроса лечения гипоспадии, остается много нерешенных проблем. В частности, нет единой концепции предварительной оценки состояния уретры и полового члена до операции, единой выработанной схемы выбора метода оперативного лечения и четкой тактики послеоперационного ведения больных. Отсутствие согласованности в оценке результатов не позволяет сравнивать результаты различных исследований. Вопросы лечения и наблюдения пациентов после гипоспадии остаются одними из самых актуальных в детской урологии-андрологии.

Факт наличия описанных в литературе более 300 различных операций свидетельствует о том, что ни один из способов не является лучшим или нет стандартизации лечения.

Внутрипузырная терапия хронического цистита



Яков Борисович Миркин
 Врач-уролог отделения восстановительного лечения НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова.
 Руководитель отделения – проф. И.А. Аполихина
 dr.j.mirkin@yandex.ru

Внутрипузырная терапия хронического цистита вообще и бактериального в частности давно привлекает внимание урологов, как в России, так и за рубежом.

Действительно, у местной терапии есть преимущества:

1. Возможность создать достаточно высокую концентрацию препарата в месте введения.
2. Минимизация системных побочных эффектов.
3. Обеспечение комплаенса, поскольку процедуры обычно проводит лечащий врач.
4. Некоторые препараты вообще невозможно ввести иным путем (ботулинический токсин, резинифератоксин, гиалуроновая кислота, диоксидин, димексид и пр.).

Однако есть и недостатки:

1. Отсутствие стандартов внутрипузырной терапии.
2. Необходимость регулярной катетеризации в процессе лечения.
3. Недостаточное время воздействия.

За рубежом в основном применяются смеси глюкокортикоидов, анестетиков и протекторов уретерия (гепарин, гиалуронат натрия). Например, R. Moldwin рекомендует коктейль из 20 мл 0,5 % маркаина, 20 мл 2 % лидокаина,

10 000 ЕД гепарина, 40 мг триамцинолона и 80 мг гентамицина.

Видимо, урологическому сообществу еще предстоит разработать методические рекомендации для внутрипузырной терапии. Возможно, имеет смысл создать рабочую группу или экспертный совет.

А пока, давайте попробуем разобраться в основных целях и принципах внутрипузырной терапии хронического бактериального цистита.

Во-первых, это патогенетическая терапия. Основным возбудителем цистита до недавнего времени считалась *E. coli* (рис. 1), точнее ее уропатогенные штаммы, обладающие инструментами вирулентности: гиалуронидазой для разрушения гликозаминогликанового слоя мочевого пузыря и фимбриями для прикрепления к уретелию.

Перорального применения фторхинолонов было вполне достаточно для ее элиминации.

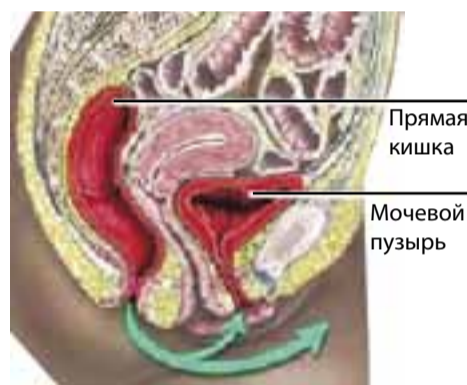


Рис. 1. Пути миграции кишечной палочки из прямой кишки во влагалище и мочевой пузырь

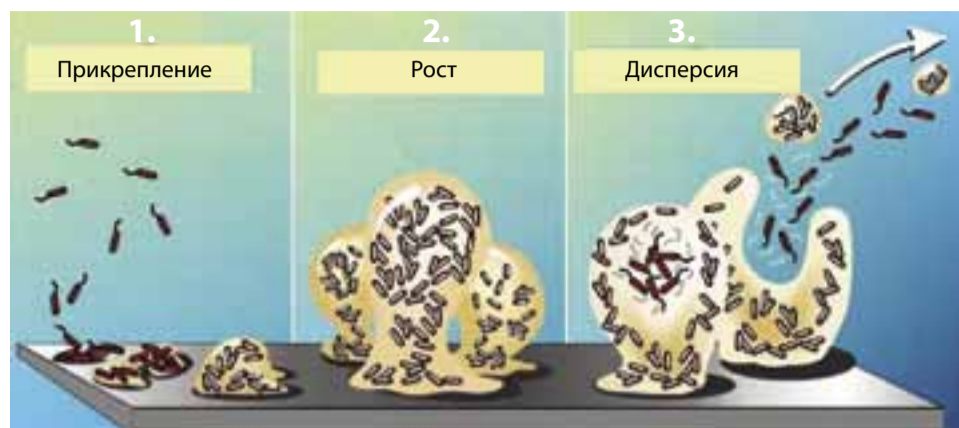


Рис. 2. Цикл развития микроколонии, защищенной биопленкой

Однако, в последнее время доказана возможность образования микробных ассоциаций в уретелии, защищенных биопленками. Такие микроколонии могут содержать несколько десятков видов микроорганизмов (в том числе анаэробов) с разделением функций. Проникновение в них антибиотиков при системном применении затруднено (рис. 2).

Таким образом, потенциальный препарат для внутрипузырной антибактериальной терапии должен обладать широким спектром действия, проникать в уретелий и микроколонии.

Во-вторых, необходимо в короткие сроки купировать болевой синдром и поллакиурию. Для этого можно использовать местные анестетики (лидокаин, маркаин) или М-холинолитики.

В-третьих, представляется целесообразным сформировать местный иммунитет.

В-четвертых, необходимо восстановить поврежденный уретелий.

И наконец, **в пятых** – восстановить гликозаминогликановый слой мочевого пузыря, препятствующий адгезии бактерий (рис. 3).

Одним из главных недостатков внутрипузырной терапии является слабая адгезия препаратов к уретелию. То есть, они выводятся из мочевого пузыря вскоре после введения. Следовательно, необходимо **обеспечить длительную адгезию**, минимум 24 ч. Понятно, что такое продолжительное воздействие должен обеспечивать целый комплекс препаратов. Однако, фармакохимическое взаимодействие в таком «коктейле» достаточно трудно спрогнозировать и оценить.

Кроме того, на разных этапах терапии требуется различное воздействие, которое, кстати, зависит еще и от динамики патологического процесса.

Поэтому совместно с группой биохимиков, которую возглавляет проф. Н.Д. Олтаржевская, мы решили разработать комплекс препаратов

Окончание на стр. 17 ▶

общество с ограниченной ответственностью

НОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

весь спектр продукции для урогинекологии

Сетчатые импланты для хирургического лечения стрессового недержания мочи и пролапса гениталий производства ТНТ-Bioscience (Франция):

SWING-BAND SB3

Коррекция стрессового недержания мочи

CYSTO-SWING CS3

Коррекция цистоцеле

RECTO-SWING RS

Коррекция ректоцеле

Преимущества:

- Одни из самых легких (27 г/м);
- Низкая цена (от 12 500 рублей);
- Достаточно простая техника имплантации;
- Хирургический опыт — более 200 000 имплантаций в Европе



Препараты для внутрипузырной терапии хронического цистита:

УРОЛАЙН-АДЛ

«Колетекс-АДЛ»

диоксидин, лидокаин, альгинат натрия

УРОЛАЙН-ДНК-Л

«Колетекс-ДНК-Л»

деринат, лидокаин, альгинат натрия



КОНТАКТЫ:

ooo.nmt@yandex.ru, mirkom@yandex.ru

8-800-100-54-28; +7 (905) 905-13-00

+7 (495) 785-21-74; +7 (985) 333-70-23

www.newmedtech.pro

Приапизм – тактика ведения пациентов



**Сергей
Константинович
Яровой**

Д.м.н., клинический
фармаколог,
ст. науч. сотр.
ФГБУ «НИИ урологии»
Минздрава России
uroweb@yandex.ru

Приапизм является достаточно редким заболеванием (от 0,11 до 0,4 % случаев среди всех урологических больных) и не каждый уролог в своей практике может его наблюдать. Заболевание встречается в разных возрастных группах, не исключая и детский возраст.

Классификация

В современной урологии имеется несколько классификаций приапизма: этиологическая, клиническая, анатомическая, гемодинамическая, патофизиологическая.

Анатомическая классификация разделяет приапизм на однокорпоральный (поражение одного кавернозного тела – казуистика), двукорпоральный, трикорпоральный. В подавляющем большинстве случаев в патологический процесс вовлекаются оба кавернозных тела. На спонгиозное тело заболевание распространяется крайне редко. Сочетанное поражение кавернозных и спонгиозного тел носит название «трикорпоральный приапизм».

Клиническая классификация включает острый (встречается наиболее часто), рецидивирующий, хронический и ночной перемежающийся (псевдоприапизм) приапизм.

Хронический приапизм – клинический аналог «артериального» приапизма. Ночной перемежающийся приапизм (псевдоприапизм) представляет собой самопроизвольно проходящие болезненные эрекции полового члена во время сна.

Наиболее важной для выбора метода лечения представляется **гемодинамическая классификация приапизма**.

1. Венозный приапизм – это наиболее частая и прогностически неблагоприятная форма приапизма. В ее основе лежит нарушение венозного оттока и стаз крови, ведущие к развитию гипоксии и ацидоза – главных факторов повреждения кавернозных тел. Жизнеспособность кавернозной ткани оценивается методом газометрии пенильной крови ($pO_2 < 30$ мм рт. ст., $pCO_2 > 60$ мм рт. ст., pH пенильной крови $< 7,25$) и измерением интракавернозного давления (значение < 40 мм рт. ст. свидетельствует о необратимых изменениях в кавернозной ткани с неизбежным развитием фиброза и возникновением эректильной дисфункции).

2. Артериальный приапизм встречается в 50 раз реже венозного и возникает при превышении артериального притока к половому члену на фоне нормального венозного оттока, в связи с чем в кавернозной ткани циркулирует артериальная кровь и длительное время (вплоть до нескольких лет) не развиваются ишемические процессы. В большинстве случаев возникновение артериального приапизма обусловлено наличием патологической фистулы в кавернозном теле. При артериальном приапизме $pO_2 > 50$ мм рт. ст., $pCO_2 < 40$ мм рт. ст., pH пенильной крови – 7,35–7,45.

Этиология

Согласно данным ГКУБ № 47 и ФГБУ «НИИ урологии» (Москва) наиболее часто встреча-

ется идиопатический приапизм – 64 % больных. В 17 % случаев приапизм развивается на фоне хронической алкогольной или наркотической интоксикации. У 15 % пациентов патологическая эрекция является следствием самостоятельных интракавернозных инъекций вазоактивных лекарственных средств – папаверина и простогландина E1 (каверджект), а также введения в кавернозные тела новокаина (при нарушении техники местной анестезии) или наркотических средств. Симптоматический приапизм в рамках заболеваний нервной и кроветворной систем встречается сравнительно редко – 4 % от общего числа наблюдаемых больных. У детей самая частая причина приапизма – серповидно-клеточная анемия (один из видов наследственной гемолитической анемии).

Клиническая картина

Клиническая картина наиболее частой венозной формы приапизма характеризуется внезапным началом, обычно во время сна. В течение нескольких десятков секунд половой член становится максимально напряженным, но в отличие от физиологической эрекции принимает не перпендикулярное, а дугообразное положение с изгибом к животу. Мочеиспускание обычно не нарушается, так как спонгиозное тело и головка полового члена в эрекции не участвуют. Через несколько часов с момента начала заболевания появляются болевые ощущения у корня полового члена и в промежности, иногда сопровождающиеся отеком полового члена, особенно выраженной в области крайней плоти. Половое влечение при приапизме отсутствует. Половые акты, в которых некоторые больные ищут облегчения, не заканчиваются эякуляцией и оргазмом, не приводят к ослаблению эрекции и в ряде случаев усиливают болевой синдром.

При естественном течении заболевания через 8–12 суток эрекция начинает постепенно ослабевать, уменьшаются болевые ощущения. В исходе болезни на фоне фиброза и склероза кавернозных тел развивается стойкая, резистентная к фармакотерапии эректильная дисфункция.

Перемежающийся ночной приапизм (псевдоприапизм)

- Кратковременные болезненные эрекции полового члена во время сна.
- Многолетнее медленно прогрессирующее течение.
- В начале заболевания патологические эрекции возникают редко (1 раз в неделю), затем они могут проявляться до нескольких раз за ночь.
- Половое влечение практически всегда отсутствует.
- После совершения полового акта эрекция может ненадолго ослабеть, но затем возобновляется вновь.

Отличия от истинного приапизма:

- эрекция ослабевает в состоянии бодрствования после опорожнения мочевого пузыря, прямой кишки, активных движений, ходьбы;
- иногда положительный эффект наблюдается от приема спазмолитических и седативных препаратов, прикладывания холодных компрессов на область полового члена. Большинство исследователей склоняется к нервно-психическому генезу патологических эрекций при данном заболевании.

Патофизиология

Ведущими патофизиологическими механизмами изменений при венозной форме приапизма являются гипоксия, ацидоз и гиперкапния. Гипоксия способствует

Этиология венозного приапизма

Заболевания системы крови

- Серповидно-клеточная анемия
- Талассемия
- Хроническая гемолитическая анемия, в том числе и при малярии
- Лейкозы

Заболевания нервной системы

- Сирингомиелия
- Рассеянный склероз
- Посттравматическая миелопатия
- Синдром конского хвоста

Системные заболевания

- Амилоидоз
- Системные васкулиты
- Подагра

Хронические интоксикации

- Алкоголь
- Опии
- Каннабис
- Кокаин

Другие состояния

- Отравление угарным газом

образованию свободных радикалов, являющихся индукторами трансформации гладких миоцитов кавернозных тел в фибробласты.

Через 12 ч от начала заболевания в кавернозных телах развивается интерстициальный отек, сопровождающийся агрегацией тромбоцитов на базальной мембране. К концу первых суток происходит частичный некроз гладкомышечных клеток и их частичная трансформация в фибробласты. Через 48 ч при отсутствии лечебных мероприятий происходит формирование тромбов, прогрессируют фиброзные изменения кавернозных тел. Ригидность полового члена в этих условиях поддерживается лишь за счет отека некротических процессов в кавернозной ткани и сопровождается резким падением уровня интракавернозного давления с выраженным ацидозом, свидетельствующих о необратимых изменениях в кавернозной ткани.

Диагностический алгоритм

Диагностика приапизма основывается на осмотре, пальпации полового члена, подробном сборе анамнеза. Принципиальную важность имеют вопросы о времени и обстоятельствах начала патологической эрекции, а также о сопутствующих заболеваниях и принимаемых лекарственных средствах.

Эрекция продолжительностью более 6 ч однозначно может быть расценена как приапизм.

1. Исследование газового состава крови, полученной при пункции кавернозных тел.
2. Дуплексная доплерография.
3. Ангиография.

Лечение

Лечение приапизма преимущественно хирургическое. Лекарственная терапия играет вспомогательную роль.

Оперативная тактика при венозном приапизме

1. Пункция кавернозных тел с последующим отмыванием их растворами адреномиметиков и гепарина – эффективность 31 %. Абсолютно показана при приапизме, связанном с хроническими интоксикациями и введением в кавернозные тела вазоактивных препаратов, но лишь в ранние сроки (первые 2–е суток)

Приложение

- Состояние после спленэктомии
- Жировая эмболия
- Болезнь Фабри
- Хроническая почечная недостаточность

Лекарственные средства

- Вазоактивные препараты (при интракавернозном введении) – папаверин, фентоламин, простагландин E1
- Гипотензивные препараты – гуанетидин, гидралазин, празозин, блокаторы кальциевых каналов
- Психотропные препараты – фенотиазин, бутирофенон, флуоксетин
- Прямые и непрямые антикоагулянты – гепарин, низкомолекулярные гепарины, варфарин
- Гормональные препараты – агонисты гонадотропин-рилизинг гормона, андрогены, тамоксифен

Этиология артериального приапизма

- Травма полового члена
- «Травма всадника» – падение промежностью на продольный предмет

с момента развития патологической эрекции.

2. Спонгиокавернозный анастомоз (шунт) по методике Al-Chogab – эффективность 89 %. Является первым этапом лечения при позднем обращении пациента за урологической помощью.

3. Сафенокавернозный анастомоз (шунт) по методике Grayhack – эффективность 100 %. Является методикой выбора при наиболее тяжелой и прогностически неблагоприятной форме приапизма, обусловленной химическим ожогом кавернозных тел вследствие введения в них наркотических средств или местных анестетиков.

Данная этапность оперативных вмешательств соответствует рекомендациям ведущих урологических центров и научных урологических обществ.

Выполнение высокоэффективных шунтирующих операций лимитировано угрозой развития в отдаленном периоде кавернозного фиброза, являющегося следствием хронических нарушений гемодинамики полового члена и риском тромбоэмболических осложнений при сафенокавернозном анастомозе. Поэтому полный отказ от пункционной методики нецелесообразен.

Оперативная тактика при артериальном приапизме

Лечение артериального приапизма вне зависимости от давности начала заболевания начинается с пункции кавернозных тел. В случае неэффективности выполняется сафенокавернозный анастомоз (шунт).

Патогенетически обоснованным подходом к лечению артериального приапизма является эндоваскулярная эмболизация артериовенозной фистулы. Данная операция является технически сложной, требует специального оборудования и реально выполняется лишь в отделениях, специализирующихся на ангиографии и рентгенэндоваскулярных методах лечения.

Консервативная терапия – вспомогательная роль

Выраженный болевой синдром необходимо купировать, что в большинстве случаев

Окончание на стр. 17 ►

Приапизм – тактика ведения пациентов

◀ Окончание, начало на стр. 16

удается посредством парентерального введения нестероидных противовоспалительных средств.

Если приапизм является осложнением какого-либо заболевания или интоксикации, при возможности необходимо немедленно начать проведение специфической терапии или мероприятий, направленных на удаление токсинов из организма. Лечение основного заболевания практически не влияет на течение уже развившегося приапизма, однако резко сокращает вероятность рецидивов.

Например, при серповидно-клеточной анемии начальная терапия заключается во внутривенном вливании щелочных растворов, введении анальгетиков и проведении гипертрансфузии для снижения содержания в крови патологического гемоглобина S.

Антибактериальная профилактика при оперативном лечении приапизма

Для обоснованного выбора лекарственных средств целесообразно кратко рассмотреть сущность методики эмпирической антибактериальной профилактики.

Антибактериальный препарат не в состоянии напрямую предотвратить инфекционно-воспалительное осложнение, он может лишь подавить или затормозить размножение чувствительного к нему микроорганизма. Необходимо иметь четкое представление, что конкретно мы хотим профилировать. Это должно быть наиболее частое, клинически значимое, а главное – предотвратимое инфекционно-воспалительное осложнение.

Основными критериями отбора препарата для антибактериальной профилактики являются:

- высокая активность против предполагаемого возбудителя;
- устойчивая сывороточная и тканевая концентрация;
- бактерицидный эффект;
- низкая токсичность;
- минимальное число лекарственных взаимодействий, особенно с препаратами для анестезиологического пособия;
- экономическая доступность.

Следует помнить, что эмпирическая профилактика возможна только тем антибактериальным препаратом, резистентность

к которому у основного возбудителя не превышает 20%. При большем уровне лекарственной устойчивости препарат должен применяться только согласно антибиограмме.

Наиболее частым и опасным инфекционно-воспалительным осложнением приапизма является острый кавернит, предотвращение которого и является основной целью антибактериальной профилактики.

Наиболее вероятный возбудитель – негоспитальные штаммы стафилококка, поэтому антибактериальная профилактика должна проводиться препаратами с высокой антистафилококковой активностью. Это цефалоспорины I–II поколения и ингибитор-защищенные аминопенициллины. При оперативном лечении приапизма операционная рана не контактирует с мочой, поэтому характерных для урологической клиники грамотрицательных палочек можно не опасаться.

При сопутствующей инфекции мочевых путей показаны ингибиторзащищенные аминопенициллины, в спектре действия которых большинство грамположительных

кокков, а также негоспитальные грамотрицательные палочки.

При непереносимости бета-лактамов возможно применение парентеральных форм макролидов. В урологических отделениях они встречаются редко, так как эти препараты высокоэффективны в отношении негоспитальных грамположительных кокков, кроме энтерококка, но совершенно лишены активности в отношении грамотрицательных палочек – основных возбудителей инфекции мочевых путей.

Стоит предостеречь от проведения антибактериальной профилактики цефалоспорины III–IV поколения и фторхинолонами. Антистафилококковая активность этих препаратов сравнительно невысока. Согласно результатам наших исследований, их эффективность в данной клинической ситуации составила лишь 33,3% и 26,7% соответственно, в то время как при профилактическом назначении ингибиторзащищенных аминопенициллинов инфекционно-воспалительных осложнений не отмечалось у 80,6% пациентов, прооперированных по поводу приапизма.

Новое в урологии

Внутрипузырная терапия хронического цистита

◀ Окончание, начало на стр. 15

для внутрипузырной терапии хронического бактериального цистита.

В основу легла концепция 3 этапов терапии цистита.

Первый этап – антибактериальная и симптоматическая терапия. Для этого мы выбрали комбинацию антибактериального препарата широкого спектра действия диоксилина и анестетика лидокаина. Для усиления адгезии к уротелию мы использовали альгинат натрия (рис. 4). Этот полисахарид обеспечивает длительное действие диоксилина и лидокаина.

Был проведен эксперимент *in vitro* по сравнению степени адгезии к коллагеновой мембране раствора гиалуроната натрия и комбинации гиалуроната натрия с альгинатом натрия. Степень адгезии комбинации с альгинатом была соответственно в 8 раз выше, продолжительность действия также была больше. Таким образом, симптомы (боль и поллакиурия) исчезали через несколько минут после введения. Длительность действия составила от 24 до 48 ч.

Данная композиция (диоксилин, лидокаин, альгинат натрия) зарегистрирована под

названием Колетекс-АДЛ. В урологии применяется под торговой маркой **УРОЛАЙН-АДЛ** (шприцы объемом 20 мл).

Что касается усиления диффузии в уротелий – этого можно добиться использованием димексида (ДМСО).

Поскольку в различных клинических ситуациях возможно использование различных методик, было решено не добавлять димексид в Колетекс-АДЛ, а создать отдельную композицию на основе димексида и альгината натрия (Колетекс-Д/УРОЛАЙН-Д). При необходимости во время инстилляций можно через тот же катетер ввести димексид.

Второй этап – репаративная и иммунокорректирующая терапия. Для этого принято решение использовать комбинацию дерината и альгината натрия, так как деринат обладает следующим комплексом свойств.

В качестве иммуномодулятора:

- модулирует активность фагоцитов и прежде всего макрофагов;
- нормализует показатели клеточного иммунитета;
- нормализует показатели гуморального иммунитета.

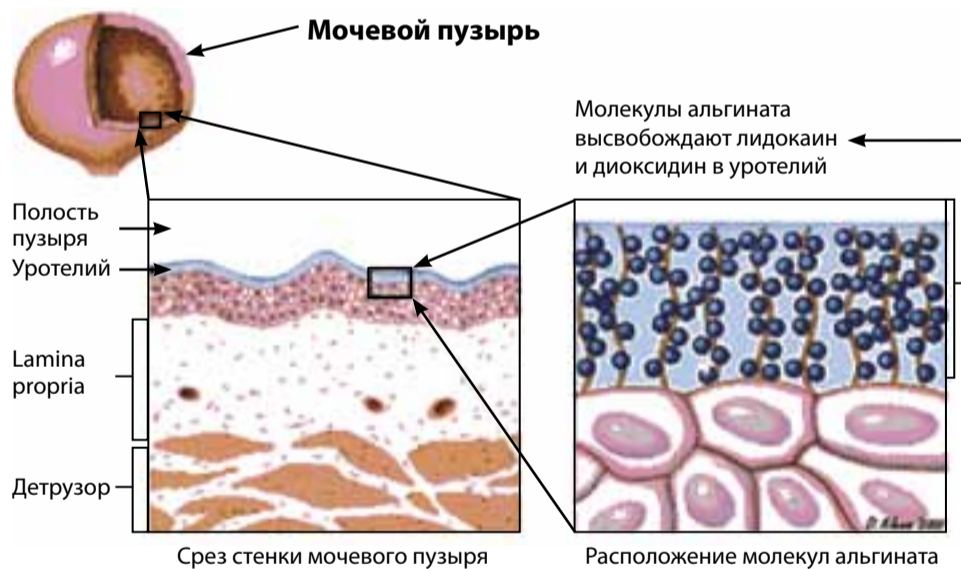


Рис. 4. Лечебная композиция из альгината натрия, диоксилина и лидокаина. Альгинат натрия обеспечивает повышенную адгезию препарата к уротелию и постепенное высвобождение диоксилина и лидокаина, т. е. пролонгацию эффекта

В качестве репаранта и цитопротектора:

- предупреждает альтерацию, связанную со свободно-радикальным повреждением клеток;
- проявляет антиоксидантные и мембраностабилизирующие свойства;
- обладает высокой репаративной и регенераторной способностью.

Для увеличения адгезионных свойств раствора также был применен альгинат натрия. Данный препарат зарегистрирован под названием Колетекс-ДНК/УРОЛАЙН-ДНК.

Третий этап – восстановление гликозаминогликанового слоя уротелия. Основным компонентом гликозаминогликанового слоя является гиалуроновая кислота (УРО-ГИАЛ (гиалуронат натрия)).

Таким образом, трехэтапная внутрипузырная терапия хронического бактериального цистита с использованием альгината натрия для усиления адгезии и пролонгации действия, димексида или внутрипузырного электрофореза с целью увеличения диффузии препаратов в уротелий, является перспективным способом лечения этой патологии. Необходимо проведение дополнительных исследований, оценивающих ее эффективность и безопасность.



Рис. 3. Гликозаминогликановый слой мочевого пузыря. При его разрушении уротелий подвергается агрессии токсичных компонентов мочи и/или атаке уропатогенных штаммов *E.coli*

Актуальные вопросы южнокорейской урологии



Василий Владимирович Гордеев

К.м.н., зав. урологическим отделением НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД», гл. внештатный уролог региональной дирекции медицинского обеспечения на ДВЖД gordeevs80@gmail.com

В рамках развития российско-корейского сотрудничества в области здравоохранения я получил уникальную возможность месячной стажировки в урологической клинике госпиталя Kyung Hee University (KUIMS), г. Сеул, Республика Корея.

Целью обучения было изучение основных лечебно-диагностических подходов, технических аспектов урологических операций и принципов организации работы урологической клиники, а также знакомство с системой последипломного образования Республики Корея. Данная стажировка стала для меня первым глубоким знакомством с зарубежным здравоохранением. Особый интерес представлял тот факт, что основной круг задач, решаемых урологическим отделением госпиталя KUIMS, близок к задачам, возлагаемым на отделение, в котором я работаю.

Университет Kyung Hee является одним из старейших университетов Кореи, его медицинский факультет имеет в своем составе 2 крупных многопрофильных госпиталя, на базе которых работает клиника урологии. Госпиталь KUIMS, мощностью 400 коек, расположен на востоке Сеула. Граждане Республики Корея, которые составляют большинство пациентов госпиталя, получают медицинскую помощь в рамках национальной системы здравоохранения. Одновременно с этим госпиталь ориентирован на предоставление коммерческих медицинских услуг пациентам из зарубежных стран, прежде всего России, Китая, Монголии, стран Азиатско-Тихоокеанского региона и Средней Азии. Университетские клиники создают опору системы здравоохранения Южной Кореи.

Наверное, каждому российскому врачу, впервые попавшему в зарубежную клинику, знакомо ощущение культурного шока. Но, спустя месяцы после возвращения, наступает период осмысления увиденного. Поэтому, не претендуя на исчерпывающую полноту изложения, мне хочется сделать акцент не на красоте интерьеров и обилии современной техники, а на различиях в организационных подходах, которые и создают контраст между отечественной и зарубежной медициной.

В урологической клинике госпиталя KUIMS работают 3 профессора уролога и обучаются 5 врачей-резидентов. Отделение возглавляет проф. Доминик Ли, специализирующийся в области онкоурологии.

Все врачи клиники осуществляют лечение пациентов, как в стационаре, так и на амбулаторном этапе, согласно расписанию их работы. Этим достигается высокая преемственность между этапами лечения. Как правило, весь цикл лечения пациент проходит у одного врача.

В госпитале оказывается плановая и экстренная медицинская помощь. Однако доля пациентов с ургентной патологией в урологическом отделении невысока, что свидетельствует о высоком качестве и доступности специализированной амбулаторной помощи. Пациенты с острыми заболеваниями поступают в отделение скорой помощи. Врачи данного отделения являются специалистами по неотложной медицине широкого профиля и самостоятельно решают основную массу всех экстренных лечебно-

диагностических вопросов. Уролог вызывается только в случае необходимости выполнения хирургического вмешательства. При отсутствии показаний к экстренной госпитализации пациенты направляются на прием к урологу в амбулаторное отделение (Out-patient department).

Рабочий день в отделении начинается и завершается проведением врачебной конференции и обхода. В ходе конференций старший резидент докладывает об изменениях в состоянии пациентов, полученных результатах обследований. После этого обсуждается тактика лечения и планируются операции. Дальнейший рабочий день разделен на 2 смены, в ходе которых врачи работают либо в операционной, либо в амбулаторном отделении в зависимости от персонального графика работы.

Амбулаторное урологическое отделение занимает отдельный блок. В нем имеются 2 консультативных врачебных кабинета, кабинеты УЗИ, эндоскопии, уродинамики и дистанционной литотрипсии, перевязочная. Отделение оснащено ультразвуковым сканером, цистоскопами с видеопроцессором, урофлоуметром, уродинамической системой и дистанционным литотриптором. Имеющиеся диагностические возможности позволяют выполнить глубокое специализированное урологическое обследование в кратчайшие сроки на догоспитальном этапе. Благодаря этому плановая госпитализация пациентов, как правило, проводится в день операции. За одну рабочую смену врач принимает до 30–40 пациентов. При этом работу 2 урологов обеспечивают 4 медицинские сестры, а также им помогают 2 или 3 врача-резидента.

Клинические отделения госпиталя (In-patient department) не имеют четко фиксированных за каждым из них блоков и сестринских постов. Пациенты распределяются по блокам в зависимости от их текущей загрузки, чем достигается рациональное использование коечного фонда стационара. В среднем в стационаре находится от 12 до 30 урологических пациентов. Сроки госпитализации сокращены до минимально необходимых.

Наиболее частыми заболеваниями, с которыми приходится сталкиваться урологам госпиталя, являются мочекаменная болезнь, доброкачественная гиперплазия предстательной железы и онкоурологические заболевания. В отделении выполняется широкий спектр урологических операций. Уретероскопии с лазерной литотрипсией, трансуретральные резекции опухолей мочевого пузыря и предстательной железы являются рутинными процедурами.

В госпитале на потоке выполняются родственные трансплантации почки, которые в Южной Корее широко распространены. В операции одновременно участвуют 3 врачебные бригады. Урологами при этом выполняется только лапароскопическая донорская

нефрэктомия. В связи с тем что эта операция является весьма ответственным вмешательством, в обоих университетских госпиталях ее выполнение возложено на одного врача. Работу с трансплантатом и реципиентом проводят 2 бригады ангиохирургов.

Хирургическим лечением онкоурологических заболеваний занимаются урологи, точно так же, как хирурги других специальностей выполняют онкологические операции соответствующих их специальности локализаций. Для лечения онкологических пациентов

Наверное, каждому российскому врачу, впервые попавшему в зарубежную клинику, знакомо ощущение культурного шока.

в Южной Корее не существует выделения каких-либо субспециальностей, и тем более к врачам, осуществляющим лечение пациентов с онкологическими заболеваниями, не предъявляется требований к наличию образования в 2 резидентурах. В госпитале имеется отделение лучевой терапии.

Применение методов медицинской диагностической визуализации диаметрально отличается от российской практики. Как известно, в российской медицине основное значение придается описательному протоколу, составляемому сертифицированным в этой области специалистом. Однако это исключает какую-либо повторную оценку результатов исследования, а качество заключения зависит от многих субъективных причин. Вследствие этого значительная часть диагностической информации, имеющей огромное значение для лечащего врача и оперирующего хирурга, просто бесследно и необратимо теряется.

В зарубежной практике принципиально важным моментом диагностического исследования является создание электронного архива медицинских изображений в формате DICOM, который в последующем доступен для просмотра и анализа лечащему врачу, радиологу и консультантам. Описанию полученных изображений в виде протокола отводится небольшая роль, а заключение врача-радиолога требуется только в особых случаях. Полученный DICOM-архив позволяет лечащему врачу самостоятельно интерпретировать большинство диагностических исследований, в том числе изучать индивидуальные анатомические особенности, которые могут иметь значение в ходе предстоящего хирургического вмешательства. Проводя самостоятельную визуальную оценку диагностических изображений, лечащий врач и оперирующий хирург способны извлечь существенно больше информации, чем ее содержит абстрактное описание радиолога. Отечественным специалистам этот факт прекрасно известен, абсолютное большинство урологов отдает предпочтение самостоятельной интерпретации рентгенограмм (или совместной при участии более опытного коллеги), выполняют

ультразвуковые исследования и пользуются компьютерными программами для просмотра результатов спиральной компьютерной томографии. В то же время все прекрасно знают, что в нашем правовом поле все эти действия фактически находятся вне закона.

Одним из принципов работы госпиталя является полный отказ от бумажного документооборота, поэтому важное место в организации работы госпиталя занимает многофункциональная компьютерная медицинская информационная система.

Практически все медицинское оборудование интегрировано в общую компьютерную сеть, благодаря чему осуществляется возможность доступа к любой медицинской информации и визуализации с любого рабочего места. Важной функцией информационной системы является возможность планирования работы всех подразделений больницы и операционного блока. Это способствует организации и ускорению лечебного процесса, упрощает взаимодействие между отделениями.

Последипломное образование врачей в Южной Корее занимает 5 лет и включает в себя 1 год интернатуры и 4 года резидентуры. В связи с тем, что обучение в университете начинается в 21 год, к самостоятельной практике врачи приступают в возрасте старше 30 лет. Кроме того, в Южной Корее существует обязательный 2-годичный призыв на службу в армию. Но юноши, выбравшие для себя профессию врача, до или сразу после окончания резидентуры обязаны отслужить 3 года. После обучения большинство урологов трудоустроивается в частные врачебные кабинеты и клиники. Однако наиболее престижной является работа в клиниках университетских госпиталей.

Как было упомянуто ранее, одним из приоритетов работы госпиталя является международное сотрудничество. Ежедневно в госпиталь приезжает более 20 пациентов из России (преимущественно с Дальнего Востока). Следует отметить, что зачастую нашими соотечественниками востребованы не столько современные, сложные, высокотехнологичные и малоинвазивные вмешательства, а элементарные, давно вошедшие в медицинскую практику диагностические процедуры. Это происходит несмотря на то, что цена медицинских услуг в Корее значительно выше среднего российского уровня (так, стоимость профилактического обследования сопоставима со стоимостью радикального хирургического лечения в России). Пациентов привлекает возможность получения помощи в кратчайшие сроки и с высоким уровнем сервиса. Организацией лечения иностранных пациентов занимается специальный отдел, в штат которого входят в том числе и профессиональные переводчики.

Хочется надеяться, что расширение международных связей, дающее возможность изучать существующие в зарубежном здравоохранении подходы, позволит российским врачам извлечь из полученного опыта рациональное зерно и приведет к положительным изменениям в отечественном здравоохранении.

В заключение хочу выразить благодарность за содействие в организации обучения международному отделу госпиталя KUIMS, проф. Доминику Ли и администрации НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД» в лице ее директора С.Н. Качалова.



Совместная работа с корейскими коллегами в операционной

Раневые инфекции у урологических больных



Ирина Николаевна Петухова
Д.м.н., клинический фармаколог, ведущий науч. сотр. лаборатории микробиологической диагностики и лечения инфекций в онкологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН
irinapet@list.ru

Несмотря на то, что раневые инфекции (РИ) у урологических больных, подвергнутых оперативным вмешательствам различного объема, занимают среди осложнений не главное место, тем не менее они могут существенно утяжелять течение послеоперационного периода, приводя в отдельных случаях к летальному исходу, а также увеличивать длительность пребывания больных в стационаре и стоимость их лечения.

При открытых операциях на предстательной железе РИ увеличивали койко-день в 2–2,5 раза. По данным С. Díaz-Agero et al. (2011), длительность пребывания в стационаре возрастала с 7 дней у неинфицированных больных до 18 дней у больных с РИ. А стоимость лечения инфекционных осложнений, в частности после трансректальной биопсии предстательной железы, составляла 13 219 долларов США (А.К. Taylor et al., 2012).

Ретроспективный анализ частоты и спектра РИ был опубликован в 2010 г., при этом на протяжении 4 лет в одном из урологических стационаров Испании наблюдали 91 больного с РИ (J.A. Pérez Arbej et al., 2010). Суммарная частота возникновения РИ среди 4566 оперированных урологических больных составляла 1,99 %, что соответствовало результатам, полученным другими авторами, – 2,77–2,81 % (R. Ballesterio Diego et al., 2006; С. Díaz-Agero et al., 2011). Частота РИ в зависимости от вида операции отражена в табл. 1.

Раневая инфекция при различных урологических вмешательствах

Представленные J.A. Pérez Arbej et al. (2010) данные по частоте РИ после открытых операций на мочевых путях во многом совпадают с результатами других исследователей. Так, при **нефрэктомиях** частота РИ колеблется от 4,5 до 6,58 % (EPINE, 2008; R. Ballesterio Diego et al., 2006), при **радикальных простатэктомиях** – от 5,65 до 6,5 % (EPINE, 2008; J.U. Escudero et al., 2006; S. Yamamoto et al., 2004), при **аденомэктомии** – от 5 до 7,9 % (А.М. Fernandez et al., 1996; Е. Асиña et al., 2003). Меньшая частота РИ после аденомэктомии в работах других авторов, в отличие от более позднего исследования J.A. Pérez Arbej et al. (2010), возможно, связана с различиями микрофлоры, колонизирующей мочевые пути больных.

Таблица 1. Частота РИ в зависимости от вида операции (J.A. Pérez Arbej et al., 2010)

Вид операции	Число выполненных операций	Количество инфекций (%)
Радикальная цистэктомия	96	25 (26,04)
Аденомэктомия	131	21 (16,00)
Трансректальная биопсия простаты	631	10 (1,58)
Нефрэктомия	206	6 (2,91)
Односторонняя орхидэктомия	82	4 (4,88)
Пластика уретры	39	4 (10,26)
Радикальная простатэктомия	75	3 (4,00)
Трансуретральная резекция простаты	706	2 (0,28)
Операции по поводу водянки яичка	182	2 (1,10)
Подитог	2149	77 (3,58)
Прочие операции	2417	14 (0,57)
<i>Всего</i>	<i>4566</i>	<i>91 (1,99)</i>

Высокая частота РИ в основном отмечается при **радикальных цистэктомиях с энтероцистопластикой** – 20,5–33,0 % (R. Ballesterio Diego et al., 2006; N. Hara et al., 2008; M. Matsukawa et al., 2001; K. Takeyama et al., 2005; S. Yamamoto et al., 2004). В то же время было сообщено, в котором частота РИ после радикальной цистэктомии составляла 5,7 % (К. Tanaka et al., 2012). Подобные благоприятные результаты могут быть связаны с профилактическим использованием широкоспектральных антибиотиков в периоперационном периоде либо с характеристиками конкретных больных в данном небольшом (35 пациентов) и несравнительном исследовании.

Классификация раневых инфекций

С 1999 г. в зарубежной литературе все РИ подразделяются на поверхностные инцизионные (в области разреза), глубокие инцизионные и органо-пространственные инфекции. К последним относятся различные внутрибрюшные абсцессы, перитониты. В работе J.A. Pérez Arbej et al. (2010), в отличие от большинства других работ, в которых не упоминается вид РИ, имеются подробные данные о частоте возникновения каждого из них (табл. 2).

Таблица 2. Виды послеоперационных РИ в работе J.A. Pérez Arbej et al. (2010)

Диагноз	N (%)
Поверхностная РИ	36 (39,5)
Абсцесс (интраабдоминальный и др.)	14 (15,3)
Острый простатит	11 (12,0)
Инфицированная гематома или серома	10 (10,9)
Острый перитонит	5 (5,4)
Острый орхоэпидидимит	4 (4,3)
Диагноз РИ установлен после выписки больного	11 (12,0)
<i>Всего</i>	<i>91 (100)</i>

Этиология

Неотъемлемой частью профилактики и лечения РИ в урологии является изучение их этиологии.

Работы 15–20-летней давности утверждали, что основным возбудителем РИ являются золотистые стафилококки, в первую очередь метициллин-резистентные штаммы *Staphylococcus aureus* (MRSA). Это не удивительно, так как данные возбудители резистентны к антибиотикам, как правило, используемым в целях профилактики и в качестве первой линии эмпирической антибиотикотерапии. Причем в работе М. Matsukawa et al. (2001) частота выделения MRSA в монокультуре при РИ в разные периоды времени (1993–1995 и 1996–1997 гг.) составляла 46,7–66,7 %, а в ассоциации с другими микроорганизмами – 26,6 %, что в сумме составляло 73,3–93,3 %! Этими же

Бич нашего времени – селекция и распространение мультирезистентных (англ. MDR, или multidrug-resistant – обладающие множественной лекарственной устойчивостью) микроорганизмов.

авторами была отмечена связь развития РИ с выделением данного возбудителя из мочи до операции (22,7–35,7 % больных, имевших РИ).

Существует 2 возможные причины подобного распространения MRSA: аутоинфицирование ран у больных, мочевые пути которых колонизированы MRSA, и ятрогенный характер инфекции в результате переноса возбудителей от пациента к пациенту с руками персонала.

Интересно, что в более поздней работе Y. Kyoda et al. (2010) было показано снижение частоты выделения MRSA при РИ у больных, перенесших радикальные цистэктомии в той же университетской клинике г. Саппоро (Япония), до 40,0 % и 42,1 % в 1996–2003 и 2004–2007 гг. соответственно. При этом частота РИ достоверно уменьшилась с 32,1 % в 1996–2003 гг. до 18,2 % в 2004–2007 гг. ($p = 0,027$). MRSA-бактериурия по-прежнему оставалась основным фактором риска развития РИ и отмечалась в вышеуказанные периоды времени у 45,4 % и 50,0 % больных.

Этиология РИ, по данным других авторов, изучавших ее позднее, была более разнообразной. На смену грамположительным коккам (стафилококкам) как основным возбудителям РИ пришли другие (в частности, грамотрицательные) микроорганизмы.

Так, в работе J.T. Casey et al. (2009) спектр выделенных микроорганизмов включал *Escherichia coli* – 29,6 %, *Klebsiella spp.* – 14,8 %, *Enterococcus faecalis* – 14,8 %, *Pseudomonas spp.* – 11,1 %, *Proteus spp.* – 5,6 %, *S. aureus* – 9,3 % (в том числе MRSA – 3,7 %), *Achromobacter spp.* – 3,7 %, *Stenotrophomonas spp.* – 3,7 %, *Acinetobacter spp.* – 1,9 %, *Enterobacter spp.* – 1,9 % и др.

J.A. Pérez Arbej et al. (2010) отметили, что возбудителями РИ у урологических больных были *S. aureus* (30 %, из них MRSA – 13 %), *E. coli* (26 %), *Staphylococcus epidermidis* (10 %), *Enterobacter cloacae* (6 %), *E. faecalis* (6 %) и *Pseudomonas aeruginosa* (6 %).

С. Díaz-Agero et al. (2011) обнаружили, что наиболее частыми возбудителями являлись *E. coli* (55,6 %) и *E. faecalis* (22,2 %). Остальные микроорганизмы – *Acinetobacter lwoffii*, *E. cloacae*, *P. aeruginosa*, *S. epidermidis*, *S. aureus* (метициллин-чувствительный), *S. aureus* (MRSA) и *Streptococcus spp.* – составляли 11,1 % каждый, при этом 33 % всех культур содержали ассоциации микроорганизмов.

Из вышеприведенных данных видно, что этиологическим агентом РИ может быть широкий спектр возбудителей, преимущественно кишечной группы (кишечные палочки, энтерококки, энтеробактеры и др.), наряду с которыми высеиваются так называемые неферментирующие грамотрицательные бактерии (ацинетобактеры, синегнойные палочки и др.), отличающиеся природной устойчивостью ко многим антибиотикам.

Бич нашего времени – селекция и распространение мультирезистентных (англ. MDR, или multidrug-resistant – обладающие множественной лекарственной устойчивостью) микроорганизмов в результате массивного и не всегда адекватного использования антибиотиков, как с профилактической, так и с лечебной целью. В 2000 г. их количество, в частности в работе К.В. Waites et al., составляло 33 %.

В ретроспективном исследовании J.T. Casey et al. (2009) РИ имели место у 12 (16 %) из 77 больных с хронической бактериурией на фоне интермиттирующей и длительной катетеризации мочевого пузыря, подвергнутых различным оперативным вмешательствам (наиболее часто выполнялась илеоцистопластика – 56,4 %). При этом частота выделения MDR-возбудителей, устойчивых к ≥ 2 классам антибиотиков, составила 46,3 %, включая резистентность к бета-лактамам антибиотикам (35,2 %), аминогликозидам (25,9 %), фторхинолонам (48,1 %), бисептолу (20,4 %).

Однофакторный анализ показал достоверно более частое развитие РИ (33,3 % против 2,2 %) при одновременном или предшествующем выделении резистентных микроорганизмов из мочи ($p = 0,02$), т. е. речь может идти о контаминации мочой операционного поля.

Лечение и профилактика раневых инфекций

Таким образом, в настоящее время при общей тенденции к снижению числа РИ (рост числа лапароскопических операций, совершенствование операционной техники) отмечается расширение спектра и появление мультирезистентных возбудителей, что усложняет проведение эмпирической терапии РИ.

Стандартная антибиотикопрофилактика цефалоспорины I поколения или «защищенными» аминопенициллинами адекватна не для всех стационаров ввиду различного микробиологического «пейзажа». А столь любимые всеми фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин), к сожалению, во многих стационарах перестали быть препаратами выбора ввиду высокой резистентности к ним.

В этих условиях, дабы избежать развития РИ, необходимо тщательное обследование больного до операции, включая посев мочи, а в случае выявления бактериурии – эрадикация возбудителя активным в отношении него антибиотиком.

Эмпирическая терапия РИ также должна учитывать изменившийся спектр патогенов и их чувствительность к антибиотикам и должна включать цефалоспорины III–IV поколения, «защищенные» урезидопенициллины, а в тяжелых случаях карбапенемы. При подозрении на MRSA в схему могут быть включены ванкомицин, даптомицин или линезолид.

После получения результатов посева из раны и антибиотикограммы (при отсутствии ухудшения в состоянии больного) должна быть произведена де-эскалация в виде назначения более узкоспектрального антибиотика, активного в отношении выделенного возбудителя.

Активная позиция врача-уролога (тщательное обследование больного до операции, лечение отдаленных инфекций, если таковые имеются, анализ имеющихся у больного факторов риска развития послеоперационных инфекций, выбор адекватного режима профилактики, учет веса больного и состояния почечной функции при назначении антибиотика) поможет уменьшить число послеоперационных РИ и, если таковые возникли, наилучшим образом и быстро оказать лечебную помощь.

Обустроим наш общий дом



Юрий Геннадьевич Аляев

Председатель РОУ, чл.-корр. РАМН, д.м.н., проф., заведующий кафедрой урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова
ulyaev@mail.ru

В сентябре 2012 г. на очередном Конгрессе Российского общества урологов (РОУ) председателем Общества был избран профессор Ю.Г. Аляев. Мы побеседовали с новым руководителем о настоящем и будущем Общества и узнали, почему в членском объединении нет членов, на чем строится стратегия РОУ и зачем нужна система непрерывного обучения урологов.

– Юрий Геннадьевич, расскажите, что Вы почувствовали, когда Вас избрали председателем РОУ?

– Когда мою кандидатуру выдвинул и своим выступлением активно поддержал ректор Первого МГМУ П.В. Глыбочко, я почувствовал, что теперь у меня значительно прибавилось серьезных задач и ответственности. Я всю жизнь поступал по принципу: если за что-то берешься, надо делать это порядочно, хорошо. Так я делал все: учился в институте, после института работал в больнице и осваивал специальность хирурга-уролога, учился в ординатуре, так я работал и продолжаю работать. Я из простой семьи, всего, что у меня есть, я добился сам именно благодаря тому, что подходил ко всему добросовестно. По-другому я не умею. Поэтому позицию председателя РОУ я воспринимаю, в первую очередь, как большую работу, которую нужно сделать хорошо.

– С чего начнете делать эту большую работу?

– Мы привлекли аудиторскую компанию для проведения финансово-хозяйственного аудита РОУ, результаты которого я сейчас изучаю, вхожу в курс дела. Когда я принимал дела у предыдущего руководства РОУ, то сделал открытие: оказывается, по сути, Общества-то у нас нет. Как может существовать членская организация без членов? А у нас, к сожалению, именно так: базы данных членов РОУ не существует, нет даже заявлений на вступление в Общество, не говоря уже

об учете вступительных и ежегодных членских взносов. Никому в нашей организации неизвестно, сколько у нас членов, кто они, в каких городах, с каким опытом и какой специализацией, и так далее. Мы даже не можем планировать, какое количество научно-методических изданий необходимо публиковать для членов РОУ.

Поэтому одной из приоритетных задач на этот год я ставлю создание базы данных членов РОУ. Мы разработали анкету, которую разошлем всем урологам, чьи контакты у нас есть. Я надеюсь, что коллеги ответят на вопросы максимально полно. Нам важно знать, сколько у нас врачей с учеными степенями и званиями, кто из урологов нуждается в повышении квалификации, в каких регионах недостаточно специалистов. Это поможет РОУ разрабатывать и предлагать своим членам обучающие программы, практические пособия, организовывать выездные школы, семинары и другие мероприятия, которые необходимы нашим коллегам.

– Есть ли какие-то принципиально важные моменты в РОУ, которые Вас не устраивают, и Вы хотели бы изменить их?

– Начнем с того, что в предыдущие годы я сам был членом президиума Правления РОУ. Поэтому любые претензии и недовольства чем-то в организации я могу отнести в том числе и к себе. Правда, в то время передо мной не стояла задача руководить организацией, но я видел, как происходит работа, что получается хорошо, а что требует изменений. Принципиально важным на сегодняшний день я считаю построение устойчивой функциональной структуры РОУ. Всю деятельность организации можно разделить на два аспекта – непосредственно профессиональная и организационная. Подготовка программы Конгресса, выбор докладчиков – это привычная для всех нас научная деятельность. При этом чтобы Конгресс состоялся, нужно арендовать помещение, обеспечить техническую поддержку, пригласить участников, опубликовать тезисы докладов. И этим должны заниматься не врачи и аспиранты, а профессиональные организаторы (управленцы). Таким образом, у нас будут две системы – экспертная и организационная, каждая из которых будет наилучшим образом выполнять свою задачу, и в совокупности они значительно продвинули и укрепят РОУ. Именно так работают профессиональные ассоциации в Америке, Европе, есть примеры и в России.

– Планируете ли Вы стимулировать более активное участие членов РОУ в жизни организации?

– Несомненно. РОУ представляет собой огромное экспертное сообщество: у каждого уролога есть свои профессиональные и научные интересы, свой уникальный опыт. Пока что мы никак не используем этот ресурс, потому что, как я уже сказал, в РОУ даже нет базы данных членов, и тем более у нас не выстроена система поддержки и развития активных молодых ученых. Однако мы уже начали создавать систему экспертных советов внутри Общества. Это такие рабочие группы – каждая по отдельной субспециальности урологии, которые будут участвовать в разработке отечественных стандартов лечения, программы Конгресса, обучающих мероприятий и школ для врачей. Экспертные советы будут созданы на основе анализа анкет членов РОУ. Президиум РОУ отберет самых опытных и активных представителей урологического сообщества из всех регионов и предложит им войти в состав экспертных советов. Так мы сможем значительно расширить круг активных членов РОУ, задействовать множество лучших специалистов в деятельности Общества и построить систему профессионального роста молодых ученых.

Мне хочется, чтобы люди из регионов занимались не только своей работой, за которую они получают деньги, но и проявляли интерес к тому, что нового происходит в урологическом мире. Для этого нужно организовывать, например, конкурсы профессиональных докладов на форумах и конференциях, чтобы выбирать лучших докладчиков и предоставлять им площадку для выступления. Я знаю, что люди на местах стараются расти, профессионально развиваться, даже при менее благоприятных условиях в регионах, чем, например, в Москве. И мы готовы поддерживать их в этом стремлении.

– То есть теперь стратегия РОУ будет основываться на интересах членов организации?

– Она и раньше была заявлена именно таким образом, но, к сожалению, это было только на словах. Мы сейчас действительно обращаемся к интересам наших коллег-урологов. Например, я хочу, чтобы каждый из членов РОУ бесплатно получал журнал «Урология» – ведь это профессиональное издание и рупор нашего Общества. Практика бесплатной

рассылки профессионального издания членам организации общепринята в мире. И я считаю, что мы просто обязаны обеспечить журналом членов РОУ.

Также мы разработаем клинические рекомендации по урологии, адаптированные к применению в России, и надеюсь, они будут востребованы, особенно врачами в регионах. В планах также создание системы, позволяющей реализовать принцип СМЕ (continual medical education – непрерывное медицинское образование) в работе врача-уролога – это и развитие школ для врачей на базе крупных хирургических центров, и обучение молодых урологов в ведущих клиниках России и за рубежом, и сотрудничество с международными урологическими ассоциациями, разработка и внедрение унифицированных тестов для программ последипломного образования. Такие условия позволят нашим врачам достигнуть уровня европейских специалистов.

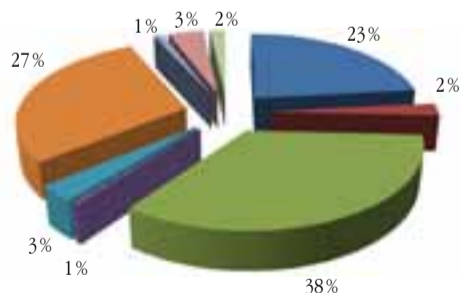
– В связи с этим, видимо, изменится и содержание ежегодных конгрессов РОУ?

– Да, мы уже сейчас начали подготовку очередного Конгресса, который состоится в ноябре 2013 г. Мы будем уходить от ситуации, когда на форумных мероприятиях выступают одни и те же докладчики по одним и тем же темам. Тематика будет значительно расширена, в программу Конгресса войдут секции по всем субспециальностям урологии. К тому же мы обязательно будем включать секцию по инновациям в урологии – тканевая инженерия, клеточные технологии. Несмотря на то, что многим урологам в регионах эта тематика может показаться слишком далекой от их повседневной работы, я все-таки уверен, что каждому профессионалу необходимо знать передовые технологии в его области, чтобы не оставаться на задворках науки.

– Что бы Вы пожелали вашим коллегам в новом году?

– Я рад поздравить всех урологов с Новым годом и пожелать им здоровья, семейного благополучия, профессионального роста, и чтобы вас ценили коллеги. Я надеюсь, что с нового года мы будем обустривать наш общий профессиональный дом – Российское общество урологов – все вместе.

Беседовала
Катерина Печуринко



- Россия (члены Российского общества онкоурологов (РООУ)) – 3800 адресов
- Россия (члены Общества трансплантологов) – 202 адреса
- Россия (государственные и частные медицинские центры, получившие лицензию в Росздраве, Минздравсоцразвития РФ по специальности «Урология») – 2746 адресов
- Россия (медицинские ВУЗы) – 45 адресов
- Россия (фармкомпании и производители мед. оборудования) – 323 адреса
- Специалисты-урологи России – 2342 адреса
- Россия (региональные органы управления здравоохранения) – 83 адреса
- Специалисты-урологи стран СНГ и дальнего зарубежья – 320 адресов
- Детские урологи – 139 адресов

В электронном виде газету получают подписчики сайтов www.netoncology.ru (8300 адресов), www.uroweb.ru (9850 адресов), www.urotoday.ru (4000 адресов).

По вопросам подписки обращайтесь к **ШУРГАЕВОЙ Ирине** по тел.: +7 (499) 929-96-19 или по электронной почте: baza@abvpress.ru

Урология сегодня | № 6 (22) 2012

УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»
Руководитель проекта: Бердникова Татьяна
tatyana@abvpress.ru

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор: Камолов Баходур
Шеф-редактор: Шадёркина Виктория
viktoria@urotoday.ru

ВЕРСТКА
Дизайнер-верстальщик: Гончарук Ольга

АДРЕС РЕДАКЦИИ И УЧРЕДИТЕЛЯ
115478, Москва, Каширское шоссе, д. 24, стр. 15
тел.: +7 (499) 929-96-19
e-mail: abv@abvpress.ru

ПЕЧАТЬ
ООО «Графика»
Заказ № 3
Тираж 10 000 экз.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ
По подписке. Бесплатно.
Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций, связи и охране культурного наследия.
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.

Читайте в следующем номере:

- **Рациональная фармакотерапия в урологии 2013 (отчет)** В.А. Шадёркина
- **Бионорика – 15 лет в России** В.А. Шадёркина
- **Молодые ученые** И.А. Корнеев
- **Госпитальные инфекции мочевых путей в отделениях урологии** И.Н. Петухова