Как в кино: необычный формат конференции

ESOU-2015: только самое интересное

Образование врача и селекция пациентов

Для беременности достаточно только

# От редактора



Баходур Камолов

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

kamolov@roou.ru

#### Уважаемые коллеги!

Нас с вами не один год готовили к переходу здравоохранения на одноканальное финансирование. Переход состоялся, однако многие с трудом представляют суть изменений и перспективы лечебных учреждений в новых условиях, когда под формулой «оптимизации» сокращают специалистов, закрывают больницы и утверждают тарифы, унижающие профес-

Рапортуя в СМИ о преимуществах одноканального финансирования, Минздрав безучастно отнесся и к запросу нашей газеты о новой системе оплаты стационарной помощи по клинико-статистическим группам (КСГ). А вот эксперты Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) разъяснили ситуацию, справедливо признав, что все достоинства новой системы расчетные, а реальные результаты будут

Основной принцип этой системы заключается в том, что по каждому случаю ФФОМС вне зависимости от реальных трат компенсирует клинике среднюю стоимость, рассчитанную на основе базового тарифа (около 20 тыс. руб.) с поправками на сложность курации и другие коэффициенты. ФФОМС рассчитывает, что клиники смогут экономить деньги на «дешевых» случаях и расходовать собранные средства на более дорогостоящее лечение. То есть, по сути, предлагается лечить пациентов, ориентируясь, прежде всего, на стоимость медицинской помощи, а не на картину заболевания и потребности в лечении.

Государственные лечебные учреждения становятся субъектами рынка медицинских услуг, однако насколько адекватна оплата — судите сами. Так, в Тарифном соглашении на 2015 г. для Москвы первичный прием врача-уролога должен обходиться клинике примерно в 72 руб. (точное число -71,79 руб.). И это не только собственно зарплата специалиста, но прочие траты от коммунальных платежей до расходных материалов, которые тоже включены в структуру тарифа.

Таким образом, на настоящий момент есть спрос на оказание медицинской помощи, но не развита справедливая система оплаты по страховке. Сами же пациенты привыкли к тому, что Конституция гарантирует бесплатную помощь, а вопросы ее предоставления должны быть решены государством.

Медицинскому сообществу необходимо отстаивать ценность своей профессии. Важно и объективно относиться к собственной квалификации ни для кого не секрет, что в настоящий момент международному уровню соответствуют лишь немногие российские клиники и специалисты. Так как система здравоохранения неизбежно стремится к развитию платной медицины (расширению государственно-частного партнерства, развитию ДМС и прочих механизмов), то тарифы постепенно изменятся.

Убежден, что генеральная линия по сокращению кадров и клиник, а также официально объявленная «ценность» работы уролога приведет к ощутимому дефициту специалистов в государственных учреждениях. Одних сократят, толковые и способные доктора сами будут уходить в частный сектор, молодые стремиться обучаться и стажироваться за рубежом, чтобы продолжить там свою карьеру. Тем не менее, умения и знания врача будут востребованы в учреждениях любого уровня.

### Тема номера

### Медицина без лишних услуг

В РФ сокращается штат врачей и вводится новая система оплаты стационарной помощи по клинико-статистическим группам (КСГ) заболеваний; в обновленный список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) не включен ни один новый онкоурологический препарат. Как эти изменения соотносятся между собой, для чего они и что изменится в практике урологов? Министерство здравоохранения Российской Федерации (МЗ РФ) не ответило ни на один вопрос редакции УС, поэтому в этом номере представлен взгляд экономистов — экспертов Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС). Позже УС расскажет о том, как оптимизацию работы стационара ощущают сами доктора.

### Реформа здравоохранения: в палате №6

Сокращения неизбежны и необходимы, но пока оптимизация выглядит поспешной акцией. Редакция УС взглянула на реорганизацию здравоохранения с позиций руководителя клиники и Андрея Ефимыча — главного героя «Палаты №6».

### Выпустить на волю

«Осмотрев больницу, Андрей Ефимыч пришел к заключению, что это учреждение безнравственное и в высшей степени вредное для здоровья жителей. По его мнению, самое умное, что можно было сделать, — это выпустить больных на волю, а больницу закрыть...». А.П. Чехов, «Палата №6».

- МЗ РФ не предоставил данные о количестве специалистов в Москве, отдельных регионах и РФ в общем. Однако, как заверил главный внештатный уролог МЗ РФ Дмитрий Юрьевич Пушкарь, дефицита урологов нет, количество врачей не уменьшилось, но может быть всякое...
- Урологов только в Москве, наверное, больше, чем во всей Европе. В РФ количество врачей на душу населения выше по сравнению с другими странами. В результате разумной

реформы докторов должно стать меньше без ущерба для качества и доступности медицинской помощи. Но сейчас назвать сокращения обоснованными и разумными сложно.



#### Алексей Викторович Живов

К.м.н., доцент кафедры урологии МГМСУ, руководитель Урологической клиники Европейского медицинского центра urorec@gmail.com

#### - Может ли сокращение быть справедливым?

- Да, если оно проводится по принципу квалификационного барьера. Необходимо создать систему регулярной аттестации врачей и непрерывного медицинского образования (HMO), как пример — экзамены European Board of Urology. Аттестация подразумевает ежегодный набор баллов в системе НМО, которые

Продолжение на стр. 2

### Успешно трансплантирован пенис

Интересно успешная трансплантация полового члена, сообщает Университет Стелленбош (Stellenbosch University, SU). Сначала информация была принята как «утка». «В это сложно поверить!» – сказал журналисту УС профессор Айвар Кабирович Файзулин, прооперировавший 15 человек с полной ампутацией полового члена. Журналист УС связалась с хирургом, проведшим трансплантацию.

В Южной Африке проведена

Девятичасовая операция под руководством профессора Андре ван дер Мерве (Prof André van der Merwe), начальника отдела урологии SU была успешно проведена 11 декабря 2014 г. в Кейптауне (Cape Town).

Для соединения нервов и сосудов использовался тот же тип микроскопической хирургии, что и для первого лицевого трансплантата. «Цель состояла в том, чтобы улучшить качество жизни конкретного пациента, который потерял пенис после обрезания, осложненного гангреной. Поскольку наш пациент молодой человек 22 лет, нам было важно сохранить функцию органа. Пенис из лоскута предплечья может атрофироваться», сказал УС профессор ван дер Мерве. На вопрос, почему была проведена именно

трансплантация, а не фаллопластика, профессор пояснил, что это — часть научного экспериментального исследования. Кроме того, после операции с использованием лоскута предплечья половой член не выполняет эректильной функции.

Использование иммуносупрессантов хирург комментирует так: «Мы пока не знаем, какой режим иммуносупрессии понадобится, но мы осведомлены об этом и имеем опыт, поскольку с 1976 г. ведем успешную программу по трансплантации почек».

Потребность в подобных операциях в Южной Африке очень высока, поскольку из-за осложнений обрезания местные юноши ежегодно сталкиваются с такими проблемами при раке половых органов, в результате травмы и даже после лечения тяжелых случаев эректильной дисфункции, говорят хирурги.

В рамках исследования пересадка пениса будет проведена еще девяти пациентам. Специалисты с трудом верят вообще в реальность этой операции. Однако и первая успешная трансплантация сердца тоже была проведена в Кейптауне (1967 г., К. Бернард), и в этот успех тоже никто не мог поверить.

Подготовила Анна Петренко

### Тема номера

#### ◀ Продолжение, начало на стр. 1

присваиваются за посещение симпозиумов, прочтение статей и так далее. Аттестовав врачей, мы увидим реальный уровень квалификации и количество тех, кто может быть допущен к практике. Правда, на подготовку к таким тестам необходимо дать не менее трех лет переходного периода, в течение которого все должно быть по-старому. Не сдавшие тесты должны претендовать на какой-то вариант менее квалифицированной работы.

#### – На Ваш взгляд, какова цель реформы?

- Здравоохранение должно решать проблемы общественного здоровья, быть доступным и обязательно финансово эффективным. Больницы не могут де-факто быть домами сестринского ухода. Они должны быть фабриками здоровья, но не богадельнями.

Однако беда в том, что мы не знаем четких целей и задач реформы — на обсуждение не выносятся ни ожидаемые результаты, ни данные о потребности в медицинской помощи, необходимом количестве поликлиник и стационаров. Условно говоря, оперируется больной, но он не знает объем вмешательства — просто сказано, что все будет хорошо. Но нельзя не озвучивать цели медицинских реформ медикам, непосредственным участникам этого процесса!

### Врач без врачебных функций

«Во время приемки Андрей Ефимыч не делает никаких операций; он давно уже отвык от них, и вид крови его неприятно волнует. [...] Ему прискучают робость больных и их бестолковость, [...] и свои собственные вопросы, которые он задает неизменно уже более двадцати лет. И он уходит, приняв пять—шесть больных. Остальных без него принимает фельдшер». А.П. Чехов, «Палата №6».

### - Может ли поликлиника работать без уролога?

– Да, я твердо убежден, что на оплачиваемой государством врачебной ставке (желательно, конечно, намного более высокой, чем сейчас) должен работать полноценный специалист: уролог обязательно должен практиковать в стационаре и работать с пациентами в амбулатории — готовить их к операциям и наблюдать после. Никакое государство ведущих в медицинском отношении стран не оплачивает урологов, которые занимаются только амбулаторной практикой. Это просто нецелесообразно и экономически невыгодно. Если же врач хочет заниматься только амбулаторной урологией, он может работать в частной практике. Сегодняшние урологи поликлиник, как правило, не выполняют более или менее сложных диагностических процедур и совсем не оперируют — они выполняют работу семейных врачей, сужая ее до малой или совсем мелкой урологии.

#### - Не получится ли так, что мы останемся без «простых» докторов, способных решать ежедневные проблемы?

Нет, опасения беспочвенны. Вы знаете детей, которые могут бегать профессионально стометровку и при этом не умеют ходить?
 Если уролог проводит сложные оперативные вмешательства, то он сможет и заменить катетер или промыть мочевой пузырь.
 С простыми манипуляциями или предоставлением пациенту несложной информации могут справиться помощники или медсестры. Лучше к одному урологу, условно говоря, «пристегнуть» двух помощников и секретаря и эта команда будет работать гораздо больше и эффективнее, чем пять недоучек.

### - Какие специалисты должны остаться в поликлиннике?

Около 80% вопросов может решать врач общей практики. По моему мнению, в поликлинике также должны остаться акушеры-гинекологи, чтобы заниматься подготовкой и ведением беременности, скрининговыми обследованиями, амбулаторным лечением несложной акушерскогинекологической патологии. Более сложные проблемы должны решать специалисты, практикующие в стационаре.

### – В таком случае функции поликлиники будут иными, верно?

– Да. Поликлиника должна быть консультативнодиагностическим центром, где в подавляющем большинстве случаев устанавливается окончательный диагноз. Далее пациенты поступают в стационар для выполнения операции или процедуры, требующей госпитализации. В поликлинике должно оставаться место для частнопрактикующих врачей, которые могут работать и в системе ОМС (неплохо бы повысить тарифы до адекватного уровня) и принимать частные страховки (ДМС), оказывать помощь за наличный расчет. Так начнет развиваться государственно-частное партнерство по обеспечению доступной медицинской помощи, поликлиника будет приносить прибыль от аренды площадей как бизнес-центр.

### – Мыслимы ли такие перемены?

 Да, но только когда будет создана рыночная медицинская инфраструктура. Но пока плательщиков на рынке мало — спрос есть, а платить некому.

### Правила без науки

«...С течением времени дело заметно прискучило ему своим однообразием и бесполезностью. [...] Оказать серьезную помощь [...] нет физической возможности, значит, поневоле, выходит один обман. Класть же серьезных больных в палаты и заниматься ими по правилам науки тоже нельзя, потому что правила есть, а науки нет...». А.П. Чехов, «Палата N6».

### – Как лечить по правилам и создавать рыночную систему?

– Всех вводит в заблуждение 41 статья Конституции — лечить всех правильно и бесплатно не может ни одна страна. Бесплатным здравоохранением надо покрыть необходимые социальные потребности (неотложную помощь, лечение сердечнососудистых и онкологических заболеваний, лечение детей и так далее). Человеку необходимо приобретать добровольную страховку или осуществлять сооплату медицинских услуг дополнительно к полису ОМС.

Государство должно установить тарифы ОМС, покрывающие реальные расходы — это будет важнейший шаг к созданию рынка медицинских услуг. Нельзя платить за прием врача 70 руб., а за МРТ 1200 руб. — это не покрывает ничего. Когда этот источник финансирования появится (а это вполне реально уже сегодня в результате ряда оптимизаций), тогда будет создан рынок, на который должны выходить государственные учреждения, частные клиники и практики — все они должны конкурировать за оплату по ОМС.

### – Но отказ от «бесплатной медицины» вызовет социальное напряжение — не все могут оплатить ДМС.

Должно созреть представление, какую сумму россияне готовы тратить на здравоохранение; должна быть организована программа, разъясняющая обязанности государства и гражданина и то, что ответственность за свое здоровье человек несет сам — отсюда и необходимость вести здоровый образ жизни и заниматься профилактикой.

В целом есть представление, что полноценное развитие ДМС возможно. И здесь я рассуждаю как врач: если за каждую госпитализацию, которых у пациента может быть две за год, он готов заплатить по 20 тыс. руб., то не лучше ли эту сумму потратить на страховку, чем каждый раз распихивать по карманам?

# - Вы сейчас говорите о достаточно благополучном россиянине. Есть пациенты, которые не могут потянуть и меньший платеж...

– Поэтому и должна быть «базовая» бесплатная медицина, которая позволит получить минимум необходимого лечения при наиболее опасных заболеваниях. Когда же человек говорит, что его зарплата 8–10 тыс. руб., в этом есть и элемент его вины... Надо стремиться получить лучшее образование,

больше работать, заниматься бизнесом и так далее. А то ведь мы со времен СССР привыкли полагаться только на государство — это очень интересный психологический феномен тотального патернализма, когда за взрослого человека кто-то должен что-то решать и делать. Обществу и гражданам пора взрослеть и брать ответственность на себя, в том числе и за свое здоровье.

#### Но и такое развитие не гарантирует ни лечение по правилам и науке, ни рациональную оплату...

 Минздрав стандартами лечения заниматься не должен, это должно стать прерогативой профессиональных ассоциаций. Функция же Министерства — регламентировать количество государственных денег на оплату медицинской помощи.

Минздрав по умолчанию подразумевает, что помощь оказывается в соответствии со стандартами, контроль над соблюдением осуществляют в том числе и страховые компании, которым совсем невыгодно платить за «лишние» или некачественные процедуры. Персональная ответственность врачей за некачественную помощь существенно снизит, в том числе и эпизоды «раскруток» на ненужные медицинские процедуры.

### Реформа

«"Если физическую и нравственную нечистоту перегнать с одного места, то она перейдет на другое: надо ждать, когда она сама выветрится». А.П. Чехов, «Палата №6».

### - Какой же все-таки ожидаемый результат?

– У меня прогноз пока только один — неблагоприятный. Мало из того, что сейчас делается, сработает — реформа бессистемна, недостаточно продумана, не имеет ни начала ни конца. И проводится она абсолютно эклектично. Все, что сейчас происходит, вероятнее всего, приведет к новому витку хаоса и беспорядка. Ведь кроме уже описанных выше задач, следует также комплексно заниматься вопросами медицинского снабжения и лекарственного обеспечения — сколько сегодня бюджетных денег продолжает улетать в прорву из-за нерациональных закупок медицинского оборудования и медикаментов!

Впрочем, возможно это не просто виток хаоса. «"Предрассудки и все эти житейские гадости и мерзости нужны, так как они со временем перерабатываются во что-нибудь путное, как навоз в чернозем. На земле нет ничего такого хорошего, что в своем первоисточнике не имело бы гадости». А. П. Чехов, «Палата N6».



1 Алтайский край
2 Забайкальский край
3 Красноярский край
4 Иркутская область
5 Новосибирская область
6 Республика Бурятия
7 Республика Бурятия
8 Республика Бурятия
9 Омская область
10 Республика Алтай
11 Кемеровская область
12 Томская область
13 Ямало-Ненецкий АО
14 Челябичская область
13 Ямало-Ненецкий АО
16 Курганская область
15 Ханты-Мансийский АО
16 Курганская область
16 Томенская область
17 Свердловская область
18 Томенская область
18 Томенская область
19 Республика Мордовия
20 Чувашская Республика
21 Пермский край
21 Пенаенская область
23 Самарская область
24 Саратовская область
25 Республика Татарстан
26 Республика Татарстан
27 Республика Татарстан
28 Удмуртская Республика
29 Кировская область
30 Оренбургская область
31 Нижегородская область
32 Удмуртская Республика
33 Республика Саха (Якутия)
34 Камчатский край
35 Амурская область
36 Магаданская область
37 Республика Саха (Якутия)
38 Амурская область
39 Кабаровский край
30 Сахалинская область
31 Еврейская автономная область
33 Рециблика Саха (Якутия)
34 Камчатский край
35 Амурская область
36 Магаданская область
37 Еврейская автономная область
38 Чукотский АО
39 Хабаровский край
30 Приморский край

### Деньги ФОМС конечны



Инна Александровна Железнякова

Зам. начальника Финансовоэкономического управления ФФОМС

izheleznyakova@ffoms.ru

К окончанию 2014 г. более половины регионов РФ работали по КСГ, в 2015 г. еще 15–20 регионов включатся в новую систему. Пока ФФОМС приветствует даже частичный переход, а через годова работа по КСГ станет обязательной для всех. Лечить по КСГ — значит получать среднюю стоимость за каждого пациента, а не полностью покрывать стоимость. Сделав оплату равной и сократив количество госпитализаций, ФФОМС надеется увеличить стоимость лечения.

КСГ — группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

главная задача — довести деньги в равных объемах до медицинских организаций за выполнение одной и той же процедуры. КСГ обеспечивает выравнивание оплат, и этих средств должно быть достаточно для помощи на должном уровне.

### - Какова роль медико-экономических стандартов в КСГ?

– Таких стандартов, как в РФ, нет ни в одной стране, при разработке КСГ мы использовали их частично. Сейчас при Минздраве создается рабочая группа для определения единой методики учета затрат, разрабатываются клинические протоколы. Мы выходим на абсолютно обоснованный и комплексный подход к расчету и формированию КСГ.

#### - Каковы основные особенности оплаты по КСГ?

— Нет нормирования длительности лечения. Если в рамках одного случая проведено несколько хирургических вмешательств, то плата происходит по КСГ, которая имеет более высокую затратность. В случае, если затратоемкость хирургической КСГ ниже, то возможна оплата по терапевтической группе. Незаконченные случаи лечения расцениваются как диагностические и будут оплачиваться по 50% стоимости для терапевтических групп. В случае смерти в первые сутки хирургические КСГ оплачиваются полностью, терапевтические — 50%.

пациентов, которым уже сейчас требуется более 20 тыс. руб.

# - Есть управленческий коэффициент, цель которого — мотивировать к повышению или снижению уровня госпитализации по конкретной КСГ. Для чего он нужен?

- Существует ряд дорогостоящих операций, к которым в отдельных регионах у пациента нет доступа. Управленческий коэффициент применяется, чтобы снизить или повысить заинтересованность больниц в случаях госпитализации для оказания отдельного вида помощи. Причем в одних регионах не нужно управлять госпитализацией, в других — есть крайне высокая потребность в управлении, поэтому на федеральном уровне этот коэффициент не утверждаем, а даем его на откуп региону с целью управления ситуацией.

#### – Как соотносятся ВМП и КСГ?

пациентов

 С 2014 г. перечень ВМП был разделен на два списка. Первый перечень (459 методов) попал в систему ОМС 459, второй перечень продолжает финансироваться за счет средств федерального бюджета. Однако с 2015 г. эти деньги все равно переходят в фонд ОМС. Второй список за счет бюджета регулируется квотами, и если там действуют те же механизмы, какие и были, то наш первый перечень полностью погрузился в систему ОМС, то есть финансируется через страховые компании и экспертизы качества действуют по этим методам.

Уже за 2014 г. мы превысили план по стране на 60% именно по методам ВМП, включенным в систему ОМС. В прошлом году из 459 методов, которые оплачивались по ОМС, в рамках рекомендаций были даны тарифы на 50 методов — большинство регионов выполнили данные рекомендации, и именно по этим 50 методам был основной рост. На 2015 г. установлены тарифы на все 459 методов в программе Госгарантий, поэтому все субъекты именно по ВМП в 2015 г. имеют единые тарифы.

# Наша основная задача — сократить количество госпитализаций, чтобы могла увеличиваться стоимость лечения пациентов, которым уже сейчас требуется более 20 тыс. руб.

### – Что есть КСГ простыми словами?

– Все заболевания объединятся в группы, однородные по профилю; внутри профиля формируются группы, однородные по затратам. Сейчас средняя стоимость случая, то есть базовая ставка, составляет порядка 20–21 тыс. руб. за вычетом высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). Но при оплате случая стоимость может увеличиваться или снижаться в связи со сложностью курации (дети до четырех лет, лица старше 75 лет, досугочная летальность и так далее), уровнем оказания медицинской помощи и затратоемкостью случая. Каждый год базовая ставка увеличивается и отличается на коэффициент дифференциации, который определяется территориальными особенностями.

### – Почему потребовался переход на КСГ?

 Длительное время система ОМС в каждом регионе развивалась по своим законам. Так как деньги фонда ОМС ограничены, то сейчас

### – Что такое законченный случай?

– В настоящий момент группировка предусматривает под законченным случаем каждый отдельный вид лечения. Курс лучевого лечения — это один законченный случай, хирургическое — второй, химиотерапия — третий. Как показывает практика, чаще всего, так и происходит. Действительно бывают случаи, когда пациенту в рамках одной госпитализации проводят несколько видов лечения, тогда для оплаты предусмотрен коэффициент сложности курации, он устанавливается в регионах, максимальное значение — 1,8.

### - Насколько обоснованно стремление снизить уровень госпитализаций?

 Зачастую госпитализации могло не быть: наиболее распространенные причины – ОРВИ и гипертоническая болезнь. Наша основная задача — сократить количество госпитализаций, чтобы увеличить стоимость лечения

### Наталья Борисовна Хомякова



КСГ: излишки для тяжелых

nb@belfoms.ru



Вера Семёновна Пересыпкина

Зам. директора Белгородского территориального отделения ФОМС

pv@belfoms.ru

Работать по койко-дню — значит оплачивать только нахождение пациента в лечебном учреждении, по медико-экономическому стандарту (МЭС) — покрывать набор услуг, а не результат

лечения или уникальные случаи. Оплата КСГ дает усредненную стоимость и возможность копить излишки для тяжелых пациентов. О преимуществах и рисках новой системы финансирования УС рассказали эксперты региона, уже перешедшего на оплату по КСГ.

# - С января 2014 г. медицинские организации системы ОМС Белгородской области перешли на оплату по КСГ, что изменилось и как белгородские врачи ощутили перемены?

– Ранее оплата осуществлялась по МЭС, разработанным на основе территориальных и федеральных стандартов (всего 3226 МЭС, в том числе 128 на основе федеральных), — рассказывает Вера Семёновна Пересыпкина. – Отдельно оплачивались операции, реанимация, анестезиологические пособия. Так как территориальные МЭС объединяли несколько кодов МКБ-10, схожих по ресурсоемкости, то по суги территориальные МЭС представляли собой клинико-затратные группы. Поэтому нашим медицинским организациям было не столь затруднительно переходить на новые способы оплаты. Сложности были в основном технические — по кодировке, отнесению случая к КСГ, учете выполненных операций.

- 43 Республика Коми
- 45 Калининградская область
  46 Мурманская область
- 47 Ленинградская область 48 Архангельская область
- 48 Архангельская область 49 Ненецкий АО
- 50 Вологодская область51 Новгородская область52 г. Санкт-Петербург
- 53 Респуолика калмыкия 54 Краснодарский край
- 56 Республика Адыгея
- 59 Республика Ингушетия
  60 Старропольский край
- 61 Карачаево-Черкесская Республика 62 Республика Северная Осетия – Алания
- 62 Республика Северная Осетия Алани63 Республика Дагестан
- 64 Кабардино-Балкарская Республ
- 66 Белгородская область 67 Ивановская область
- 68 Костромская область 69 Рязанская область
- 70 Смоленская область 71 Тамбовская область
- 72 Тульская область 73 г. Москва
- 74 Брянская область75 Воронежская область
- 76 Ярославская область77 Владимирская область
- 78 Калужская область 79 Курская область
- 79 Курская область 80 Липецкая область
- 81 Орловская область
- 82 Тверская область83 Московская область

### Тема номера

#### - В чем преимущества для пациента и враца?

 Пациента как лечили, так и лечат, — говорит Вера Семёновна Пересыпкина. — Совершенно не имеет значения, по какой системе лечебное учреждение получает деньги.

### - Но ведь госпитализироваться становится сложнее, значит и пациенты это ощутят!

- Мы считаем, что многие госпитализации, в том числе по урологическому профилю, могут быть перенесены на амбулаторный этап или в условия дневного стационара, соглашается Наталья Борисовна Хомякова. Так, по данным реестров счетов, принятых к оплате за 2014 г., основная причина госпитализации на урологическую койку в центральных районных больницах — это обследование по поводу почечной колики, болезней предстательной железы, проведение цистоскопии, операции по поводу парауретральных кист или полипов уретры. Действительно, после введения КСГ стали поступать жалобы о том, что, например, «чистой» цистоскопии нет в номенклатуре КСГ. Это так и есть — цистоскопия совмещена с рассечением или моделированием устья мочеточника, поэтому теперь невозможна госпитализация только для проведения цистоскопии. Мы считаем, что операция — приоритет для стационара, нехирургическое и диагностическое вмешательство должно проводиться в амбулаторнополиклинических условиях.
- Страховые компании и фонд контролируют соблюдение порядков оказания помощи, борются с необоснованными госпитализациями, продолжает Вера Семёновна Пересыпкина. Их стало меньше, при этом за прошедший год не было жалоб об отказе в госпитализации сложным пациентам. Но такая опасность есть: лечение тяжелого больного увеличивает затраты, а КСГ усредняет стоимость, поэтому на тяжелых больных деньги должны собираться за счет «легких».

#### - Какой интерес госпитализировать тяжелых пациентов, если можно заниматься теми, с кем не идут финансовые убытки?

- Гнаться за «излишками» невыгодно, так как в итоге может быть снижено финансирование всей клиники, — разъясняет Вера Семёновна Пересыпкина. — Существует трехуровневая система медицинской помощи, которым соответствует свой состав пациентов. У каждого учреждения есть свой коэффициент уровня, его применение позволяет дифференцировать стоимость лечения в зависимости от сложности услуг. Учреждения первого уровня не имеют специализированных отделений и в основном занимаются хирургией и терапией — здесь лечат пациентов без осложнений: с аппендицитами, холециститами, грыжами и так далее. В лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) второго уровня (межрайонные и межрегиональные больницы) оказывается специализированная помощь по профилям; а в ЛПУ третьего уровня попадают больные со всего субъекта, и здесь уже помимо собственно специализированной помощи оказывается ВМП. Сейчас формируется еще и четвертый уровень — учреждения, которые занимаются самыми сложными больными из нескольких регионов или со всего федерального округа.

Пациенты ЛПУ более высокого уровня требуют применения более сложных методов лечения, поэтому коэффициент для них выше, следовательно, в клинику поступают другие деньги. Градация клиник по уровням позволяет лучше дифференцировать финансовые ресурсы в зависимости от сложности оказываемой медицинской помощи. И если учреждение в течение года чаще принимает менее затратных пациентов, то может быть снижен коэффициент уровня, в связи с чем уменьшается и финансирование. Также за несоблюдение этапности и несвоевременный перевод

пациента в ЛПУ другого уровня могут быть наложены финансовые санкции.

#### – Как еще контролируется работа ЛПУ?

– Есть и другие механизмы, — говорит Вера Семёновна Пересыпкина. — Финансовые санкции налагаются при необоснованной и непрофильной госпитализации, необоснованной преждевременной выписке, в случае отказа в госпитализации, повторной обоснованной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение 90 дней с момента выписки из стационара, представления к оплате случаев по завышенному тарифу.

### – Диагностика может оказаться дороже, чем само лечение. Как в таком случае оплачивается случай?

- Новая модель КСГ содержит три «диагностические» группы: 159, 181 и 258, которые предполагают проведение в том числе дорогостоящих исследований, таких как коронарография, ангиография, комплекс исследований для исключения онкологического заболевания. Но в случае, если при «выхаживании» пациента после не сложной операции затраты увеличились, в том числе связанные с диагностикой сопутствующей патологии или осложнений, медицинское учреждение может представить этот случай к оплате по терапевтической КСГ, то есть по более дорогой, — говорит Наталья Борисовна Хомякова. — Пациенту с онкологическим диагнозом нередко выполняются симультанные операции, что учтено в способе оплаты по КСГ, где предусмотрен коэффициент сложности курации.

# - В онкологические КСГ не включена таргетная терапия, хотя в той группе есть и препараты, которые требуют госпитализации или, как минимум, нахождения в дневном стационаре — например, темсиролимус. Каковы возможности врача и пациента в таких случаях?

 Действительно, в КСГ выделена только химиотерапия, — говорит Наталья Борисова Хомякова. — Однако мы не обязываем в данную группу включать только случаи использования цитостатиков, это могут быть иные препараты противоопухолевого действия, предусмотренные стандартами и клиническими рекомендациями.

Если процедура проводится в стационаре, то случай будет оплачен по ОМС. Любая противоопухолевая терапия, включенная в стандарт амбулаторного лечения, оплачивается не за счет средств ОМС, а по программам льготного лекарственного обеспечения или в рамках государственной поддержки онкологических пациентов. Если по стандартам применение препарата разрешено в дневном стационаре, то тогда возможна госпитализация и оплата по ОМС.

# - И все равно не каждое противоопухолевое лечение будет покрыто тарифами КСГ даже с учетом всех поправочных коэффициентов... В онкоурологической практике стоимость препаратов часто превышает тарифы КСГ.

- Доктора привыкли думать о полном возмещении в каждом конкретном случае, само название «клинико-статистическая группа» говорит о том, что возмещается средняя стоимость группы заболеваний, поправляет Вера Семёновна Пересыпкина. — На самом деле, когда мы рассматриваем всю структуру госпитализаций, то оказывается, что в общей массе все-таки покрыто лечение. Поэтому, повторяю, пролечив несколько «дешевых» больных, у клиники появятся деньги на «более затратного». Более того, система КСГ в отличие от МЭС позволяет компенсировать дополнительные траты после предоставления документации, отдельно может быть оплачен случай уникального лечения.

#### - Какие еще преимущества появляются у пациента с онкологическим диагнозом?

– В модель 2015 г. включен ряд новых КСГ, предусматривающих оперативные вмешательства при злокачественных новообразованиях различных органов, в том числе почки и мочевыделительной системы, при оказании специализированной медицинской помощи по профилю «онкология», — разъясняет Наталья Борисовна Хомякова. — Для ЛПУ, оказывающих специализированную помощь по профилю «онкология», коэффициент затратоемкости КСГ значительно выше такового при оказании медицинской помощи по профилю «урология» в случае проведения операций на почке и мочевыделительной системе того же уровня; расширен перечень КСГ при проведении химиотерапии и лучевой терапии.

Наряду с этим расширились возможности ЛПУ первого и второго уровней по оказанию медицинской помощи онкологическим пациентам без проведения специальных методов лечения: выполнение рекомендаций онкологов по проведению дезинтоксикационной терапии, гемотрансфузий и так далее. Это способствует повышению доступности помощи и позволяет более прозрачно корректировать расходы ЛПУ.

При выявлении группы более затратных пациентов онкологического профиля в конкретном регионе, можно выделять подгруппы в КСГ, где коэффициент будет увеличен. В таком случае появятся средства на оказание более дорогостоящей помощи по конкретному онкологическому диагнозу. Но стоит понимать, что тогда в других онкологических группах коэффициент снизится — то есть лечение одних все равно будет происходить за счет других, иного быть не может...

### – Может один случай оплачиваться по нескольким КСГ?

Да, сначала в рамках специализированной помощи и далее по ВМП, — поясняет Наталья Борисовна Хомякова. — То есть первый этап в рамках специализированной помощи — это дорогостоящее обследование в рамках стационара, далее ВМП и после в рамках специализированной помощи по КСГ оплачивается долечивание и реабилитация.

Но при этом следует учитывать запланированные объемы медицинской помощи.

#### - Как КСГ соотносится со списком ЖНВЛП, может ли врач использовать препараты, не входящие в ЖНВЛП?

– В системе ОМС могут быть оплачены только препараты из перечня ЖНВЛП, входящие в стандарты медицинской помощи, — поясняет Наталья Борисовна Хомякова. — Однако если пациенту по жизненным показаниям и в случае индивидуальной непереносимости не может быть назначен препарат из перечня ЖВНЛП или входящий в стандарт, то врачебная комиссия ЛПУ рассмотрит другое назначение, что соответствует действующему в настоящее время законодательству.

#### - Какие права есть у региона?

Право регионов — самостоятельно определять уровень стационаров и устанавливать коэффициенты курации, управления, выделить из группы подгруппу, — поясняет Вера Семёновна Пересыпкина. — Определение коэффициента затратоемкости по КСГ происходит на федеральном уровне, и это верно, так как подходы к формированию стоимости должны быть едины.

#### - Какие ваши ожидания?

- Нет совершенной оплаты. Выбор зависит от того, какие цели мы преследуем. Если мы просто хотим содержать ЛПУ, то надо платить за койко-день, — считает Вера Семёновна Пересыпкина. — Если мы хотим платить за стандартизированную технологию, то надо работать по стандарту. Если мы хотим платить за вылеченного пациента, снижать необоснованные издержки и дать право ЛПУ самостоятельно применять имеющиеся методики лечения, то надо вводить КСГ. Мы надеемся, что внедрение оплаты по КСГ будет способствовать развитию трехуровневой системы здравоохранения. В целом мы рассматриваем переход на оплату по КСГ как положительный шаг в сторону оптимизации финансовых расходов на здравоохранение за счет снижения необоснованных затрат, усиления контроля над использованием денежных средств, повышения эффективности работы больниц. УС

Подготовила Алла Солодова

### Резюме

На момент публикации немногие врачи оказались готовы обсуждать результаты перехода на КСГ. «Мы пока не понимаем, что происходит — увеличилось финансирование по радиологическому и онкохирурическому направлениям на 30% и даже более, — сказал УС руководитель одного из региональных онкологических центров. — Но у нас снизились тарифы на противоопухолевую терапию — сейчас максимальная оплата для любого препарата 24 тыс. руб.». Каждая клиника по-своему ощутит переход на КСГ. Редакция УС резюмирует интервью с экспертами ФОМС.

### КСГ: принципы работы

- 1. Работа по КСГ станет обязательной для всех.
- 2. Основная задача КСТ сократить количество госпитализаций, чтобы увеличить стоимость лечения пациентов, которым уже сейчас требуется более 20 тыс. руб.
- 3. Оплата по КСГ не должна покрывать все фактические расходы. Если вылечить получилось дешевле остается излишек, если дороже больница терпит убытки.
- Пролечив несколько «дешевых» больных, у клиники появятся деньги на «более затратного» пациента. Однако гнаться за «излишками» невыгодно, так как в итоге может быть снижено финансирование всей клиники.
- 5. По КСГ в отличие от МЭС дополнительно может быть оплачен случай уникального лечения.
- 6. Если при «выхаживании» пациента после не очень сложной операции затраты увеличились, в том числе связанные с диагностикой сопутствующей патологии и осложнений, медицинское учреждение может представить этот случай к оплате по терапевтической КСГ, то есть по более дорогой.

### КСГ: онкология

- 1. В КСГ выделена только химиотерапия. Однако в данную группу могут быть включены случаи использования иных препаратов противоопухолевого действия, предусмотренных стандартами и клиническими рекомендациями, в том числе и таргетная терапия.
- 2. В случае выявления группы более затратных пациентов онкологического профиля в конкретном регионе, можно выделять подгруппы в КСГ, где коэффициент будет увеличен.
- 3. ЛПУ первого и второго уровней могут оказывать медицинскую помощь онкологическим пациентам без проведения специальных методов лечения: выполнять рекомендации онкологов по проведению дезинтоксикационной терапии, гемотрансфузий и так далее...
- 4. Оплата химиотерапии по КСГ: один законченный случай это одна госпитализация, даже если было проведено лишь одно введение препарата. Если госпитализация менее трех дней, то для оплаты применяется правило, как ко всем коротким случаям.

# Как в кино

В Москве прошла VII видеоконференция «Оперативное лечение заболеваний органов мочеполовой системы». Конференция состоялась 29–30 января 2015 г. под эгидой РОУ, МНИОИ им. П.А. Герцена и кафедры урологии РУДН Росздрава, ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова. Мероприятие сплотило экспертов из разных городов и стран.

### Успех необычного формата



Сергей Петрович Даренков

Дм.н., профессор кафедры урологии, оперативной нефрологии с курсом онкоурологии РУДН, главный уролог ГМУ Управления делами Президента РФ darenkov@list.ru

В современных клиниках с каждым годом возрастает количество вмешательств, проводимых лапароскопически, однако некоторые хирургические манипуляции все же удобнее проводить через открытый доступ. На прошедшей VII конференции мы постарались уделить внимание всем видам хирургических вмешательств. Специалисты имели возможность ознакомиться с проведением открытых и эндоскопических операций, почерпнуть информацию о новых методах лечения и закрепить уже классические приемы и тонкости оперативных пособий, выполняемых при широком спектре урологических заболеваний.

Большое количество интересных видеосообщений было представлено по теме уретропластики, трансвагинальной фистулопластики, рецидивной инконтиненции мочи у женщин, промежностной радикальной простатэктомии, лапароскопической радикальной нефрэктомии с тромбэктомией из нижней полой вены. Пленарные заседания были посвящены малоинвазивным технологиям в лапароскопической урологии, онкоурологии, реконструктивной урологии, эндоурологии.

Для проведения мероприятия был выбран необычный формат — конференция с использованием видеоматериалов. Фильмыдоклады, сопровождаемые комментариями экспертов, позволили слушателям подробно проследить ход операции либо ее фрагмента, обратив внимание на детали и последовательность действий хирурга.

Член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор, зав.кафедрой урологии и хирургической андрологии РМАПО, Олег Борисович Лоран, выступивший на открытии с приветственным словом, отметил, что конференции такого формата играют огромную роль в обучении молодых специалистов, имеющих уникальную возможность перенять практические навыки у лучших мастеров. На конференции можно было задать вопрос хирургу или повторить просмотр любого эпизода. Участники не ограничивались дискуссиями во время сессий — операции подробно обсуждались и в перерывах. А на тренажерном классе все желающие могли повторить отдельные нюансы, увиденные во время операций.

Многие специалисты уже не первый год участвуют в мероприятии. Заслуженный врач РФ, к.м.н., заведующий урологическим отделением ФГБУЗ КБ № 119 ФМБА России, доцент кафедры урологии ИПК ФМБЦ им. А.И. Бурназяна и ИППО ФМБА России,

Рафаэль Габбасович Биктимиров, представивший зрителям несколько фильмов, осветив ряд тем в области малоинвазивных технологий в лапароскопической урологии, а также лапароскопических манипуляций в онкоурологии, подчеркнул, что представленный формат полезен не только молодым врачам, но и состоявшимся специалистам. Видеосъемка побуждает врача сосредоточиться на операции и постараться провести ее безукоризненно, а последующий просмотр видео позволяет проанализировать ошибки, которые случаются даже у опытных специалистов.

Профессор кафедры факультетской хирургии №1 МГМСУ, д.м.н., главный хирург ГУП «Медицинский центр Управления делами Мэра и Правительства Москвы», Эдуард Абдулхаевич Галлямов, поделившийся своим опытом проведения семи операций по замещению мочеточника аппендиксом, с удовлетворением отметил, что с каждым годом расширяется и география участников, и перечень освещаемых ими тем. В конференции стали принимать участие специалисты не только из России, но также из стран СНГ и Европы. Профессор Пьер Мано из Франции выступил с докладами на тему роботической хирургии (геминефрэктомия у пациентки с пионефрозом левой половины подковообразной почки на фоне коралловидного нефролитиаза и робот-ассистированная сакрокольпопексия). Специалист обратил внимание на высокий профессиональный уровень российских урологов, сказал, что у них есть чему поучиться зарубежным

По итогам конференции принята резолюция, в которой отмечено большое научно-практическое и обучающее значение данного мероприятия. Также было вынесено решение о проведении VIII Всероссийской урологической видеоконференции в 2016 г. в Москве.

### Видеоконференция: избранные моменты



Сергей Владиславович Котов

Км.н., зав. урологическим отделением ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова urokotov@mail.ru



Александр Александрович Страт

К.м.н., врач-уролог урологического отделения ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова saa777@ukr.net

### Малоинвазивная хирургия

Особое внимание на конференции уделялось высокотехнологическим методам, в частности, малоинвазивной хирургии. На сессии, посвященной лапароскопическим операциям, представлены видеодоклады, описывающие пиелопластику при различных структурнофункциональных изменениях мочевых путей и пиелопластику при рецидивных стриктурах лоханочно-мочеточникового сегмента. Был продемонстрирован лапароскопический подход при опухоли урахуса, а также



Видеоконференция сплотила экспертов из разных городов и стран

особенности дренирования при лапароскопической пиелопластике у детей.

Алексей Дмитриевич Кочкин с группой специалистов из урологического центра НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Горький» ОАО «РЖД» из Нижнего Новгорода поделились опытом интраоперационной остановки кровотечения, возникшего в ходе лапароскопической правосторонней нефрэктомии из культи гонадной артерии. Доступ к почечной артерии проводился через аортокавальный промежуток.

Нельзя не отметить интересные видеодоклады специалистов из Европейского медицинского центра, представивших два фильма о робот-ассистированной хирургии: геминефрэктомия у пациентки с пионефрозом левой половины подковообразной почки на фоне коралловидного нефролитиаза и сакрокольпопексия.

### Онкоурология

Проблемам онкоурологии была посвещена отдельная секция, но и вне ее эксперты неоднократно возвращались к этой теме. Несмотря на ограниченность во времени, докладчикам удалось охватить практически все сферы урологической онкологии.

Присутствующим врачам были представлены сообщения на тему лапароскопической резекции мочевого пузыря, малоинвазивных методов лечения ангиомиолипомы почки. Игорь Леонидович Масанский представил новый способ трансуретральной прецизионной моноблочной резекции опухолей мочевого пузыря, применяемый в отделении онкоурологии Минского городского клинического онкологического диспансера, Беларусь. Специалистами из 1-го онкологического урологического отделения Первого МГМУ им. И.М. Сеченова были продемонстрированы фильмы, описывающие одномоментную ретроперитонеоскопическую и лапароскопическую резекцию при двустороннем синхронном раке почек, а также радикальную цистпростатэктомию с интракорпоральным формированием илеокондуита по Брикеру.

Живой интерес у зрителей вызвал сателлитный симпозиум «Лапароскопическая хирургия рака почки — с чего начать?», проведенный заведующим урологическим отделением ГКБ №1 Сергеем Владиславовичем Котовым. Он поделился с присутствующими хирургами трехлетним опытом выполнения лапароскопических нефрэктомий и резекций почки при опухолях. В ходе симпозиума были освещены технические особенности и различные нюансы операций, преимущества одних используемых материалов перед другими. Тема оказалась интересна

практикующим хирургам и вызвала оживленную дискуссию в зале.

В ходе пленарного заседания, посвященного онкоурологии, российские специалисты обменялись опытом со своими коллегами из Грузии. Проведен видеомост с экспертами из Национального центра урологии им. А.П. Цулукидзе, кафедры урологии ТГУ им. И. Джавахишвили, г.Тбилиси.

В ходе трансляции были продемонстрированы видеоролики, освещающие нюансы лапароскопической радикальной цистэктомии, технические особенности лапароскопической радикальной простатэктомии при внутрипузырном расположении средней доли предстательной железы и камнях мочевого пузыря, а также эндоскопической интрафасциальной радикальной простатэктомии без лигирования дорсального венозного комплекса. Представленные материалы повлекли за собой ряд интересных вопросов и комментариев российских специалистов.

### Реконструктивная урология

Секция реконструктивной урологии включила актуальные доклады, посвященные дорсальной буккальной мышцесберегающей уретропластике, Z-пластике мочевого пузыря после цистэктомии. Командой урологов ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова подготовлен видеофильм «Радикальная позадилонная простатэктомия «step-by-step». Профессор Сергей Петрович Даренков и Анвар Гаджиевич Юсуфов представили информативный и актуальный для практикующих хирургов видеофильм «Операция Боари».

Геворг Рудикович Касян представил три видеофильма, созданных на кафедре урологии МГСМУ. Первый фильм демонстрировал результаты 300 операций по реконструкции уретры у женщин после травматических повреждений, лучевой терапии, аномалий развития. Второй видеоролик был посвящен трансвагинальной реимплантации мочеточника. Третий показывал применение ягодичного лоскуга в лечении лучевых свищей.

В ходе видеоконференции врачи имели возможность увидеть в формате коротких репортажей прекрасно смонтированные видеофильмы, посвященные различным видам оперативных вмешательств.

И хотя все материалы опубликованы на DVD-дисках, наибольшей ценностью форума остается возможность живого общения между урологами различных клиник, поддержание связей и знакомство аудитории с молодыми оперирующими специалистами.

## Современная урология: фокус на образование



Игорь Алексеевич Корнеев Дм.н., профессор кафедры урологии ПСПбГМУ им. акад И.П. Павлова iakomeyev@yandex.ru



Григорий Георгиевич Кривобородов

Д.м.н., профессор кафедры урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова dr.krivoborodov@hotbox.ru

В РФ почти половина мужчин в возрасте от 20 до 77 лет имеют признаки эректильной дисфункции (ЭД), 2/3 страдают симптомами нижних мочевых путей (СНМП), каждый второй имеет избыточную массу тела. Таковы данные первого эпидемиологического исследования, проведенного в наиболее густонаселенных регионах РФ и включившего почти 1300 «здоровых» респондентов (2012–2014 гг.).

Состоялся образовательный симпозиум «Современные тенденции в развитии уролгии», проведенный при поддержке компании «Сандоз». Более 220 практикующих врачей в рамках мероприятия обсудили взаимосвязь патологии и мультидисциплинарного подхода.

Редакция УС приводит обзор симпозиума и мнения экспертов о результатах интерактивного голосования, обозначившего проблемные точки межпрофильного взаимодействия.

### Эректильная дисфункция

По данным первого масштабного эпидемиологического исследования, проведенного по инициативе Министерства здравоохранения РФ и главного внештатного уролога РФ Дмитрия Юрьевича Пушкаря, средняя и тяжелая степень ЭД отмечена у 7,2 и 7,1% респондентов соответственно. Всего у 40,1% опрошенных мужчин отсутствовали нарушения мочеиспускания, у многих мужчин была выявлена избыточная масса тела и симптомы гипогонализма.

Не все врачи осведомлены о высокой распространенности ЭД, единогласно считают эксперты образовательного симпозиума. «Долгое время мы располагали данными только зарубежных работ, в частности, «Исследования старения мужчин в Массачусетсе» (1994), — рассказывает УС Игорь Алексеевич Корнеев. — Тогда впервые было показано, что ЭД страдает почти половина мужчин 40–70 лет, не обращающихся по поводу проблем половой жизни».

Современные данные, в том числе полученные на основании мета-анализов, позволяют рассматривать эректильную функцию как компонент полового акта и показатель здоровья в целом, а ее нарушения — как симптом не всегда «урологической» патологии. Проблемным остается не полное понимание врачами взаимосвязи между ЭД и гипогонадизмом, который достоверно связан с гипертензией, метаболическим синдромом и сахарным диабетом ІІ типа, а также является одним из существенных факторов развития СНМП.

Так как мочеполовая система обоих полов гормонозависима, то СНМП может рассматриваться и как «урологическая маска» дефицита половых гормонов, обратили внимание участники симпозиума.

Поэтому пациент, обратившийся к врачу по поводу СНМП и/или ЭД, должен быть обследован как эндокринологом, так и врачами других специальностей, единогласны эксперты.

«В США, например, есть основанное на междисциплинарном консенсусе специалистов положение, согласно которому каждый мужчина с ЭД должен пройти обследование для исключения сердечно-сосудистой патологии, — рассказывает УС Игорь Алексеевич Корнеев. — Если ЭД развивается вследствие патологических изменений сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной систем и связано с метаболическими нарушениями, нормализовать ЭД путем медикаментозной компенсации недостающей функции без соответствующей коррекции сопутствующей патологии можно лишь временно».

К сожалению, в отечественной клинической практике недостаточно развиты междисциплинарные подходы и мышление. «Необходимо совершенствовать взаимодействие между урологами и специалистами терапевтического профиля, для того чтобы гарантировать безопасность со стороны органов и систем организма при сексуальной активности и, в случае необходимости, для рекомендации прохождения углубленного обследования», — отмечает Игорь Алексеевич Корнеев.

Как показали результаты интерактивного голосования, неожиданностью для слушателей стала информация о том, что ЭД часто наблюдается в молодом возрасте. «Достаточно высокая распространенность ЭД, которая была обнаружена среди молодых мужчин, в том числе и мужчин моложе 20 лет, требует дальнейшего изучения, — рассказывает Игорь Алексеевич Корнеев. — Скорее всего, в молодом возрасте ведущую роль в развитии ЭД играют психогенные причины, однако не исключено, что таким образом могут проявлять себя начальные признаки метаболических расстройств, указывающие на риски развития серьезных заболеваний в будущем. Если это подтвердится, то мужчине может быть рекомендован комплекс лечебно-профилактических мероприятий, который позволит предотвратить развитие недуга».

и образа жизни не столько во взрослом возрасте, сколько среди подростков, то есть в наиболее активный период развития половой системы.

### Андрогенный дефицит

Обсуждая проблему андрогенного дефицита, эксперты обратили внимание на несовершенство диагностики — завышение показателей стероидных гормонов, обусловленное особенностями методологии, и некоторые ограничения по применению данного анализа в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Так как точное определение стероидов не всегда доступно, то зачастую препараты тестостерона приходится назначать интуитивно, исходя из положения, что ЭД ассоциирована с гипогонадизмом, отметили специалисты.

«Я был приятно удивлен, что аудитория готова рассматривать возрастной андрогенный дефицит среди частых причин ЭД, — комментирует результаты интерактивного голосования Игорь Алексеевич Корнеев. — Специалисты понимают, что такие пациенты нуждаются в соответствующем обследовании и если возрастной андрогенный дефицит верифицирован, то аудитория готова рассматривать вопрос заместительной гормональной терапии».

Нужны ли препараты тестостерона, если пациента кроме ЭД не беспокоят другие симптомы андрогенного дефицита? «Многие пациенты могут успешно использовать таблетированные препараты, улучшающие качество эрекции, — рассказывает УС Игорь Алексеевич Корнеев. — В то же время известно, что до 40% мужчин с ЭД имеют андрогенный дефицит, поэтому заместительная гормональная терапия может дать хорошие результаты и полностью восстановить потенцию без применения других средств. Комбинированный подход с применением гормонотерапии и фармакотерапии ингибиторами фосфодиэстеразы 5-го типа (иФДЭ-5) у мужчин с ЭД на фоне гипогонадизма позволяет рассчитывать на синергетический эффект — ускорить выздоровление и устранить другие признаки недостатка

Дискутируя, врачи обратили внимание на недостаток времени для полноценной диагностики и выявления этиологических факторов ЭД.

Для коррекции СНМП большинство урологов чаще всего назначают α-адреноблокаторы. Однако по наблюдению врачей многие мужчины, регулярно принимавшие силденафил, отмечают снижение клинических проявлений СНМП.

Все большее распространение ЭД среди молодых мужчин связано также с ростом избыточного веса. «Подход к коррекции ЭД у молодых мужчин должен быть не только комплексным и индивидуально подобранным, но также учитывать возрастные особенности проявлений сексуальности, характеристики половой конституции, дефицит опыта устойчивых партнерских отношений, — говорит Игорь Алексевич Корнеев. — В настоящее время накоплено недостаточно данных, позволяющих говорить о прочной доказательной базе для выбора и использования у этой категории пациентов режимов и дозировок имеющихся лекарственных препаратов».

Резюмируя обсуждение по вопросам ЭД, эксперты обратили внимание на необходимость культивирования здоровых привычек Так, по словам участников симпозиума, врачи просто не успевают обратить внимание на сопутствующую патологию или провести полноценное анкетирование.

«Многие валидизированные и очень информативные международные анкеты по копулятивным расстройствам имеют серьезный недостаток — они слишком подробны, их трудно использовать при общении с пациентом в рамках поликлинического обследования, — говорит УС Игорь Алексеевич Корнеев. — Тем не менее, сведения, которые можно получить у мужчин при анкетировании, нельзя недооценивать. Урологи отметили, что сокращенная форма международного индекса эректильной функции — МИЭФ-5 — сочетает краткость и информативность. Не исключено, что со временем она станет не менее популярна,

чем хорошо знакомая специалистам Международная система суммарной оценки симптомов болезней простаты в баллах (International Prostate Symptom Score, IPSS), позволяющая оценить расстройства мочеиспускания».

Подводя итог по проблеме андрогенного дефицита, эксперты обратили внимание, что абсолютное большинство специалистов знает о связи между нарушениями эрекции и балансом стероидных гормонов. Однако некоторые специалисты предпочитают назначать исследование уровня тестостерона только после неудачи при лечении по поводу ЭД с использованием иФДЭ-5. «Врачи объясняли это ограничениями по применению диагностики уровня тестостерона в рамках системы ОМС, — поясняет Игорь Алексеевич Корнеев. — Следует обсуждать с пациентами важность этого исследования и влияние полученного результата на выбор метода и прогноз лечения».

### Ингибиторы ФДЭ-5 при ЭД: стратегия и тактика

Причинами отсутствия ответа на терапию иФДЭ-5 могут быть метаболические нарушения или психогенные расстройства. В таких случаях необходимо нормализовать уровень тестостерона и решить психологические проблемы. Недостаточная эффективность иФДЭ-5 также может иметь место при дисфункции эндотелия или снижении биодоступности оксида азота, например, в результате повреждения нервных путей, в том числе в результате простатэктомии. Однако нередко эффект отсутствует и при использовании иФДЭ-5 у пациентов без вышеуказанных состояний, и проблема связана с неправильным применением препарата.

«Возможно, при отсутствии эффекта придется заменить иФДЭ-5, уточнить условия его применения или изменить режим, — рассказывает УС Григорий Георгиевич Кривобородов. — К сожалению, многие врачи не сообщают пациенту всю необходимую информацию для успешного применения иФДЭ-5».

Еще в 2006 г. К. Hatzimouratidis и К. Moysidis с соавторами разработали стратегию и тактику, которая в ряде случаев позволяет добиться ответа на терапию иФДЭ-5. Задача врача на первом этапе заключается в предоставлении пациенту полной информации, а именно о наличии препаратов короткого и длительного действия. Выбор одного из иФДЭ-5 во многом зависит от предпочтений пациента. Кроме этого, очень важно сообщить больному о правилах использования конкретного иФДЭ-5, а именно времени приема перед половым актом, необходимости использования сексуальной стимуляции, титровании дозы для получения максимального эффекта. После адекватного инструктажа следует рекомендовать не менее четырех попыток совершения полового акта для того, чтобы добиться нужного результата. В случае неудачи пациента можно перевести на постоянный прием иФДЭ-5 на срок не менее 2 нед. «Придерживаясь этой стратегии, авторы исследования добились впечатляющих результатов», — рассказывает УС Григорий Георгиевич Кривобородов.

Так, в упомянутое выше исследование были включены мужчины с жалобами на неэффективность иФДЭ-5: 100 человек принимали тадалафил, еще 100 — варденафил. Ученые определили группу, в которой пациенты неверно принимали лекарственные препараты: 32 в группе тадалафила и 38 в группе варденафила. После адекватного инструктажа в первой группе ответили на лечение 14 человек (44%), во второй — 12 (32%). На втором этапе исследования в группе пациентов, которым

было рекомендовано принимать тадалафил за 2 часа до полового акта, ответили на лечение 32 из 86 мужчин (37%). Во второй группе, где было рекомендовано принимать варденафил натощак, также доложили об улучшениях 22 из 88 мужчин (25%). Постоянный прием препаратов в течение 2 нед помог улучшить результаты еще у 11 и 18% пациентов в каждой группе.

«Это исследование показало, что из всех мужчин, которые первоначально не отвечали на терапию, положительных результатов удалось добиться у 52% больных в группе тадалафила и у 46% в группе варденафила, — говорит Григорий Георгиевич Кривобородов. — Таким образом, соблюдение принципов назначения иФДЭ-5 и контроль со стороны врача за их выполнением позволяет получить хороший результат примерно у половины больных, которые имели отрицательный результат».

#### СНМП: тесная связь с ЭД

СНМП — это полиэтиологический и мультифакторный симптом, который может быть проявлением расстройства на системном уровне. Ранее считалось, что проблемы СНМП являются исключительной прерогативой урологов, а в качестве причин СНМП у мужчин рассматривались опухолевые и воспалительные заболевания предстательной железы и уретры. Однако на настоящий момент достоверной и прямой корреляции между данными состояниями нет.

Пока важность СНМП недооценена, единогласны эксперты. Однако по данным упомянутого исследования Министерства здравоохранения, почти 60% анкетированных в России мужчин имели расстройства мочеиспускания.

«Оказалось также, что расстройства мочеиспускания, пусть и в легкой форме, очень распространены среди молодых: даже среди мужчин моложе 20 лет у 45,5% респондентов сумма баллов анкеты IPSS оказалась больше нуля, — рассказывает Игорь Алексеевич Корнеев. — В настоящее время этому трудно дать обоснованное объяснение, очевидно, что полученные данные являются предпосылкой

для более глубокого исследования, выявления детерминант риска развития СНМП в этой возрастной подгруппе».

В ходе симпозиума аудитории был предложен «легкий» вопрос: какая из перечисленных анкет поможет уточнить степень нарушения эрекции у пациента — МИЭФ-5, МИЭФ-15, AMS, NIH-CPSI или IPSS? Несмотря на то, слушатели ответили правильно и не выбрали анкету IPSS, позволяющую оценить расстройства мочеиспускания, согласно современным представлениям эту анкету также следует предложить для заполнения всем мужчинам с ЭД,

«Симптомы ЭД и СНМП тесно взаимосвязаны, расстройства мочеиспускания можно рассматривать как ключевую детерминанту риска развития ЭД, — говорит Игорь Алексеевич Корнеев. — Учитывая высокую степень распространения ЭД и расстройств мочеиспускания у мужчин в РФ, можно шире рекомендовать одновременное анкетирование для уточнения состояния эректильной функции и оценки СНМП. Все больше данных мы получаем в доказательство того, что и ЭД и дизурия могут быть следствиями работы одних и тех же патогенетических механизмов на фоне развития атеросклероза тазовых сосудов, хронического воспаления и нарушения баланса стероидных гормонов. Эти сведения должны быть доступны самому широкому кругу специалистов-медиков».

Разработанный Европейской ассоциацией урологов алгоритм применения медикаментозных средств, снижающих выраженность дизурии, позволяет в зависимости от индивидуальных особенностей пациентов выбирать препараты, относящиеся к пяти различным фармакологическим группам. Как показало интерактивное голосование, 80-90% аудитории чаще всего для коррекции СНМП в своей работе применяли α-адреноблокаторы. Урологов, преимущественно использующих в этих случаях ингибиторы 5-α-редуктазы, М-холинолитики или иФДЭ-5, в аудитории оказалось заметно меньше. «Эти данные требуют анализа и могут быть положены в основу последующих исследований, направленных на изучение

### О симпозиуме

Вопросы интерактивного голосования в ходе доклада были немного провокационными.

Опрос урологов дал понять, каков типичный подход большинства врачей, и подсказать, что в определенной ситуации стереотипное мышление может не сработать.

«Было видно, что присутствующие — опытные специалисты, — делится впечатлениями Игорь Алексеевич Корнеев. — Очень многие молодые доктора хорошо информированы, знают современную литературу, интересуются научными работами и поднимают англоязычные источники».

реальной клинической практики применения лекарственной терапии у таких пациентов, — говорит Игорь Алексеевич Корнеев. — При этом представляют интерес как динамика показателей естественного течения заболевания, так и сохранение эффективности лекарств при длительном приеме.

Не исключено, что недавно включенные в рекомендации данные об эффективности иФДЭ-5 у мужчин с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и СНМП пока еще не получили достаточного закрепления практическим опытом. Следует подчеркнуть, что единственным зарегистрированным препаратом для данной группы является тадалафил в дозе 5 мг в режиме ежедневного приема. Тем не менее, по мнению слушателей, многие мужчины, регулярно получавшие другие иФДЭ-5, в частности препарат силденафил, также отмечали у себя снижение выраженности СНМП. Этот эффект был более заметным при ежедневном применении лекарства».

### Встречи продолжатся

Образовательный симпозиум собрал 220 врачей. В симпозиуме приняли участие ведущие специалисты РФ:

Григорий Георгиевич Кривобородов, д.м.н., профессор кафедры урологии Российского

национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова;

Светлана Юрьевна Калиниченко, д.м.н., профессор и зав. кафедры эндокринологии и клинической андрологии Российского университета дружбы народов;

Руслан Игоревич Овчинников, к.м.н., отделение андрологии и урологии ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ;

Сафар Исраилович Гамидов, д.м.н., профессор кафедры урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова;

Игорь Алексеевич Корнеев, д.м.н., профессор кафедры урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова Министерства здравоохранения РФ.

В течение всего дня эксперты и специалисты из регионов обсуждали современные проблемы урологии. Данное событие стало первым из цикла мероприятий, запланированных с образовательной целью компанией «Сандоз» в 2015 г. УС

RU1503310782.

Подготовила София Меньшикова



УНИКАЛЬНАЯ СИСТЕМА ДОЗИРОВАНИЯ ДЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДХОДА К ПАЦИЕНТУ В СООТВЕТСТВИИ С ЕГО ПОТРЕБНОСТЯМИ: 1

🥵 Гибкий подход к подбору дозы в зависимости от ситуации для каждого пациента<sup>1</sup>

🔧 Эффект максимальной дозы<sup>\*</sup>

🔀 Снижение риска нежелательных явлений<sup>2</sup>

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ТОРНЕТИС®

ТОРГОВОЕ НАИМЕНОВАНИЕ: Торнетис®. МЕЖДУНАРОДНОЕ НЕПАТЕНТОВАННОЕ НАЗВАНИЕ: силденафил. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Лечение нарушений эрекции, характеризующихся неспособденафил. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Лечение нарушёний эрекции, характеризующихся неспособностью к достижению или сохранению эрекции полового члена, достаточной для удовлетворительного полового акта. Силденафил эффективен только при сексуальной стимуляции. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Внутрь, примерно зо 1 час до планируемой сексуальной сктивности. Разова доза для вэростами — 50 мг 1 раз в сутки. С учетом эффективности и переносимости доза может вувеличена до 100 мг или снижена до 25 мг. Максимальная разовая доза — 100 мг 1 раз в сутки. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Одновременный прием донаторов оксида азота (например, амилитрит), органических нитратов или нитритов в любых формах; применение у пациентов, для которых сексуальная активность нежелательна (например, с тяжелыми сердечно-сосудистыми заболеваниями, такими как нестабильная стенокардия, тяжелая сердечная недостаточность, артериальная гипотензия (артериальное давление менее 90/50 мм рт. ст.)); недавно перенесенное нарушение мозгового кровообращения или инфаркт миокарда; наследственные дегенеративные заболявания сетчати, в том числе пигментый ретинит (меньшая часть таких пациентов имеет генетическое нарушение фосфодизстеразы сетчатки); тяжелая печеночная недостаточность; одновременный прием ритонавира; одновременный прием других лекарственных средств для лечения эректильной дисфункции; возраст до 18 лет. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: Головноя боль, головокружение, «приливы», нарушение зрения, нарушение цветовосприятия, заложенность носа, диспепсия.

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

- арата Торнетис (R). По данным IMS на 24.02.2014 г. Торнетис (R) является ед
- Подбор индивидуальной дозы обеспечивает эффект на уроне дозировки 100 мг
- 2. Адаптировано Moore R. A., et al., Sildenafil for male erectile dysfunction: a meta-analysis of clinical trial reports; ВМС Urology 2002, 2

<u> & SANDOZ</u> a Novartis company

123317 Москва, Пресненская наб., д. 8, стр. 1, комплекс «Город столиц», 8–9 этаж, ЗАО «Сандоз» • Тел.: +7 (495) 660-75-09 • www.sandoz.ru



# Лечение ИМП: стратегия успеха

Обращаемость по поводу инфекций мочевых путей (ИМП) высока даже в сравнении с острыми респираторными вирусными инфекциями. О том, как обеспечить успешное эмпирическое лечение, УС рассказали участники научной дискуссии, прошедшей в рамках IX Всероссийской научно-практической конференция «Рациональная фармакотерапия в урологии-2015».

### ИМП: взгляд фармаколога



Владимир Владимирович Архипов

Д.м.н., профессор кафедры клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО им, И.М. Сеченова

1901700@gmail.com

Эффективность и безопасность терапии обеспечивают лекарственные средства с низким объемом распределения. Идеальна ситуация, когда высокая концентрация препарата поддерживается более 80 часов после однократного приема. О том, как еще повысить эффективность эмпирической терапии, УС рассказал фармаколог.

#### - Почему при ИМП эмпирическая терапия бывает неэффективной?

– Во-первых, пациенты не всегда точно выполняют указания врача, особенно если предлагается принимать препарат несколько раз в день.

Второй причиной может быть устойчивость микроорганизмов. Лечение по поводу бронхита может спровоцировать устойчивость уроатогенов. Поэтому врач должен собрать сведения о приеме любых антибактериальных средств за последние 3-4 мес и постараться не назначать препараты тех классов, которые больной получал недавно. Следует помнить о перекрестной резистентности, например, между пенициллинами и цефалоспоринами.

общей практики и показаны только для терапии ИМП (фосфомицин, фуразидин, нитрофурантоин).

- Выбор каких антибиотиков рационален с точки зрения фармакодинамики: действующих по критерию экспозиции с постоянной концентрацией или действующих через пиковую концентрацию, многократно превышающую минимальную подавляющую?
- Могут применяться препараты с различной фармакодинамикой. Однако, чтобы каждый день создавать высокую концентрацию препарата или поддерживать ее постоянно, требуется аккуратный прием. Поэтому идеальна ситуация, когда высокая концентрация поддерживается более 80 часов после однократного приема. Этому условию отвечает только фосфомицина трометамол, применяемый в монодозе. Эффективность других антибиотиков в большей степени зависит не от фармакодинамических характеристик, а от комплаенса — пропуск сопровождается снижением концентрации до сублетального уровня, что позволяет микроорганизмам формировать устойчи-

#### - Каковы данные о комплаенсе при терапии ИМП?

- Средний уровень менее 60%, когда врач выбирает продолжительный курс терапии, комплаенс снижается в большей степени. Больные склонны прекращать лечение сразу же после исчезновения симптомов, то есть в ряде случаев спустя несколько дней от начала терапии. Досрочное прекращение лечения является одной из главных причин рецидивов ИМП.

### - Какое значение имеет связь с белками

- Связанная с белками плазмы часть препарата не распределяется в ткани и не подвергается экскреции. Поэтому, чем меньше связь антибиотика с белками плазмы, тем выше его способность образовывать высокую концентрацию в моче.

### - Как объем распределения препарата связан с эффективностью терапии при

– Объем распределения характеризует способность препарата перемещаться из плазмы крови в различные ткани и органы.

Идеальна ситуация, когда высокая концентрация поддерживается более 80 часов после однократного приема. Этому условию отвечает только фосфомицина трометамол, применяемый в монодозе.

Наконец, врач должен быть информирован об При остром цистите эффективность терапии уровне резистентности к антибиотикам желательно иметь локальные данные, так как уровень устойчивости микроорганизмов может существенно отличаться в разных городах и даже лечебных учреждениях. Еще в 1998–99 гг. только 3% штаммов E. coli были устойчивы к ципрофлоксацину, 5% к защищенным пенициллинам. Сегодня, по данным проспективного эпидемиологического исследования «ДАРМИС», среди штаммов E. coli, выделенных у больных с внебольничными ИМП, 53% устойчивы к ампициллину, 42% — к защищенным пенициллинам, 20% к ципрофлоксацину и левофлоксацину, 13% — к цефиксиму. Получается, что за десятилетие уровень резистентности вырос

В результате выбор эмпирической терапии ИМП сократился до нескольких препаратов средств, которые не используются врачами

в первую очередь зависит от концентрации антибиотика в моче, таким образом, препараты с высоким объемом распределения не имеют в этом случае преимуществ. А вот в терапии хронического простатита высокий объем распределения может оказаться полезным.

С другой стороны, препараты с высоким объемом распределения (например, фторхинолоны) накапливаются в высокой концентрации не только в зоне инфекции, но и в других органах и тканях, что может обусловить нежелательные лекарственные реакции: нарушения сердечного ритма, повреждение сухожилий, фотосенсибилизацию и так далее. При терапии неосложненных ИМП у нас есть возможность обеспечить эффективную и одновременно безопасную терапию за счет назначения средств с низким объемом распределения, в том числе фосфомицина трометамола.

### ИМП: рациональная терапия и рекомендации



Тамара Сергеевна Перепанова

Дм.н. проф., зав отделом воспалительных заболеваний с группами клинической фармакологии и эфферентных мегодов лечения НИИ Урологии и интервенционной рациологии им. Н.А. Логатазин. – финиал ФБУ Федеральный медицинский исследовательский радиологический центр» МЗ РФ perepanova2003@mail.ru

Более чем у 13% уропатогенной внебольничной E. coli обнаруживаются бета-лактамазы расширенного спектра действия. Таковы данные исследования «ДАРМИС» от 2011 г., истинная частота, вероятно, выше. Это должно быть учтено при лечении и профилактике циститов.

#### - В чем парадокс современной антибиотикотерапии?

– Сверхуспех на заре антибиотикотерапии, когда эффективность лечения достигала 100% в отношении почти всех инфекционных заболеваний, привел к широкому применению антибиотиков. Сегодня мы

вынуждены ограничивать их применение, так как микроорганизмы вырабатывают различные факторы защиты, в том числе бета-лактамазы расширенного спектра действия (БЛРС).

### - Как резистентность связана с виру-

– Резистентность увеличивает вирулентность: «новый» микроорганизм — например, Е. coli, продуцирующая БЛРС — это новая инфекция с рецидивирующим, а значит, и более тяжелым течением, потому что ее трудно лечить. БЛРС продуцирующая уропатогенная Е. coli способна не только гидролизовать цефалоспорины всех 4 поколений, но и оказывать коллатеральное воздействие на другие антибиотики — аминогликозиды, фторхинолоны и триметоприм/ сульфаметоксазол.

Сейчас обращаемость за медицинской помощью по поводу ИМП выше даже по сравнению с острыми респираторными вирусными инфекциями.

Женщина с первым эпизодом острого неосложненного цистита, как правило, не обращается к врачу, а просит совета у матери, соседки, подружки, поэтому первое лечение проводится в большинстве случаев старыми антимикробными препаратами, которые не включены в современные рекомендации ввиду низкой эффективности. Причиной обращения к урологу служит появление рецидивов цистита, в 20% случаев рецидивы наблюдаются на протяжении всей жизни пациентки.

### Рекомендован как препарат первой линии

для лечения цистита Российскими национальными рекомендациями, GL EAU, GL IDSA



Монурала в моче в 440 раз выше уровня МПК для *E. Coli* 

Самая высокая чувствительность к E Coli в России, США и странах EC (ARESC, ДАРМИС)

Одобрен 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

000 «Замбон Фарма»

119002, Москва, Глазовский пер., д. 7, офис 17 Тел. (495) 933-38-30 (32), факс 933-38-31

Zambon

### Экспертное мнение

#### - Как изменились данные о возбудителях ИМП?

– Более чем в 80% случаев возбудителем остается уропатогенная Е. coli, что подтверждено в международных и российских клинических исследованиях. Другими возбудителями могут быть Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus saprophyticus, Proteus mirabilis, Enterococcus faecalis.

### - Каковы данные о чувствительности внебольничной уропатогенной E. coli к антибактериальным препаратам?

 В 95% случаев чувствительность сохраняется только к фосфомицину трометамолу (Монурал) и фуразидину калия (Фурамаг).

Резко ограничен выбор альтернативных препаратов — так, резистентность к аминопенициллинам достигает 36%, свыше 20% к триметоприм/сульфаметоксазолу. Несмотря на невысокий уровень резистентности к цефалоспоринам, использование любых цефалоспоринов в эмпирической антибиотикотерапии цистита должно быть ограничено, так как более чем у 13% уропатогенной Е. coli обнаруживаются БЛРС, которые гидролизируют цефалоспорины всех 4 поколений. Учитывая, что мы располагаем данными «ДАРМИС» от 2011 г., истинная частота встречаемости БЛРС в 2015 г. вероятно превышает 13%.

Фторхинолоны могут рассматриваться как альтернативные препараты в случае непереносимости фосфомицина трометамола и нитрофуранов, тогда при остром неосложненном цистите могут быть назначены норфлоксацин, левофлоксацин или ципрофлоксацин. Однако, говоря о фторхинолонах, следует учитывать коллатеральный эффект от БЛРС.

В отличие от рекомендаций Европейской (EAU) и Американской (AUA) ассоциации урологов, российские рекомендации, основываясь на данных отечественных исследований, исключают применение бисептола в лечении рецидивирующего цистита ввиду крайне высокой резистентности. Таким образом, препаратами первого выбора при остром неосложненном цистите или рецидивирующем цистите являются фосфмицина трометамол и фуразидина калиевая соль с магния карбонатом основным.

### - Каковы особенные характеристики уропатогенной Е. coli?

– Уропатогенная Е. coli обладает специальными пилями, или фимбриями. Строение пилей обусловливает два различных течения ИМП: в случае серотипа Е. coli с Р-пилями скорее будет развиваться пиелонефрит, а в случае серотипа с пилями первого типа развивается цистит.

Именно потому у женщин с рецидивирующими инфекциями нижних мочевых путей (РИНМП), которые болеют десятки лет, не обнаруживается пиелонефрит, а одним из распространенных заблуждений является

назначение антибактериальных препаратов широкого спектра действия для профилактики восходящего пиелонефрита, что является полменой понятия.

Два основных возбудителя РИНМП, E. coli и Klebsiella pneumoniae, в ответ на проводимую антибиотикотерапию активно вырабатывают факторы защиты, в том числе БЛРС, что значительно уменьшает выбор антибиотиков.

### - Каковы возможности профилактики рецидивов ИМП?

 Профилактика может проводиться как антибактериальными, так и неантибактериальными препаратами. Эффективным является назначение иммунопрепарата Уро-Ваксом, который содержит лиофилизат 18 штаммов кишечной палочки; могут использоваться препараты клюквы (Монурель), пробиотики, фитопрепараты (Канефрон).

К сожалению, при лечении РИНМП приходится назначать длительную поддерживающую терапию — например, Уро-Ваксом по 1 таблетке 1 раз в день в течение трех мес, затем перерыв три мес, и снова Уро-Ваксом по 10 дней в начале каждого мес в течение еще трех мес или Канефрон по 2 таблетки 3 раза в течение трех мес, или Монурель по 1 таблетке 1 раз в течение двух недель, затем перерыв две недели, и в таком режиме три мес.

В настоящее время разработана эффективная схема профилактики с назначением фосфо-

мицина трометамола по 1 дозе каждые 10 дней в течение трех мес, то есть 9 лечебных доз за весь профилактический курс. Благодаря этой схеме исключается назначение субингибирующих доз, что ранее широко практиковалось урологами и приводило к селекции резистентных штаммов. Назначение фторхинолонов даже в профилактических целях должно быть только в лечебных дозах при полном соблюдении срока лечения.

# - С чем связано ограничение к применению в профилактических целях определенных антибиотиков, в частности нитрофуранов?

– В письме от французского агентства по безопасности лекарственных препаратов (ANSM) от 2011 г. сообщалось предупреждение о развитии нежелательных побочных действий на фоне профилактического приема нитрофуранов, а именно пневмонитов при длительном приеме нитрофуранов в субингибирующих дозах у пациентов пожилого возраста.

В отличие от Европы в России не зарегистрирован нитрофурантоин в макрокристаллической форме, о котором идет речь, и в нашей стране длительный прием нитрофуранов, тем более в субингибирующих дозах, не рекомендован, поэтому мы не сталкивались с подобными серьезными осложнениями антибиотикопрофилактики.

Подготовил Андрей Киричек

### Событие

## Урологи отметили юбилей



Российский национальный исследовательский медицинский университет им Н. И. Пирогова



Основана в 1924 году

Кафедра урологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова отметила свою 90-летнюю годовщину.

23 декабря 2014 г. состоялось очередное 1116-е заседание Московского общества урологов, которое было посвящено 90-летию кафедры урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Заседание открыла председатель Московского общества урологов, профессор Тамара Сергеевна Перепанова. Поздравив сотрудников и всех присутствующих с юбилеем, профессор Перепанова, которая сама обучалась на кафедре урологии, отметила, что многие ее выпускники становятся известными специалистами и приобретают статус экспертов.

Проректор по учебной работе, профессор Геннадий Васильевич Порядин от имени руководства поздравил сотрудников кафедры. Он отметил, что кафедра урологии — одно из старейших подразделений университета в разные годы возглавляли ведущие урологи страны. Также с поздравлениями от коллективов и от себя лично выступали Армаис Альбертович Камалов, Валерий Викторович Дутов, Элана Константиновна Яненко.

Сотрудники кафедры урологии не просто говорили об успехах, но и подробно рассказали о научной деятельности. Исполня-



Геннадий Васильевич Порядин поздравил коллег с круглой датой

ющий обязанности заведующего кафедрой, профессор Александр Константинович Чепуров выступил с ярким сообщением об истории кафедры. Он рассказал об основных этапах ее развития, а также отметил значительный вклад коллектива и ее заведующих в становлении отечественной урологии как отдельной специальности.

Профессор Григорий Георгиевич Кривобородов в своем докладе представил новейшие данные в отношении методов диагностики и лечения больных с идиопатическими и нейрогенными нарушениями акта мочеиспускания. При этом он отметил, что на кафедре используют все существующие в настоящее время методы диагностики и лечения данной категории больных.

Профессор подчеркнул, что в этой области урологии сотрудники кафедры активно сотрудничают с врачами других специальностей как у нас в стране, так и за рубежом, организуют конференции и семинары

с международным участием, осуществляют педагогическую деятельность в рамках курса постдипломного образования.

Профессор Сафар Исраилович Гамидов представил доклад, касающийся аспектов патогенеза, диагностики и лечения сексуальных нарушений у мужчин. Он поделился собственными и международными данными по вопросам лечения больных метаболическим синдромом и эректильной дисфункцией.

Также он особо выделил роль сотрудников кафедры в научных исследованиях в этой области урологии.

Главный научный сотрудник Сергей Станиславович Зенков поделился обширным опытом оперативного лечения больных мочекаменной болезнью. В своем докладе он отразил развитие эндоскопических методов лечения заболева-ний верхних мочевыводящих путей на кафедре с момента их первого появления в стране и до настоящего времени.



# ESOU-2015: только самое интересное



### esou eaumeeting

В январе в Мюнхене состоялась 12-я встреча онкоурологической секции Европейского общества онкоурологов (ESOU). Отличительная черта ESOU — это исключительное внимание к практическим вопросам онкоурологии и живое обсуждение. Материалы докладчиков — это не сухие цифры и графики, а собственное мнение и опыт, объединенный с данными научных работ.

При содействии оргкомитета ESOU редакция УС публикует ключевые сообщения ESOU-2015.

Мультидисциплинарный подход в лечении онкоурологической патологии перестает быть уделом избранных клиник. На одну из сессий впервые были приглашены все участники мультидисциплинарной команды (г. Ахен, Германия): уролог, радиолог, морфолог, лучевой терапевт и медицинский онколог. Приводя конкретные примеры, специалисты провели разбор клинических случаев пациентов с опухолями мочевого пузыря, лоханки, яичка и прочего. Примечательно, что ведущая роль в такой команде отводится урологу! "

А.В. Говоров, член Президиума Европейского общества онкоурологов (ESOU)

#### S. Gillessen

При наблюдении за больными раком яич-ка важно не только раннее выявление рецидива заболевания, но и своевременная диагностика вторичных опухолей и факторов риска сердечно-сосудистых осложнений.

#### R. Büttner

Генетические изменения в сигнальных путях и экспрессия ряда генов могут служить предикторами, позволяющими оценить целесообразность и сроки назначения адъювантной терапии.

У больных НСГО яичка после проведенной химиотерапии при хорошо ограниченных резидуальных лимфоузлах раз-

мерами менее 2 см проводится нервосберегающая забрю-

шинная лимфаденэктомия (ЗЛАЭ), при размерах более

5 см всегда выполняется полная двусторонняя ЗЛАЭ. При

размерах резидуальных лимфоузлов от 2 до 5 см выбор

ЗЛАЭ зависит от стороны поражения и локализации рези-

дуальных масс: аортокавальные резидуальные лимфоуз-

лы удаляются путем выполнения полной двухсторонней

ЗЛАЭ, в то время как парааортальные и паракавальные ре-

зидуальные массы удаляются путем нервосберегающей

ЗЛАЭ, если сторона метастатического поражения и первич-

ной опухоли совпадают. Антеградная эякуляция сохраняет-

ся у 85% пациентов, перенесших нервосберегающую ЗЛАЭ,

у пациентов, перенесших полную двустороннюю ЗЛАЭ,

в 75% случаев развивается ретроградная эякуляция.

R. Büttner

Генетический анализ с исследованием биомаркеров позволяет не только дифференцировать гистологические типы почечно-клеточного рака, но и индивидуально прогнозировать течение заболевания, в частности, различать метастатические и неметастатические первичные опухоли почки. Наиболее перспективные биомаркеры выявляются при микро-РНК-анализе.

### K. Junker



### A. Volpe

Несмотря на традиционно скептические взгляды, чрескожная биопсия почки не повышает риск клинически значимого кровотечения, в исключительно редких случаях приводит к распространению заболевания, характеризуется высокой чувствительностью и точно идентифицирует гистологический тип почечно-клеточного рака.

После проведения химиотерапии по поводу несеминомной герминогенной опухоли (НСГО) яичка обнаруживаются долгосрочные токсические явления: повышенный риск инфаркта миокарда в молодом возрасте, пневмотоксичность, нефротоксичность, остеонекроз преимущественно головки бедренной кости, развитие гипогонадизма с последующим развитием метаболического синдрома, а также нейротоксичность: последняя может проявляться в виде сенсорной нейротоксичности или ототоксичности. Чаще обнаруживаются вторичные опухоли почки, щитовидной железы и мягких тканей, острый лейкоз.

### S. Gillessen

Плоскоклеточный РМП агрессивно протекает у пациентов с нейрогенным мочевым пузырем.

### Y. Fradet

Включение в протоколы восстановительного лечения проэректильных лекарств позволяет улучшить эректильную функцию в послеоперационном периоде.

F. Montorsi

Мелкоклеточный РМП, часто выявляемый совместно с уротелиальным раком, по характеру изначально является системным заболеванием, для лечения которого следует проводить системную химиотерапию с назначением этопозида и платиносодержащих препаратов.

### R. Büttner

Y. Fradet

Современная классификация онкологических заболеваний, основанная на гистопатологических характеристиках опухоли, должна интегрировать результаты молекулярно-генетических исследований, выполненных с учетом текущих достижений молекулярной биологии и последних данных, полученных в исследованиях Human Genome Project и International Cancer Genome Consortium.

Постепенно снижается количество радикальных простатэктомий (РПЭ) у больных раком предстательной железы (РПЖ) низкого риска. Одновременно получают большее распространение минимально-инвазивные операции — криоабляция, ультразвуковая абляция (HIFU), используются новые экспериментальные лазерные технологии; более частым становится выбор в пользу активного наблюдения. Вместе с тем, все чаще РПЭ выполняется при РПЖ ТЗ-Т4 и N+, увеличивается количество сальважных лимфаденэктомий, более смело клиницисты обсуждают роль РПЭ при метастатическом РПЖ ".

А.В. Говоров

Крупные международные рандомизированные клинические исследования 3-й фазы показали увеличение общей выживаемости качества жизни у больных метастатическим кастрационнорезистентным РПЖ при назначении шести лекарственных препаратов: доцетаксела, кабазитаксела, абиратерона, энзалутамида, радия-223, сипулеуцела-Т.

В 2016 г. будут опубликованы результаты клинического исследования ProtecT с прямым сравнением отдаленных результатов различных видов радикального лечения РПЖ (РПЭ против лучевой терапии) и активного наблюдения. Это первое рандомизированное клиническое исследование, в котором напрямую сравнивается отдаленная выживаемость после РПЭ и лучевой терапии.

### D.P. Dearnaley

Последние исследования не выявляют связи между ожидаемой продолжительностью жизни и обнаружением фокуса аденокарциномы 3-й градации по шкале Глисона. Текущая концепция лечения РПЖ низкого риска требует пересмотра.

M. Emberton



S. Gillessen

J. Hugosson

При 10-летнем наблюдении за больными РПЖ, изначально находящимися под активным наблюдением, у каждого второго пациента онкологи вынуждены сменить тактику и приступить к активному лечению, которое в 10–20% случаев оказывается безуспешным.

#### W. Artibani

При принятии персонифицированного решения о проведении адъювантной лучевой терапии после РПЭ необходимо учитывать современные критерии: стратификацию пациентов на группы риска, влияние адъювантной лучевой терапии на удержание мочи, рестадирование после хирургического лечения, усовершенствованные, более эффективные технические методики, роль сальважной лучевой терапии.

#### D. Pfister

По нашим данным, благодаря внедрению новых лекарственных препаратов медиана выживаемости больных метастатическим кастрационно-резистентным РПЖ выросла с 24 до 35 мес, что привело к большей частоте осложнений. Для лечения самого частого осложнения — инфравезикальной обструкции — почти в 65% случаев выполняется трансуретральная резекция предстательной железы. Местно-распространенный процесс, все чаще встречающийся у больных метастатическим кастрационно-резистентным РПЖ, требует адекватного местного лечения с выполнением паллиативного хирургического лечения, в том числе цистпростатэктомии.

Увеличивается количество методов визуализации, но остается актуальным вопрос цены, доступности и возможности компенсации пациентам за исследования, что необходимо учитывать врачам в современной экономической ситуации. В отношении пациентов с РПЖ врачебное сообщество ожидает появления диагностически более ценной позитронно-эмиссионной томографии; большие надежды связаны с развитием гистосканирования, эластографии и прочего".

А.В. Говоров

### B. Djavan

Современные методы визуализации с одновременным применением МР-взвешенных изображений и ТРУЗИ оптимизируют выявление подозрительных очагов в предстательной железе.

### J. Hugosson

Мультипараметрическая МРТ значимо улучшает выявляемость клинически значимого РПЖ, однако ее применение в активном наблюдении остается неисследованным: как следствие, рутинная практика повторных биопсий простаты должна быть продолжена до получения результатов соответствующих рандомизированных клинических исследований.

### B. Djavan

Согласно современным представлениям, «идеальная» биопсия предстательной железы должна выполняться под ТРУЗИ-контролем с исследованием не менее чем из 12—18 точек, в том числе из передней зоны простаты.

### ОБРАЗОВАНИЕ ОНКОУРОЛОГОВ

В 2015 г. прошел первый юбилей одной из наиболее успешных образовательных программ для онкоурологов — STEPS (Sessions To Evaluate Progress in the management of urological cancers).



При партнерстве ESOU, IPSEN и EAU молодые специалисты получат уникальную возможность вступить в дискуссию с лидерами мировой онкоурологии.

Ежегодно 20 молодых практикующих специалистов на основе открытого конкурса подают заявки для участия в трехчасовой научной дискуссии, что позволяет им проходить обучение на международном уровне и получать экспертную поддержку в научном сообществе.

### Диферелин<sup>®</sup> – терапия РПЖ, которой доверяют





Информация по препарату предоставляется в соответствии с п.4 ст. 74 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» для ознакомления пациента о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов: При возникновении вопросов обращайтесь в Московское представительство компании "Ипсен Фарма" 109147, г. Москва, уп. Таганская, 17/23, тел. +7/8) 495 258 54 00, факс: +7/8) 495 258 54 00.

# РПЖ: выбор АДТ

Получать аналог ЛГРГ раз в полгода или антагонист ежемесячно? У каждого подхода есть достоинства. О том, каким должен быть выбор врача и пациента, журналисты УС беседовали с лидерами мировой онкоурологии доктором медицины, профессором, руководителем Университетской клиники Сен-Люк Бертрандом Томбалем, профессором отделения урологии Университета Вита-Салюте и госпиталя Сан-Рафаэль Франческо Монторси, км.н., заведующим отделением онкоурологии ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России Александром Константиновичем Носовым.

### Аналоги ЛГРГ: комфортная АДТ

Получать пролонгированную форму аналогов лютеинизирующего гормона рилизинг гормона (ЛГРГ) — значит проходить андрогендепривационную терапию (АДТ) с комфортом. За препараты длительного действия «голосуют» и пациенты, и специалисты — это подтверждают данные отечественных и европейских исследований. «В 90% случаев мы применяем шестимесячную форму аналогов ЛГРГ», — рассказал в интервью УС Бертранд Томбаль.

Исторически первым способом снижения уровня тестостерона стала хирургическая кастрация. «Четверо мужчин из двадцати одного, впервые получивших лечение орхидэктомией (1941 г.), прожили более двенадцати лет, — пишет Чарльз Хагтинс в Нобелевской лекции. [...] После орхидэктомии простата сжимается; здоровые клетки простаты при отсутствии тестостерона не погибают, хотя и значительно уменьшаются в размерах. Гормонозависимые клетки опухоли, напротив, в условиях отсутствия тестостерона погибают».

В 1971 г. группа Эндрю Шалли (Andrew Shally), впоследствии лауреата Нобелевской премии по физиологии и медицине, очистила декапептид — ЛГРГ, хроническое увеличение концентрации которого снижает уровень тестостерона. Появление аналогов ЛГРГ сначала прогрессивно снизило применение орхидэктомии, а вскоре и вовсе свело хирургическое лечение на нет. Сейчас гормональная терапия — основной метод контроля над распространенным раком предстательной железы (РПЖ).

### АДТ с комфортом

Гипоталамический ЛГРГ стимулирует секрецию лютеинизирующего гормона (ЛГ) и фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), которые активируют продукцию тестостерона яичками. В клетках предстательной железы тестостерон превращается в дигидротестостерон (ДГТ), который стимулирует рост клеток аденокарциномы.

Агонисты ЛГРГ блокируют продукцию тестостерона яичками и дают эффект, сравнимый с орхидэктомией. Антиандрогены блокируют активность тестостерона в простате, останавливая рост опухолевых клеток. Они часто используются в комбинации с агонистами ЛГРГ, нивелируя эффект вспышки, связанный с гиперстимуляцией гипофиза. Аналоги ЛГРГ остаются наиболее востребованными препаратами АДТ.

В нашем отделении в 90% случаев
 мы применяем шестимесячную форму
 аналогов ЛГРГ, — рассказывает УС Б. Томбаль.

Более 10 лет назад появление пролонгированных форм аналогов ЛГРГ стало очередным прорывом в терапии РПЖ: по данным Potosky et al. (2001 г.), даже после орхидэктомии пациенты были более оптимистичны по сравнению с остальными; при АДТ мужчины чаще оценивали свое здоровье как плохое или неудовлетворительное, отмечали несвободу в жизни и настороженность

по поводу заболевания. Тогда же ученые выяснили, что психологический дискомфорт зависит от того, как часто необходимо делать инъекции — чем чаще, тем хуже настроение и качество жизни (Health-Related Quality of Life).

Именно поэтому и врачи, и пациенты ожидали появление пролонгированной формы аналогов ЛГРГ. «Пациентов интересует меньшее количество инъекций, менее частые визиты к врачу, меньшая обеспокоенность по поводу диагноза, больший контроль над уровнем простатического специфического антигена (ПСА) и тестостерона, — отметили эксперты GfK Research (2007). — Частые инъекции — это не только физическая боль, но и психологический дискомфорт — постоянное напоминание об онкологическом диагнозе». Иначе говоря, получать пролонгированную форму аналогов ЛГРГ — значит проходить АДТ с комфортом.

### Выбор АДТ

Одно из серьезных исследований
 по поводу предпочтений пациента проведено
 Клодом Шульманом (Claude Schulman)
 в 2007 г., — рассказывает УС Б. Томбаль.

В исследовании Шульмана приняли участие 200 европейцев с подтвержденным РПЖ. Они проходили индивидуальное интервьюирование, в среднем занявшее 45–50 минут. Оказалось, что 68% пациентов предпочитают шестимесячную форму АДТ — по мнению респондентов, такой режим менее болезнен с физической и психологической стороны и позволяет жить с меньшими ограничениями. Интересно, что большинство мужчин, отдавших предпочтение пролонгированной форме, были моложе 70 лет.

Обновленные данные опубликованы Francesco Montorsi et al. (Eur Urol, 2014). Согласно результатам опроса 402 мужчин, получавших различные аналоги ЛГРГ, большинство (60%) отдавали предпочтение шестимесячным периодам, поскольку это удобнее и более благоприятно для качества жизни. Кроме того, 91% уже использующих такой режим высказались в его поддержку.

– Выбор в основном связан с уменьшением стоимости и улучшением качества жизни, — рассказывает УС Ф. Монторси. — Результат согласуется с более ранними выводами французского исследования. Говоря о выборе не пациента, а самого специалиста, около 80% докторов, в том числе урологов, предпочитают назначать пролонгированные формы.

В настоящее время существуют несколько агонистов ЛГРГ с различными интервалами между инъекциями: лейпрорелин (1, 3 и 6 мес), гозерелин (1 и 3 мес), трипторелин (1, 3 и 6 мес), бусерелин (2 и 3 мес) и гистрелин (12 мес).

– В России доступна только одна полугодовая форма агонистов — лейпрорелин (Элигард), — рассказывает УС А. К. Носов. — И, безусловно, пациенту удобнее пролонгированные формы, и чем они длительнее, тем лучше.

По данным отечественного исследования РАДАР, проведенного дважды в форме опроса 60 онкоурологов из семи регионов РФ, в 2014 г. более 50% пациентов предпочитали трехмесячную форму аналогов ЛГРГ, 20% — полугодовую; годом ранее шестимесячную форму предпочитали менее 7% пациентов.

Впрочем, такие выводы сделаны на основе опроса врачей и могут несколько расходиться с мнением пациентов, за которых, по данным того же исследования, выбор режима АДТ более чем в трети случаев делает специалист.

- Эффективность от формы аналогов ЛГРГ не зависит, менее длительный эффект может быть важным для пациентов, которым мы планируем только неоадъювантную терапию перед лучевым лечением, отвечает на вопросы УС А.К. Носов. Других клинических ситуаций, в которых бы была принципиальна длительность эффекта одной дозы, я не знаю
- Назначение должно быть основано на информированном выборе пациента о преимуществах режима, — говорят

в интервью УС Ф. Монторси и Дорджио Гандаглиа (Giorgio Gandaglia). — Исследования продемонстрировали сравнимую эффективность и безопасность различных режимов АДТ, в том числе отсутствие различий в уровне супрессии тестостерона при применении аналогов и антагониста.

Поэтому именно выбор пациента должен определять возможную смену как режима, так и препарата. Пролонгированные формы более предпочтительны для применения у стабильных хорошо контролируемых пациентов и тех, для кого проблематично регулярное посещение врача.

Европейские эксперты единогласно отмечают, что нередко необходимость посещать врача — это некая помеха для полноценной жизни.

В интервью УС Б. Томбаль еще раз обратил внимание, что выбор аналога ЛГРГ или режима АДТ в целом должен быть тщательно продуманным и взвешенным, учитывающим клиническую эффективность и психологический комфорт для пациента.



### АДТ: выбор в пользу эффективности

Антагонисты ЛГРГ — улучшенная альтернатива агонистам, отметил Эндрю Шалли (Urol Oncol, 2014) — исследователь, синтезировавший современные аналоги ЛГРГ. Для отдельных пациентов применение дегареликса (единственный антагонист ЛГРГ) оправданно по клиническим и экономическим аспектам.

### Удобство или эффективность?

Пролонгированная форма АДТ позволяет пациенту забыть о болезни.

— Если вы попросите пациента выбрать между АДТ с 1-, 3- и 6-месячным интервалом, то в большинстве случаев они предпочтут наиболее пролонгированную форму, — говорит в интервью УС Б. Томбаль.

Об этом свидетельствуют данные и новых (F. Montorsi et al., 2014) и более ранних работ (C. Schulman, 2007), и результаты отечественного исследования (РАДАР, 2014). Однако, исследователи не задавались вопросом о выборе между принципиально различными препаратами — аналогами и антагонистами ЛГРГ. Так как эффективность и безопасность аналогов ЛГРГ и дегареликса сравнима, то режим лечения в основном влияет на выбор.

- В 90% случаев мы применяем шестимесячную форму аналогов ЛГРГ, говорит УС Б.Томбаль. Но есть случаи, когда приходится выбирать между удобством пролонгированной формы аналогов ЛГРГ и эффективностью ежемесячного применения дегареликса. На настоящий момент большая эффективность дегареликса подтверждена в трех когортах:
- пациенты с метастазами или ПСА>20 нг/мл (E.D. Crawford et al., 2014; L. Klotz et al., 2014; B. Tombal et al., 2010);
- 2. пациенты с симптомами нижних мочевых путей (СНМП) высоким баллом IPSS (Mason et al., 2013; J. Anderson et al., 2013; K. Axcrona et al., 2012);
- пациенты с кардиоваскулярной патологией или неблагоприятными кардиоваскулярным событиями в анамнезе (P.C. Albertsen et al., Eur Urol, 2014).

Проф. Б. Томбаль отмечает, что большинство этих пациентов выбирает дегареликс.

— Дегареликс снижает тестостерон до кастрационного уровня уже в первые сутки, что недостижимо для аналогов ЛГРГ, — говорит в интервью УС А.К. Носов. — Это важно для больных метастатическим РПЖ с симптомами нарушенного мочеиспускания и поражениями костей, в России на момент постановки диагноза таких пациентов 20–40%.

### АДТ без вспышки

Антагонисты ЛГРГ действуют через немедленную и конкурентную блокаду ЛГРГ рецепторов гипофиза, непосредственно останавливая высвобождение и ЛГ, и ФСГ. Единственный антагонист, применяемый при РПЖ — дегареликс, был одобрен FDA в 2008 г., серьезных нежелательный явлений пока не зарегистрировано.

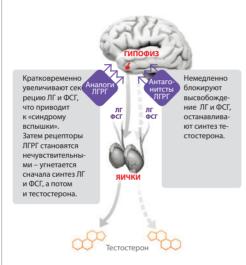
Дегареликс блокирует рецепторы ЛГРГ питуицитов, не стимулируя синтез тестостерона, в связи с чем не требуется одновременное назначение антиандрогенов. На фоне терапии дегареликсом концентрация тестостерона стабильна — нет даже эпизодических подъемов выше кастрационных значений при проведении долгосрочного лечения, пишут С.В. Мишулин и коллеги в статье «Результаты Российского проспективного исследования по оценке эффективности

и переносимости дегареликса у больных раком предстательной железы» (2015).

Наиболее значимый недостаток препарата — стоимость, а для РФ — отсутствие в списках ЖНВЛП и ОНЛС (в большинстве случаев российский пациент должен приобретать дегареликс самостоятельно). Однако E. David Crawford и коллеги (Urology, 2014) отмечают, что дегареликс даже более выгоден, чем лейпрорелин, поскольку его эффективность выше.

Возможно начать лечение с дегареликса и после первой инъекции переключить больного на аналоги, что позволяет достичь наилучшего соотношения стоимость/эффективность. Такая схема широко применяется в Великобритании.

 Пока не подтверждена целесообразность такого подхода, — говорит УС проф. Ф. Монторси. — В одном проспективном исследовании пациенты, получавшие лейпрорелин после дегареликса, не испытывали клинически ощутимого (симптоматического) эффекта вспышки. Однако необходимы другие исследования.



Механизм действия аналогов и антагонистов ЛГРІ

Преимущество от использования дегареликса — нечто большее, чем просто предупреждение вспышки.

– В пятилетнем наблюдении Crawford (Urology, 2014; J. Urol, 2011) с применением дегареликса показано увеличение выживаемости без ПСА-прогрессии в сравнении с лейпрорелином, потому я предпочту изначально выбрать подходящего пациента для дегареликса и продолжить терапию сколь необходимо долго, — говорит УС проф. Б. Томбаль.

Сколь необходимо долго — значит до кастрационной рефрактерности, с наступлением которой АДТ не должна быть прервана.

– При КРРГГЖ мы переводим пациента на пролонгированные формы аналогов ЛГРГ, — рассказывает проф. Б.Томбаль. — Если поступает пациент, который мог быть кандидатом для дегареликса, но получал аналоги ЛГРГ, то мы предлагаем перейти на дегареликс, что обосновано двумя публикациями Crawford et al. (Urology, 2014; J. Urol, 2011) — они показывают, что замена аналога дегареликсом увеличивает время до ПСА-прогрессии и наступления кастрационной рефрактерности.

Интересно, что дегареликс рассматривался в качестве препарата гормональной терапии второй линии при кастрационно-резистентном РПЖ, о чем были отдельные сообщения.

– Исследования продемонстрировали преимущества дегареликса в сравнении с лейпрорелином и гозерелином по параметрам выживаемости без прогрессирования, общей выживаемости и частоте нежелательных явлений, — отмечает проф. Ф. Монторси. — Однако данные о дегареликсе как препарате гормональной терапии

второй линии недостаточны и такой подход не рекомендован ни одними гайдлайнами.

 Сейчас данная терапевтическая опция может быть оправдана в отношении немногих пациентов, у которых при терапии аналогами ЛГРГ нарастает концентрация тестостерона, считает проф. Б. Томбаль.

Klotz и коллеги показали, что дегареликс можно использовать и до начала лучевой терапии. Вдобавок использование антагониста может облегчить планирование операций для пациентов с крупной железой, либо при клинической стадии болезни Т3/Т4.

 В 2013 г. J. Anderson и соавт. показали достоверно более интенсивное уменьшение объема простаты и повышение максимальной скорости потока мочи при приеме дегареликса по сравнению с гозерелином, — обращает внимание А.К. Носов.

Подводя итог, эксперты единогласно и независимо обращают внимание на то, что показания для применения дегареликса — это наличие метастазов или ПСА>20 нг/мл, наличие СНМП и кардиоваскулярной патологии.

### АДТ и сердце

Использование антагонистов снижает риск сердечно-сосудистых осложнений. По результатам ретроспективного анализа совокупных данных шести проспективных сравнительных исследований, в которых 2328 мужчинам путем рандомизации были назначены антагонист ЛГРГ (дегареликс, n=1491) или агонисты ЛГРГ (гозерелин, n=458; лейпрорелин, n=379) — на протяжении первого года терапии риск серьезного сердечно-сосудистого осложнения или смерти у мужчин, получавших дегареликс, был достоверно ниже (p=0,0066).

В одной из последних публикаций Bosco et al. (Eur Urol, 2014) дается иллюстрация связи АДТ с кардиоваскулярными осложнениями.

– В России сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) — это основная причина смерти, — отмечает А.К. Носов. — Но в повседневной практике оценить эти осложнения трудно, поскольку больной просто не приходит на очередной прием. В итоге врачу недоступна информация о причине смерти пациента.

По одной из теорий, АДТ усугубляет факторы риска.

 Albertsen et al. продемонстрировали, что применение дегареликса уменьшает количество нежелательных кардиоваскулярных явлений при сравнении с пациентами, принимающими аналоги ЛГРГ, — рассказывает УС проф. Ф. Монторси. — Ранее было показано, что применение агонистов ЛГРГ связано с увеличением кардиоваскулярных осложнений и смерти среди пациентов с РПЖ. Таким образом, данные поддерживают гипотезу о том, что аналоги ЛГРГ негативно влияют на работу органов сердечнососудистой ситемы посредством механизма, не связанного с супрессией тестостерона. Предполагается, что аналоги ЛГРГ могут активировать Т-клетки, переводя их в фенотип Th1, что приводит к дестабилизации атеросклеротических бляшек и соответствующим последствиям. Предполагается, что антагонисты ЛГРГ могут быть более безопасны в отношении нежелательных кардиоваскулярных явлений.

Работа С.В. Мишугина и коллег (2015 г.) поддерживает зарубежные данные о высокой клинической эффективности дегареликса: снижение ПСА на 81% (p<0,05), уровень тестостерона опустился до кастрационного, интенсивность простатических симптомов снизилась через 1,5 мес терапии. ССЗ были диагностированы примерно у половины пациентов.

Применение дегареликса у больных РПЖ с сопутствующей кардиоваскулярной патологией в анамнезе хорошо переносилось и ни в одном из случаев не привело к обострению патологии. Эффективность дегареликса также достоверно подтвердилась во второй линии гормональной терапии при его назначении на фоне биохимического прогрессирования РПЖ у больных, ранее получавших агонисты ЛГРГ. Данный эффект проявлялся снижением ПСА на 80% и достижением кастрационного уровня тестостерона у 7 из 10 пациентов. Наиболее частыми неблагоприятными явлениями на введение дегареликса были местные реакции (1,5%).

Завершая дискуссию, эксперты единогласно отмечают, что предоставление полной информации пациенту позволяет сделать адекватный выбор терапии.

– Сейчас люди знают о проблеме и о дегареликсе. Большее внимание уделяется анамнезу пациента, специалисты обращают внимание на нежелательные явления при АДТ, резюмирует проф. Б. Томбаль. — В конце концов пациент даже может предъявить претензию, что ему не было начато более безопасное лечение...

По мнению же Эндрю Шалли, если бы ему сразу удалось получить антагонисты ЛГРГ, никто бы и не подумал создать агонисты ЛГРГ.

Подготовила Анна Петренко



# Симптомы нижних мочевыводящих путей: определение причины



Гельмут Мадерсбахер Helmut G. Madersbacher Доктор медицины, профессор, глава комитета ICS по нейроурологии (Инсбрук, Австрия) helmut.madersbacher@



Григорий Георгиевич Кривобородов Дм.н., профессор кафедры урологии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», руководитель «Общества специалистов нейроурологии мочеиспускания dr.krivoborodov@hotbox.ru

Инвазивные уродинамические исследования позволяют установить причины симптомов нижних мочевыводящих путей (СНМП) и определить тяжесть течения заболевания. Эксперты указывают на необходимость не только рационального выбора метода исследования, но и правильной интерпретации полученных данных.

#### От неинвазивных к инвазивным методам диагностики

Уродинамические методы исследований широко применяются при обследовании мужчин с СНМП. Скрининговые неинвазивные методы дают возможность при первом же обращении пациента к врачу определить наличие нарушений акта мочеиспускания. Среди них основными являются урофлоуметрия и электромиография. Их можно использовать также и в комбинации.

Особое внимание следует уделить отсутствию необходимости назначения инвазивных уродинамических вмешательств непосредственно после первого посещения врача.

Кривые урофлоуметрии позволяют неинвазивно выявить, например, уродинамические показатели у мужчин с СНМП. Кривые урофлоуметрии, представленные на рис. 1, могут быть следствием инфравезикальной обструкции (ИВО) в результате доброкачественной гиперплазии простаты или рака простаты, а также вызваны снижением сократительной способности детрузора или

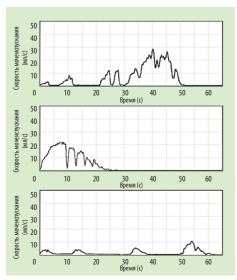
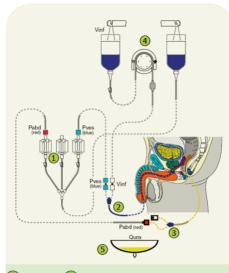


Рис. 1. Патологические урофлоуметрические кривые

сокращениями наружного сфинктера уретры как по причине неврологических заболеваний, так и идиопатического характера. В таких случаях врач не может точно определить причину уродинамических нарушений, но может выявить их наличие. Следующим этапом правильной тактики врача является назначение уже инвазивных методов. Именно они позволяют выявить причину СНМП и в ряде случаев определить тяжесть течения заболевания. С учетом полученных данных каждому пациенту можно назначить наиболее эффективный для него метод терапии.

Важно отметить, что после первого обращения пациента к врачу нет необходимости немедленного назначения инвазивных уродинамических методов исследований. Выделяют показания для назначения таких манипуляций, в соответствии с которыми можно подобрать правильную тактику ведения пациентов.

Уродинамические нарушения могут развиться вне зависимости от пола и возраста пациента. Так, у мужчин чаще имеет место ИВО и детрузорная гиперактивность. У женщин недержание мочи может быть результатом различных причин, в том числе и смешанных. С помощью инвазивных уродинамических исследований, выполнение которых сопряжено с катетеризацией мочевого пузыря, можно оценить давление в мочевом пузыре в фазу наполнения и фазу опорожнения.



 датчики;
 уретральный катетер; – абдоминальный катетер;
 – помпа (перистальтическая)

Рис. 2. Исследование «давление-поток»

выполняется видеоуродинамика. По ее данным можно выявить факторы риска поражения почек до того, как наступят их необратимые изменения. В фазу опорожнения важно определить скоординированность работы сфинктера уретры и детрузора. Исследование «давление-поток» является «золотым стандартом» в диагностике ИВО, особенно у мужчин с аденомой предстательной железы.

### Показания для проведения исследования «давление-поток»:

- дифференциальная диагностика ИВО и нарушения сократительной способности мочевого пузыря у пациентов с низким Qmax (максимальная скорость потока мочи);
- выявление ИВО у мужчин с СНМП и нормальным  $Q_{max} > 15$  мл/с);
- подозрение на нейрогенные причины нарушения акта мочеиспускания;
- СНМП у мужчин моложе 50 и старше 80 лет;
- объем выделенной мочи при мочеиспускании менее 150 мл;
- остаточная моча более 300 мл;
- двусторонний уретерогидронефроз;
- предшествующие оперативные вмешательства на органах таза;
- неудовлетворительные результаты инвазивных вмешательств на простате.

Фазу наполнения мочи в мочевом пузыре определяют по данным цистометрии наполнения, а фазу опорожнения мочевого пузыря и наличие ИВО — по данным исследования «давление-поток».

Инвазивные методы исследований позволяют выявить причину СНМП и в ряде случаев определить тяжесть течения заболевания. С учетом полученных данных каждому пациенту можно назначить наиболее эффективный для него метод терапии.

### Выбор инвазивного метода исследования

К наиболее часто применяемым инвазивным методам уродинамического обследования относится цистометрия наполнения, дополняемая исследованием «давление-поток». Примерно в 80% случаев для постановки верного диагноза достаточно выполнить только это исследование. В остальных случаях требуется также оценить анатомию и функцию нижних мочевыводящих путей. Для этого

Оценивающее фазу опорожнения исследование «давление-поток» — единственное исследование, позволяющее доказать ИВО у больных мужского пола.

Также это исследование позволяет оценить давление в мочевом пузыре, что бывает необходимо многим пациентам урологических отделений. Ведь избыточное давление в мочевом пузыре в конечном счете может вызвать необратимое повреждение почек.

#### Возможные осложнения

После выполнения инвазивных уродинамических исследований риск развития инфекции мочевыводящих путей очень низкий. Конечно, даже при соблюдении всех правил асептики и антисептики вероятность развития инфекции все же сохраняется. Поэтому при выполнении таких исследований целесообразно проводить антибиотикопрофилактику: однократно или 2-3-дневным курсом.

Некоторые осложнения сопряжены с катетеризацией. Однако при соблюдении всех правил проведения этой манипуляции вероятность их возникновения минимальна. К тому же многие пациенты урологических отделений на момент проведения исследований уже бывают катетеризированы.

Особое внимание требуется пациентам с повреждением спинного мозга выше 6-го грудного сегмента, поскольку у таких больных риск развития автономной дисрефлексии существенного выше. Важно помнить об этом и контролировать состояние пациента. В случае, если автономная дисрефлексия все же развивается, необходимо прекратить проведение любых инвазивных вмешательств и незамедлительно начать интенсивную терапию возникшего жизнеугрожающего состояния.

### Кстати...

С целью обучения специалистов базовым принципам уродинамических исследований в конце декабря 2014 г. в Москве прошел научно-практический семинар «Уродинамические методы исследования нижних мочевыводящих путей». Он состоялся при поддержке международного общества по удержанию мочи (International Continence Society, ICS), кафедры урологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова и Общества специалистов нейроурологии и нарушений акта мочеиспускания.

Председателями мероприятия выступили: глава комитета ICS по нейроурологии профессор Гельмут Мадерсбахер (Австрия, Инсбрук), и.о. заведующего кафедры урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор Александр Константинович Чепуров и д.м.н., профессор Григорий Георгиевич Кривобородов.

На встрече специалистами были рассмотрены вопросы проведения уродинамических исследований. Наибольший практический интерес представили доклады по методике проведения и интерпретации полученных результатов исследований. С этой целью в рамках семинара были проведены мастер-классы, направленные на обучение специалистов. УС

> Подготовили Арменуи Гаспарян, Станислав Дёмин

### СИМПТОМЫ **НАПОЛНЕНИЯ**

- НОКТУРИЯ
- ДНЕВНАЯ ПОЛЛАКИУРИЯ
- УРГЕНТНОСТЬ
- НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ

#### симптомы опорожнения

- СЛАБАЯ СТРУЯ
- РАСЩЕПЛЕНИЕ СТРУИ
- ЗАДЕРЖКА МОЧИ
- ПРЕРЫВИСТАЯ СТРУЯ
- ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ДРИБЛИНГ
- НАПРЯЖЕНИЕ ПРИ МОЧЕИСПУСКАНИИ

#### СИМПТОМЫ ПОСЛЕ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

- ОЩУЩЕНИЕ НЕПОЛНОГО ОПОРОЖНЕНИЯ
- ПОДКАПЫВАНИЕ МОЧИ ПОСЛЕ МОЧЕИСПУСКАНИЯ (ДРИБЛИНГ)

# ТАБЛЕТКА СИЛДЕНАФИЛА с модифицированным\* составом:

- Дает качественную эрекцию<sup>1</sup>
- Обеспечивает минимум побочных эффектов<sup>2</sup>
- Не вызывает привыкания<sup>3</sup>





# УДОВОЛЬСТВИЕ ДЛЯ МУЖЧИНЫ И СЧАСТЬЕ ДЛЯ ЖЕНЩИНЫ. БЕЗ ПРИВЫКАНИЯ

\*По сравнению с таблеткой оригинального силденафила. Более подробная информация содержится в медицинской инструкции препарата.

Наименование активного вещества: силденафила цитрат (в пересчете на силденафил – 25 мг, или 50 мг, или 100 мг в таблетке). Показание к применению: лечение эректильной дисфункции, характеризующейся неспособностью к достижению или сохранению эрекции полового члена, достаточной для удовлетворительного полового акта. Способ применения и дозы: внутрь, примерно за 1 час до сексуальной активности. По 50 мг 1 раз в сутки. С учетом эффективности и переносимости доза может быть увеличена до 100 мг или снижена до 25 мг.

Сведения о показаниях к применению препарата, способах его применения, режиме дозирования, противопоказаниях, мерах предосторожности и возможных побочных действиях содержатся в инструкции по медицинскому применению.

- 1. Более подробная информация содержится в инструкции по медицинскому применению препарата Динамико
- 2. В целом сопоставимо с другими препаратами из группы ингибиторов ФДЭ-5.
- 3. Отсутствуют данные, подтверждающие возникновение привыкания к препарату.

Информация предназначена для медицинских работников.

OOO «Тева»: Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, корп. 2. Тел.: +7 (495) 644-22-34, факс: +7 (495) 644-22-35; www.teva.ru



ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА

## Образование врача и селекция пациентов

В России открыт Центр оперативной робот-ассистированной и реконструктивной урологии, к 2015 г. в стране установлено 25 систем da Vinci, а в 2014 г. проведено около 800 робот-ассистированных урологических операций, половина из них—в четырех лидирующих центрах. Россияне осваивают инновационное направление. Находясь в периоде обучения, необходимо тщательно отбирать пациентов—роботические операции «в угоду моде» или без достаточного опыта открытой хирургии обесценивают технические достижения и даже вредят пациенту.

### «С опытом появляется уверенность»



Александр Владимирович Зырянов

Дм.н., профессор, заведующий кафедры онкологии ТюмГМА, руководитель урологического центра МСЧ «Нефтяник» zav1965@mail.ru

Чтобы частота выявления позитивного хирургического края при выполнении робот-ассистированных операций и открытой радикальной простатэктомии стала сопоставимой, необходимо выполнить 150–250 робот-ассистированных операций. Пока консольный хирург «набивает» руку, выбор пациента должен быть особенно обдуманным.

Первая робот-ассистированная лапароскопическая радикальная простатэктомия (РАЛРП) была выполнена в 2000 г. Технология операции развивается на наших глазах уже 15 лет и прочно ассоциируется с минимальной кровопотерей и осложнениями, с более ранними функциональными результатами (континенция и сексуальная функция), косметическим эффектом, коротким периодом госпитализации и ранней реабилитацией пациента.

Как меняется взгляд хирургов на радикальную простатэктомию и как эволюционизирует роботический подход с точки зрения отбора пациентов и подготовки специалистов?

В настоящее время я разделяю мнение большинства специалистов о том, что необходимо выполнить минимум 15–20 операций, чтобы овладеть базовой техникой РАЛРП в 4-часовом интервале. В начале этого пути (15–20 случаев) необходима строгая селекция пациентов: размер простаты не более 60 см³, отсутствие у пациента ранее перенесенных операций в брюшной полости и ожирения, отсутствие узкого таза, локализованный рак простаты без региональной лимфаденопатии.

С опытом появляется уверенность, и отбор пациентов может быть более широким: это и пациенты с ожирением, с большими размерами простаты, с перенесенными операциями на брюшной полости; больные с стадией Т3, индексом Глисона 8–10, с необходимостью лимфодиссекции и сальважной простатэктомии.

Несомненно, что опыт выполнения роботических операций оказывает влияние на более стабильные результаты в отношении позитивного хирургического края, лимфодиссекции, континенции и сексуальной функции. Согласно мнению Herrel и Smith (2015 г.), частота выявления позитивного хирургического края при выполнении робот-ассистированных операций и открытой радикальной простатэктомии становится сопоставимой после проведения 150–250 РАЛРП.

Эпидемиологические исследования Medicare в США (2014 г.) показали, что у пациентов, перенесших РАЛРП, лимфодиссекция выполнялась в 5 раз реже по сравнению с группой больных, которым была выполнена открытая радикальная простатэктомия. В Европе показатели выполнения лимфаденэктомии при РАЛРП также значительно различаются от центра к центру от 45,6 до 90,8% (в среднем 77,8%). Очевидно, что процесс стандартизации лимфодиссекции при выполнении РАЛРП требует изучения и обсуждения. В нашем центре мы придерживаемся тактики выполнения лимфодиссекции при РАЛРП у всех пациентов в группе благоприятного и промежуточного прогноза. У пациентов с клинической стадией Т3b, индексом Глисона 8-10 и увеличенными лимфоузлами мы проводим расширенную лимфодиссекцию согласно гайдлайнам EAU, выполняя открытую радикальную простатэктомию. По нашему мнению, открытый доступ в данном случае дает большие возможности для ревизии и удаления лимфоколлектора.

Обсуждая тему роботизированной хирургии, очень часто возникает вопрос соотношения клинической и экономической эффективности.

У пациентов, перенесших РАЛРП, лимфодиссекция выполнялась в 5 раз реже по сравнению с группой больных, которым была выполнена открытая радикальная простатэктомия.

Наличие избыточной жировой клетчатки в области мочевого пузыря у больных с индексом массы тела более 40 может привести к серьезным техническим трудностям диссекции тканей и анастомозирования на начальном этапе овладения техникой робот-ассистированных операций. Ограничения затрагивают пациентов, у которых в анамнезе трансуретральная резекция предстательной железы, лучевая терапия, выраженный простатит, гормональная терапия, что может создать проблемы и опытным хирургам. Желательно, чтобы в этой группе не было пациентов с нормальной потенцией и необходимостью лимфодиссекции.

На мой взгляд, существование РАЛРП в течение 15 лет уже само по себе свидетельствует о жизнеспособности и клинической эффективности метода лечения. Не имея специального экономического образования и особенно в условиях действующей российской модели здравоохранения, где не учитываются реальные затраты на лечение пациента в медицинском учреждении, время и средства, потраченные на его физическую и психологическую реабилитацию, а также трудозатраты медицинского персонала, считаю, что обсуждать экономическую эффективность РАЛРП не очень корректно.

### Роботы в угоду моде



Дмитрий Юрьевич Пушкарь

Д.м.н, профессор, заведующий кафедрой урологии МГМСУ, главный уролог МЗ РФ pushkardm@mail.ru



Константин Борисович Колонтарёв

Ассистент, зав. учебной частью ФДПО кафедры урологии МГМСУ kb80@yandex.ru

Приобретение роботической системы— первый, но не основной шаг роботической программы. О подготовке консольного хирурга, отечественном опыте и образовании УС рассказали эксперты роботической хирургии.

При радикальной простатэктомии или резекции почки робот-ассистированная операция предпочтительнее с точки зрения осложнений, функциональных и онкологических результатов. При сопоставимых клинических результатах, роботическая резекция почки уступает лапароскопической по критерию стоимости. При цистэктомии робот-ассистированная техника пока не может считаться лучше открытой.

Таков общий результат зарубежного и отечественно клинического опыта. В отношении экономической целесообразности мнения специалистов расходятся. «Роботическая хирургия в онкоурологии — это забота о пациенте или дележ рынка?» — ставит вопрос Deborah R. Kaye и соавт., озаглавливая обзор в Nature Reviews/Urology, 2015.

### Элегантная хирургия

При помощи роботической хирургической системы операция может быть выполнена элегантнее, однако такое вмешательство показано не всем. Существуют четкие показания, которые могут расшириться с приобретением опыта.

Наличие хирургического опыта — существенное подспорые в освоении робот-ассистированной операции, необходимо освоение открытой хирургии до начала работы на роботическом комплексе. Литературные данные подтверждают, значимо худшие результаты отмечаются у пациентов, оперированных «роботическими» хирургами без опыта выполнения открытого вмешательства.

Сегодня роботическая хирургия становится «модной» — налицо завышенные ожидания больных. Необходимо оценивать свои силы, не руководствуясь желанием пациента — выполнение роботической операции без показаний, в угоду «моде», зачастую может привести к худшим результатам.

### Роботы

В 1987 г. впервые была выполнена лапароскопическая холецистэктомия, после чего концепция минимально инвазивного лапароскопического доступа приобрела популярность. Но выполнение сложных реконструктивных оперативных пособий не получило широкого распростране-

ния, что было связано с ограниченным выбором инструментария и повышенной сложностью манипуляций.

Пытаясь преодолеть эти трудности, компании Intuitive Surgical Inc. (Synnyvale, CA, USA) и Computer Motion (Santa-Barbara, CA, USA) запустили проекты по разработке и технологии робот-ассистированной хирургии.

До начала активной работы Intuitive Surgical концепция минимально инвазивной роботассистированной технологии не воспринималась всерьез. В 1999 г. на рынок была выпущена и валидизирована первая хирургическая роботическая система da Vinci Standart. Если сначала роботические системы использовались в качестве автоматизированного ассистента при лапароскопических вмешательствах, то по мере дальнейшего развития роботизированные решения стали превалировать. Сейчас роботические системы обеспечивают специалиста истинным 3D изображением и обладают инструментарием, полностью повторяющим возможности человеческой руки.

Теперь Intuitive Surgical — лидер в данной области: к концу 2014 г. инсталлировано 3102 системы da Vinci в более чем 3 тыс. медицинских учреждениях по всему миру. В России по состоянию на начало 2015 г. инсталлировано 25 систем, первая появилась в Свердловской областной клинической больнице №1 в 2007 г.

Неуклонно растет количество роботических процедур, наиболее популярная — радикальная простатэктомия (более 80% от всех вмешательств). Так к августу 2014 г. уже было выполнено 787 различных роботических операций. Рост числа операций связан инсталляцией, но прямой зависимости нет. Установка системы далеко не во всех случаях говорит об успешном начале роботической программы: приобретение оборудования — первый, но далеко не единственный и самый простой шаг. Пока максимальным опытом выполнения роботических операций обладает клиника урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, в 2014 г. более 500 операций выполнили всего 3 центра: клиника урологии МГМСУ, НМХЦ им. Н.И. Пирогова и ФМИЦ им. В.А. Алмазова.

### Опыт и осложнения

Робот-ассистированная радикальная простатэктомия (РАРП) — наиболее распространенная роботическая операция по всему миру: в 2003 г. было выполнено 2648 РАРП, а уже в 2004 г. — 9 тыс. случаев, в 2005 г. — около 16500 случаев (20% от всех выполненных радикальных простатэктомий за год).

Уже в 2008 г. 80% всех радикальных простатэктомий в США были выполнены при помощи da Vinci (по данным www.intuitivesurgical.com только в США за год было выполнено 72 тыс. РАРП). К 2013 г. данный показатель составил 97%.

Опубликовано более 6500 работ, посвященных роботической хирургии, более 3500 систем da Vinci инсталлированы в 2 тыс. медицинских учреждениях различных стран. В 2014 г. выполнено более 500 тыс. роботических операций по всему миру.

В работах до 2010 г. общие показатели частоты осложнений при РАРП составляли 8–40%. Представленные показатели имеют достаточно большое расхождение в значениях, что может быть объяснено различным дизайном исследований, а также отсутствием во многих работах стандартизированной градации осложнений по классификации Clavien.

### Техника и технологии

В нашем центре оценка хирургических осложнений проводилась по модифицированной классификации Clavien в периоды до и после 30 суток с момента вмешательства. Суммарная частота осложнений составила 33,4%.

Распределение послеоперационных осложнений (512 пациентов) согласно классификации Clavien в период до 30 суток после вмешательства:

I степень осложнений: несостоятельность уретро-шеечного анастомоза (59 (11,5%) пациентов), лимфоцеле (4 (0,8%), лимфоррея (33 (6,4%), гематома таза менее 50 мл (2 (0,4%).

Id степень осложнений: межмышечная эмфизема (1 (0,2%), гипербилирубинемия (1 (0,2%).

II степень осложнений: гемотрансфузия (31 (6,1%), динамическая кишечная непроходимость (6 (1,2%), гипертонический криз (3 (0,6%), эпидидимит (1 (0,2%).

Шb степень осложнений: перитонит (2 (0,4%), межкишечный абсцесс (1 (0,2%), гематома таза (4 (0,8%), эвентрация (1 (0,2%), реанастомозирование (1 (0,2%).

IVа степень осложнений: инфаркт миокарда (1 (0,2%), пароксизм мерцательной аритмии (4 (0,8%), острый коронарный синдром (2 (0,4%).

Распределение послеоперационных осложнений (214 пациентов) согласно классификации Clavien в период через 30 суток после вмешательства:

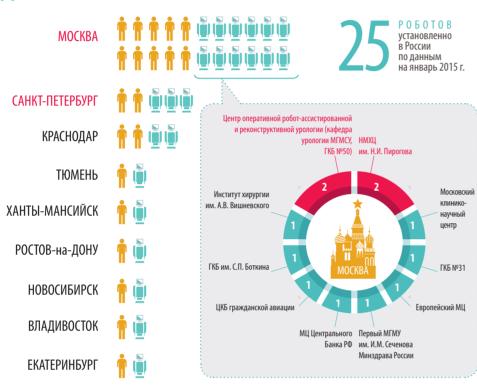
Шь степень осложнений: стриктура уретро-шеечного анастомоза (3 (0,6%), послеоперационная вентральная грыжа (11 (2,1%).

### Результаты

Согласно решению международного консенсуса, биохимическим рецидивом после хирургического лечения считается повышение ПСА>=0,2 нг/мл как минимум в двух последовательно выполненных измерениях. Проанализировав собственные данные, мы пришли к следующим выводам: частота биохимического рецидива при медиане наблюдения в 38,9 мес (максимальный срок наблюдения — 63,9 мес) составила 21,9%. При этом среднее время до развития рецидива составило 12 мес. Двух- и трехлетняя безрецидивная выживаемость у пациентов после РАРП составила 84,2 и 80,4% соответственно.

Раково-специфическая выживаемость за период наблюдения составила 100%. Летальный исход в периоде наблюдения был отмечен в 9 случаях, основная причина — сердечно-сосудистые заболевания. Полное удержание спустя 12 мес наблюдения было отмечено в 91,5% случаев, эректильная функция у пациентов при выполнении нервосберегающей операции была отмечена в 77,1% случаев.

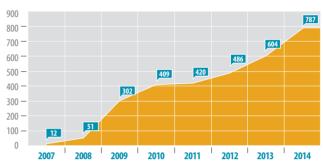
### ДОСТУПНОСТЬ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ ОНКОУРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РФ



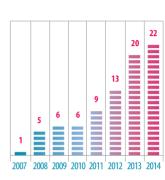
### ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ КЛИНИКИ

Специальных процедур лицензирования медицинских учреждений для оказания робот-ассистированной хирургической помощи не существует. Учреждению достаточно обладать стандартными лицензиями на осуществление медицинской деятельности.

Введение в клинику Роботической программы включает аспекты экономического, кадрового и медицинского направления.



Объем робот-ассистированных операций, выполненных в России за период 2007-2014 гг.



Темп инсталляции систем da Vinci в России

### ОБУЧЕНИЕ КОНСОЛЬНОГО ХИРУРГА

I этап — получение сертификата после обучения в одном из тренинг-центров, сертифицированных компанией производителем системы da Vinci (Intuitive Surgical). В Европе основными центрами являются IRCAD (г. Страсбург) и ORSI (г. Гент).

В течение пяти дней курсанты осваивают основы роботической хирургии на животных. Специалисты тренингцентра читают курс лекций по основам безопасной и эффективной работы хирургической системы da Vinci, дают рекомендации по подготовке пациентов и операционной. Дается пошаговое детальное ознакомление со всеми этапами операции с роботической ассистенцией, рассматриваются вопросы позиционирования пациента на операционном столе и ведения в послеоперационном периоде; в программу обучения включена работа на моделях и симуляторах.

II этап — выполнение нескольких операций в своих учреждениях под руководством опытного наставника, приглашенного компанией-производителем.

III этап — после выполнения 25—30 законченных случаев, постоянное повышение собственной квалификации.

Подготовила Анна Ольшанская

### Обучение

# Антикризисное предложение: весенние скидки на курсы в Страсбурге

Ценность образования — неоспорима. Французский научно-исследовательский институт рака пищеварительной системы (IRCAD) — передовой центр в области малоинвазивной хирургии.

Ежегодно сотни врачей со всего мира приезжают в Страсбургскую университетскую больницу, чтобы перенять опыт у ведущих экспертов.

ООО «Медицина сегодня» — партнер и официальный представитель «Европейского института телехирургии» (IRCAD-EITS), курсы которого рекомендованы крупнейшими международными ассоциациями.

В непростой экономической ситуации компания идет навстречу своим клиентам: этой весной члены Российского общества онкоурологов могут воспользоваться 15–20% скидкой на регистрацию.

### Гинекология

**15–17 июня.** Онкогинекология и лапароскопические доступы: новейшие достижения **7–9 сентября.** Современные методики лечения тяжелого эндометриоза

**12–14 октября.** Новые взгляды на хирургию пролапсов: вагинальный и лапароскопический доступ

### **Урология**

**8–12 июня.** Лапароскопическая хирургия в урологии. Интенсивный курс

**22–23 октября.** Лапороскическая урология и почечнокаменная болезнь

### Нейрохирургия

**3–5 июня.** Микроскопические и эндоскопические доступы к основанию черепа

### Герниология

**28–29 мая.** Ингвинальная и абдоминальная грыжа живота

### Общая хирургия

**29 июня – 03 июля. 21–25 сентября.** Интенсвный курс по общей лапараскопической хирургии

**16–20 ноября**. **14–15 декабря.** Интервенционная гибкая эндоскопия для хирургов

### Колоректальная хирургия

**18–20 июня. 12–14 ноября**. Лапароскопическая колоректальная хирургия

### Бариатрическая и метаболическая хирургия

**3–5 декабря.** Эндолюминальная и лапароскопическая бариатрическая и метаболическая хирургия

### Хирургия органов пищеварения

**14–15 декабря.** Интервенционная желудочно-кишечная эндоскопия

17-19 декабря. Новые перспективы хирур-

гии гепатобилиарной системы и поджелудочной железы

### Артороскопическая хирургия

**29–30 сентября.** Артроскопическая хирургия коленного сустава

**1–2 октября.** Артроскопическая хирургия плечевого сустава

29–30 октября. Артроскопическая хирургия тазобедренного сустава 27–28 иодбря. Артроскопическая хиру

**27–28 ноября.** Артроскопическая хирургия лучезапястного сустава

ООО «Медицина сегодня» помогает специалистам совершенствовать профессиональные навыки и оказывает помощь на любом этапе, начиная от регистрации и заканчивая логистикой, обеспечивает визовую поддержку, организацию проживания, выбирая наиболее удобные варианты, чтобы врачи полностью сосредоточились на получении новых знаний.

«Урология сегодня» № 1 (35) 2015

# Для беременности достаточно только ДНК



Ксения Владиславовна Краснопольская

Д.м.н., профессор, руководитель отделения репродукции МОНИИАГ info@priorclinic.ru



Станислав Олегович Юдовский

К.м.н., врач высшей категории, член EAU Yudovskys@gmail.com

Ранее при азооспермии инсеминация спермой донора и усыновление детей рассматривались как единственно доступные методы появления ребенка. Сегодня мужчины с азооспермией становятся отцами — для оплодотворения достаточно сохранного генетического материала, однако проблемным остается выбор метода извлечения сперматозоидов. Согласно научным данным, наименее инвазивная и одновременно наиболее простая техника — самый практичный способ.

О репродуктологии и взаимодействии специалистов при азооспермии журналисту УС рассказали гинеколог и андролог.

По данным Всемирной организации здравоохранения, среди бесплодных мужчин пациенты с азооспермией встречаются в 15–20% случаев.

После разработки технологии оплодотворения IVF (in vitro fertilisation) и метода внутрицитоплазматической инъекции сперматозоидов ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection) вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) стали рутинной практикой для многих стран. Однако согласно Кокрановскому мета-анализу, нет достаточных данных в рандомизированных контролируемых исследованиях, позволяющих рекомендовать определенный метод извлечения сперматозоидов при обструктивной/ необструктивной азооспермии.

В рекомендациях EAU (European Association of Urology) даны достаточно четкие рекомендации, на практике выбор неоднозначен. Как результат, единственный практический вывод — применять наименее инвазивную и одновременно наиболее простую технику.

### Обязательное обследование

«Мужское бесплодие встречается у 40% супружеских пар, являясь в некоторых случаях единственным фактором инфертильности, но чаще сочетаясь с женскими факторами», — рассказывает УС Ксения Владиславовна Краснопольская.

Первый и обязательный этап обследования — спермограмма. Для репрезентативного анализа необходимо ориентироваться на лучшие результаты 2–3 последовательных исследований, выполненных с достаточным интервалом времени. «Показатели спермограммы чрезвычайно вариабельны: достоверно на подвижность влияет изменение газового состава атмосферы, температурный фактор, табакокурение, прием лекарств», —

рассказывает УС Станислав Олегович Юдовский.

Это исследование может назначать любой специалист — информирование пациентов о правилах сдачи материала проводится по стандартным методикам на уровне лаборатории.

ем семенных канальцев и обратной зависимостью между отсроченным началом проведения ВРТ и вероятностью успеха терапии. Обнаружив мутацию гена СFTR у мужчины, необходимо обследовать супругу: учитывая риск муковисцидоза у ребенка, может быть проведена предимплантационная генетическая диагностика.

По данным проспективных сравнительных исследований microTESE и стандартной TESE, эффективность последней в отношении извлечения сперматозоидов ниже на 15–20%.

«Но оценивать результаты должны урологи, прицельно занимающиеся андрологией, — считает Станислав Олегович Юдовский. — Гинеколог может дать оценку спермограммы, если он прошел курс повышения квалификации по андрологии и имеет соответствующий опыт».

При выявлении азооспермии необходимо определить ее тип. «Обструктивная азооспермия является относительно «легким диагнозом», поскольку при данном состоянии возможно получение сперматозоидов путем чрескожной биопсии придатков яичка или непосредственно из ткани яичка», — отмечает Ксения Владиславовна Краснопольская.

«Мужчинам с азооспермией преимущественно необструктивного генеза показано комплексное обследование, исследование гормонального профиля и генетические тесты, — продолжает Станислав Олегович Юдовский. — Часто являясь причиной необструктивной азооспермии, первичная тестикулярная недостаточность проявляется вторичными гормональными изменениями».

Необструктивная азооспермия, будучи обусловлена глубокими структурными изменениями тестикулярной ткани и/или эндокринными расстройствами, не имеет прямого отношения к таким заболеваниям как варикоцеле или хронический простатит: «Обструктивная азооспермия часто связана с воспалительными изменениями придатков яичек», — дополняет Станислав Олегович Юдовский.

По каждому сопутствующему заболеванию в отдельности принимается решение о целесообразности лечения. «Некоторые авторы считают, что при документированном наличии варикоцеле и азооспермии следует обязательно выполнять операцию, - продолжает Станислав Олегович Юдовский. — Наш опыт лечения больных с необструктивной азооспермией неоднозначен: в одних случаях в спермограмме после операции появлялись подвижные сперматозоиды, счет которых шел на миллионы, в других — мы не получали положительных результатов, что, по-видимому, зависит от глубины структурных изменений семенных канальцев. *Роль хронических* воспалительных заболеваний мужских половых органов в патоспермии и азооспермии в настоящее время считается недоказанной, их лечение абсолютно бесперспективно в плане коррекции азооспермии».

Клиническая картина и данные некоторых исследований могут помочь определить дальнейшую тактику. Так при нормальных и субнормальных размерах яичек определение фактора азооспермии (Azoospermia Factor, AZF) заставляет в ряде случаев отказаться от попыток получения сперматозоидов. Напротив, при выявлении аутосомнорецессивной мутации гена СFTR прогностическое значение имеет раннее проведение ВРТ с допустимой опцией криоконсервации спермы. Столь агрессивный подход обусловлен прогрессивным необратимым поражени-

При использовании ВРТ необходимо тесное взаимодействие уролога и гинеколога: хотя решение о заборе сперматозоидов принимает только уролог-андролог, без участия гинеколога невозможно согласовать цикл стимуляции и расписание искусственного оплодотворения с процедурой взятия сперматозоидов. «Мы тесно взаимодействуем с ГКБ им. С.П. Боткина и ГКБ №50, — рассказывает Ксения Владиславовна Краснопольская. — Когда женщина идет на процедуры ЭКО и ICSI, в день получения яйцеклеток параллельно должна быть проведена операция по получению сперматозоидов, далее материал направляется в эмбриологическую лабораторию, где микроскопически исследуется, затем идентифицированные сперматозоиды используют уже для оплодотворения».

### Забор сперматозоидов

Успешные результаты ICSI с применением тестикулярных методов извлечения сперматозоидов, впервые были описаны Крафтом в 1993 г. Его работы не только опровергли роль эпидидимального созревания сперматозоидов и доказали равноценность применения «несозревших» и «созревших» сперматозоидов из яичка, но и заложили основы для лечения необструктивной азооспермии.

Нередко для успешного оплодотворения требуется выполнение множественных циклов ICSI, и тогда становится критичным изначально правильный выбор метода лечения, методики ВРТ и способа извлечения сперматозоидов. «При обструктивной азооспермии необходимо изначально рассмотреть вопрос о попытке восстановления проходимости семявыносящих путей, — говорит Станислав Олегович Юдовский. — Выполнение перкутанного забора сперматозоидов из придатка яичка значи-

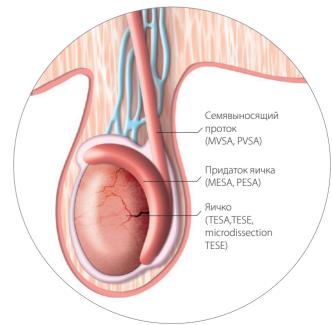
тельно ухудшает перспективы дальнейшей реконструктивной хирургии, например, вазоэпидимоанастомоза, это связано как с воспалительной реакцией, так и с разрушением канальцев преимущественно в области головки придатка».

Наиболее простые и эффективные техники PESA (percutaneous epididymal sperm aspiration) и MESA (microsurgical epididymal sperm aspiration) — соответственно, чрескожная и микроскопическая эпидидимальная аспирация сперматозоидов — становятся методом выбора в случае врожденной или приобретенной обструкции семявыносящего протока, в том числе на уровне предстательной железы. Редкими осложнениями (<1%) данных процедур являются кровотечение и инфекции, менее чем в 5% случаев — рубцовый стеноз семявыносящего протока в области перенесенного вмешательства. Благодаря своим биологическим характеристикам, сперматозоиды, полученные путем PESA/MESA, могут применяться для ICSI и IFV.

Техники чрескожной и микроскопической эпидидимальной аспирации сперматозоидов (соответственно, PESA и MESA) характеризуются высокой эффективностью: частота оплодотворения при ICSI превышает 50%, беременность наступает более чем в трети случаев.

Техники тестикулярной аспирации или экстракции сперматозоидов, TESA (testicular sperm aspiration) и TESE (testicular sperm extraction), соответственно, более сложны. Последняя может быть выполнена как путем перкутанной биопсии, так и открытой биопсии яичка. Восстановительный период после TESA составляет 24 часа, не чаще чем в 1% случаев наблюдаются такие осложнения, как кровотечение и инфекции. Перкутанная биопсия яичка сопряжена с риском гематомы (1-5%), что требует УЗ-контроля. Восстановительный период после открытой биопсии яичка составляет до 48 часов, частота инфекционных осложнений менее 5%. Более значимым осложнением TESE считается снижение в послеоперационном периоде уровня тестостерона, вследствие «побочного» массивного извлечения гормон-продуцирующих клеток. Это явление чаще регистрируется после расширенной биопсии, повторных вмешательств.

«TESE — более инвазивная техника, связанная с проникновением под белочную оболочку яичка хирургическим путем, с получением части тестикулярной ткани, — обращает внимание Станислав Олегович Юдовский. —



Точки и техники извлечения сперматозоидов: TESA — тестикулярная аспирация, TESE — тестикулярная экстракция, PESA — чрескожная эпидидимальная аспирация, MESA — микроскопическая эпидидимальная аспирация, MVSA — микроскопическая вазальная аспирация, PVSA — чрескожная вазальная аспирация

### Мужское здоровье

Полученный материал отправляется к эмбриологам для цикла искусственного оплодотворения».

Значительно худшие результаты получения сперматозоидов наблюдаются при необструктивной форме азооспермии: не более чем у половины мужчин обнаруживаются сперматозоиды в яичках, которые могут быть применены в ICSI. Учитывая последние данные о фокальном характере сохраненного сперматогенеза при необструктивной азооспермии, становится ясным преимущество в применении TESE.

В 1998 г. была разработана принципиально новая техника микродиссекции — microTESE, основанная на различиях в микроскопической картине семенных канальцев и выявлении таким образом зон активного сперматогенеза с последующей селективной биопсией паренхимы яичка. По данным проспективных сравнительных исследований microTESE и стандартной TESE, эффективность последней в отношении извлечения сперматозоидов ниже на 15-20%. Применение даже самых современных техник не исключает развитие гипогонадизма в послеоперационном периоде: лишь у 50-85% мужчин, перенесших microTESE, уровень сывороточного тестостерона нормализуется через 1 год (S. Takada et al., 2008; A.A. Dabaja & P.N. Schlegel, 2013). «При соблюдении асептики и атравматичности манипуляций, нередко проводимые под прикрытием антибиотиков в течение одного-двух дней, открытые хирургические методики забора сперматозоидов несут минимальные риски, — подводит итог

Станислав Олегович Юдовский. — Перкутанные аспирационные техники могут осложниться подкожными гематомами, эпидидимитом и другими воспалительными изменениями».

#### Беременность

Азооспермия не должна быть приговором — для успешного оплодотворения требуется лишь сохранный генетический материал, при ICSI допускается даже использование незрелых сперматозоидов, например, сперматид 2-го порядка.

вированных сперматозоидов, — замечает Станислав Олегович Юдовский. — Технически криоконсервирование осложнено в случае выраженной необструктивной азооспермии, когда возникают трудности при идентификации сперматозоидов в замороженном материале: стандартное помещение материала в «соломинки» усложняет поиск единичных сперматозоидов».

Разумным представляется криоконсервирование тестикулярной ткани с последующей разморозкой и поиском сперматозоидов.

Восстановительный период после TESA составляет 24 часа, не чаще чем в 1% случаев наблюдаются такие осложнения, как кровотечение и инфекции. Перкутанная биопсия яичка сопряжена с риском гематомы (1–5%), что требует УЗ-контроля. Восстановительный период после открытой биопсии яичка составляет до 48 часов, частота инфекционных осложнений менее 5%.

«Зарубежными авторами не выявлено существенных отличий в благоприятных исходах оплодотворения зрелыми и незрелыми сперматозоидами», — отмечает Станислав Олегович Юдовский.

Криоконсервирование тоже не должно оказывать негативного влияния на успех оплодотворения. «Различий в частоте благоприятных исходов при использовании свежей или криоконсервированной спермы не прослеживается», — подтверждает Ксения Владиславовна Краснопольская. «Сложнее объяснить отдельные данные о большей эффективности криоконсер-

«Хотя у пациентов с выраженной азооспермией технически проще отказаться от криоконсервирования, сразу используя полученную ткань для искусственного оплодотворения, несмотря на вышесказанное, согласно рекомендациям EAU и Американской ассоциации урологов (AUA), при биопсии яичка всегда следует применять криоконсервирование».

Эксперты отмечают, что, согласно опубликованным научным работам, рекомендациям EAU и AUA и собственному клиническому опыту, в настоящее время

не существует лекарств с доказанной эффективностью в отношении улучшения сперматогенеза.

В ряде случаев перед взятием материала целесообразно провести лечение сопутствующих воспалительных заболеваний простатита, уретрита. «Однако если беременность наступила, то при изолированном мужском факторе бесплодия ее течение зависит исключительно от возраста женщины, ее экстрагенитальных заболеваний и соматического здоровья, а не мужского фактора», — обращает внимание Ксения Владиславовна Краснопольская, ссылаясь на собственный клинический и научный опыт. И именно здесь решающую роль начинает играть плотное взаимодействие специалистов, имевшее место быть на этапе подготовки к ВРТ.

«Репродуктология развивается стремительно, созданы различные научные общества, которые объединяют эмбриологов, эндокринологов, гинекологов и урологов», — подводит итог дискуссии Станислав Олегович Юдовский.

Отдельную специальность репродуктолог неофициально выделяют только в России. Но невозможно профессионально подготовить специалиста со столь разносторонними адекватными навыками, поэтому в качестве репродуктолога должна выступать группа специалистов, работающих как единое целое.

Подготовил Андрей Киричек



«Урология сегодня» № 1 (35) 2015

### Консервативное лечение рецидивирующих циститов



Андрей Владимирович Зайцев

Д.м.н., профессор кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова zaitcevandrew@mail.ru

Транспозиция уретры — радикальное решение проблемы для женщин, страдающих рецидивирующими циститами. Однако многие урологи придерживаются мнения, что повторяющиеся инфекции нижних мочевых путей следует лечить консервативными методами, прибегая к оперативному вмешательству лишь в тех случаях, когда возможности терапии исчерпаны.

Сложно назвать одного «виновника» возникновения хронического рецидивирующего цистита. В большинстве случаев болезнь является результатом совокупности нескольких факторов. Безусловно, существенную роль играют анатомические особенности: расположенное близко к передней стенке влагалища наружное отверстие мочеиспускательного канала, низкая промежность, слишком узкое влагалище. Как правило, инфицирование происходит в момент восходящего транспорта по уретре патогенной и условно патогенной флоры из периуретральной области. К сожалению, многие женщины имеют выраженный дисбиоз влагалища, к которому могут привести гормональные проблемы, длительное использование спермицидов, внутриматочной спирали, чрезмерное применение антибиотиков. Попадая в мочевой пузырь во время полового акта, патогенная флора раз за разом вызывает воспаление. По ведению пациентов с рецидивирующей инфекцией нижних мочевых путей консенсус не найден. Прежде чем предлагать пациентке операцию, следует испробовать все способы помочь ей нехирургическими методами к такому выводу склоняется сегодня большинство специалистов. Операция — транспозиция

уретры — не включена пока в рекомендации Европейской ассоциации урологов и Российские национальные рекомендации, оставаясь лишь мнением российских экспертов.

В качестве первой линии помощи рекомендуется использовать неантимикробную профилактику — иммунопрофилактику, прием препаратов, содержащих проантоцианидин А, пробиотики на основе лактобактерий. Хорошо успели зарекомендовать себя и профилактические вакцины — «Уро-Ваксом», «СолкоУровак».

При наличии провоцирующих цистит анатомических особенностей отрицательным фактором будет недостаточная лубрикация, причиной которой могут быть гормональные изменения, ранее проведенные хирургические вмешательства, менопаузальный возраст или

Излишняя сухость при половом контакте вызывает болезненность и смещение дистального отдела уретры в момент введения полового члена. Этим пациенткам следует использовать специальное увлажняющее средство. Лубрикант должен быть индифферентным, не вызывать раздражения и подходить женщинам всех возрастов. Таковым является «Монтавит гель», делающий контакт менее травматичным и способствующий восстановлению естественного увлажнения влагалища.

Если после полового акта по-прежнему возникают эпизоды цистита, женщинам рекомендуется проводить антимикробную профилактику нитрофурантоином, триметоприм-сульфаметоксазолом, фосфомицином. Фосфомицин можно применять раз в десять дней, нитрофурантоин и сульфаниламид перед половым актом или сразу после него в зависимости от частоты половых контактов. Существует и другая схема лечения — ежедневный прием небольших доз антимикробных препаратов в течение длительного времени – трех, шести и даже 12 мес. Обе линии терапии показывают одинаковые результаты. Но не стоит забывать о негативной стороне приема антибактериальных препаратов — отрицательном воздействии

на нормальную флору желудочно-кишечного тракта и влагалища, а также риске возникновения резистентности. Согласно статистике, женщина средних лет не каждый день живет половой жизнью. Я думаю, в этом случае имеет смысл сделать выбор в сторону уменьшения количества назначенного лекарства». УС

> Подготовила Надежда Маркевич



### Молодые онкоурологи

### Когда РПЖ не рак?

В последние несколько лет на каждой зарубежной урологической конференции обсуждается тема «Рак простаты с суммой баллов по шкале Глисона 6 и менее — не рак». Лично на меня наибольшее впечатление произвело выступление профессора Laurence Klotz на конференции SIU 2014 (Societe internationale D'Urologie) в Глазго. На конференции SIU 2014 (Societe international D'Urologie) в Глазго в своем докладе профессор Laurence Klotz показал, что согласно данным американского канцер-регистра, у пациентов с суммой баллов по шкале Глисона не превышающей 6 частота выявления метастатического поражения лимфоузлов составила менее 1% и ни одной смерти не было зарегистрировано от рака простаты.

Возможен ли подобный подход в нашей стране?

Достоверность представленных данных не вызывает сомнений. Согласно результатам ретроспективного исследования РООУ, объединившего данные более 3 тыс. пациентов, при анализе когорты больных после операции с суммой баллов по Глисону не превышающей О ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ В ЛИМФОУЗЛЫ при локализованном РПЖ составила 0,7%. Что касается опухолево-специфической смертности — от РПЖ умер только 1 пациент через 83 мес после операции.

С одной стороны, результаты лечения больных В Наших клиниках сопоставимы с таковыми в США, С другой же стороны, речь идет

о послеоперационном стадировании. У 16% больных после операции показатель Глисона составил 7 и более баллов (8–10 баллов — у 2% пациентов). У 18,5% пациентов с клинически локализованным раком, по данным предоперационного обследования, после хирургического лечения зарегистрирован местно-распространенный процесс. Частота выявления метастазов в регионарных лимфоузлах составила 2,4%. От РПЖ погибли 10 пациентов (показатель 10-летней опухолево-специфической выживаемости составил 97%).

К сожалению, частота ошибок предоперационного стадирования в нашей стране высока. У каждого шестого больного происходит повышение показателя суммы Глисона после операции.

Практически у каждого пятого больного выявляется местно-распространенная стадия заболевания, что приводит к увеличению частоты выявления метастазов в лимфатических узлах в 3,5 раза и снижению до 97% 10-летней опухолево-специфической смертности.

В анализируемую когорту вошли пациенты, подвергавшиеся простатэктомии с 199/ 1998 гг. В течение последних нескольких лет стали доступны, в том числе и в нашей стране, новейшие лиагностические опции. Остается надеяться, что с их помощью удастся повысить результаты лечения пациентов с клиническилокализованным РПЖ. УС

Подготовил Виталий Черняев

#### Урология сегодня **№** 1 (35) 2015

учредитель

ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»

### РЕДАКЦИОННАЯ ГРУППА

авный редактор: к.м.н. Б.Ш. Камолов Шеф-редактор: проф., д.м.н. Г.Г. Кривобородов Руководитель контент-группы: О.В. Палимпсестова Ведущий журналист: А.А. Солодов: Ответственный секретарь: Е.Л. Сухачёва

Руководитель проекта: Митрофанова Елена mitrofanova@abvpress.ru

### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Д.м.н., проф. А.З. Винаров К.м.н. А.В. Говоров К.м.н. Р.И. Гуспанов К.м.н. Е.А. Султанова К.м.н. В.А. Черняев А.А. Киричек А.С. Маркова

Дизайнер-верстальщик: Е.В. Степанова

OOO «Тверская фабрика печати» Заказ № 2417. Тираж 10 000 экз.

### АЛРЕС РЕДАКЦИИ

115478, Москва, Каширское шоссе, д. 24, стр. 15 Тел.: +7 (499) 929-96-19 E-mail: abv@abvpress.ru

### 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

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Ответственность за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.