

Международное общество урологов SIU

стр. 5

7-й Европейский Конгресс андрологов в Берлине

стр. 6

Есть ли у нас будущее?

стр. 8-9

Рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей

стр. 13

От редактора



Баходур Камолов

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

kamolov@roou.ru

Уважаемые коллеги!

В 2013 г. Минздрав снова вводит всеобщую диспансеризацию – формат обследования, выходящий за пределы групп риска. Теперь мужчины в возрасте от 51 года до 99 лет должны проходить ПСА-тестирование.

Это положение не учитывает научные данные, международные рекомендации и опыт проведения скрининга в других странах. Так, Европейская ассоциация урологов (EAU) предлагает впервые определять уровень ПСА в 40 лет, на основании чего и рекомендуется интервал между обследованиями. Для мужчин с начальным уровнем ПСА менее 1 нг/мл рекомендуется 8-летний интервал. Мужчинам старше 75 лет с исходным уровнем ПСА менее 3 нг/мл нет необходимости проходить дальнейшее тестирование, поскольку риск смерти от РПЖ в этой группе пациентов очень низкий, признает мировое сообщество.

Более того, рак простаты *in situ* встречается почти у 100 % мужчин старше 90 лет.

Для проведения скрининга требуется в 2 раза больше врачей-урологов, признает зам. министра Татьяна Яковлева, предлагая «перенести их обязанности на хирургов».

В результате тотального скрининга число пациентов с локализованными формами РПЖ увеличится. Есть опасения, что в условиях дефицита специалистов возрастет риск некорректной интерпретации скрининга, неадекватного или ненужного лечения.

Что делать с новыми пациентами? Учитывая возраст, балл по шкале Глисона, нарушения мочеиспускания и другие данные – куда направлять мужчину с повышенным уровнем ПСА? Под динамическое наблюдение или на хирургическое лечение; на брахитерапию, лучевую или гормональную терапию? Принимать решение должен врач-уролог, и этот вопрос мы поднимем в следующих номерах УС.

Сегодня мы говорим о брахитерапии. В 1981 г. Х. Холм и Дж. Гаммелгард имплантировали в простату микроисточники йода-125 под контролем ТРУЗИ. Данная методика позволила визуализировать радиоактивные источники и контролировать манипуляции, став базой для новой технологии брахитерапии. Сейчас брахитерапия РПЖ включена в рекомендации EAU.

Преимущества и эффективность методики у правильно отобранных пациентов очевидны: по сравнению с хирургическим лечением и ДЛТ, метод менее травматичен, более эффективен (доза облучения к органу достигает 160 Гр; при наружной ДЛТ максимальная доза на простату составляет 74 Гр) и имеет высокую степень сохранности потенции.

В России брахитерапия появилась в 2000 г., а широкое ее применение началось в 2007 г. Уже в 19 медицинских центрах РФ пролечено свыше 5000 пациентов и метод включен в перечень ВМП; с 2012 г. налажено производство отечественных микроисточников по немецкой технологии.

Однако центры брахитерапии имеются только в 6 регионах России, что негативно сказывается на доступности помощи. Основные проблемы связаны с финансированием и отсутствием у медицинских центров соответствующих лицензий и обученного персонала. В решении этих вопросов надежными партнерами могут стать производители, заинтересованные не только в обучении специалистов, но и в решении некоторых административных вопросов, связанных с открытием центров брахитерапии.

Тема номера

Брахитерапия

Новый лидер в радикальном лечении рака предстательной железы

Лечение рака предстательной железы (РПЖ) методом брахитерапии или контактной лучевой терапии вышло на лидирующие позиции в мире. При брахитерапии источник излучения находится внутри ткани органа, и преимущества такого лечения очевидны. Во-первых, малая инвазивность: вместо обширного хирургического вмешательства – лишь несколько проколов тонкой иглой, и микроисточники доставляются прямо к опухоли. Пациент переносит процедуру намного легче, чем операцию или обычную лучевую терапию. Во-вторых, на опухоль воздействует доза, которую невозможно достичь при дистанционном облучении.

Стимул для широкого внедрения брахитерапии в клиническую практику –

уменьшение травматичности лечения и повышение качества жизни пациентов. Это тренд современной медицины, эффективность которого признают даже консервативно настроенные хирурги. Брахитерапию используют в лечении злокачественных опухолей предстательной железы, шейки матки, влагалища, прямой кишки, пищевода и пр. По данным European Markets for Urological Devices, в 2012 г. в Европе проведено более 12 тыс. операций по лечению РПЖ этим методом.

Как развивается брахитерапия в нашей стране, газете «Урология сегодня» рассказали лидеры по применению брахитерапии в урологии.

В РФ лечение осуществляется под контролем КТ только в 3 клиниках: ФГУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова» ФМБА России (Санкт-Петербург), ФГУЗ «Клиническая больница № 8» ФМБА России (Обнинск, Калужская обл.), ФГБУ МРНЦ Минздрава России. В остальных больницах лечение осуществляется под контролем УЗИ (прим. редакции).

Брахитерапия в России: это только начало



Павел Владимирович Свиридов

К.м.н., хирург-онколог, рук. Центра брахитерапии РПЖ ФГУЗ КБ № 8 ФМБА России (Обнинск), председатель правления Объединения брахитерапевтов России p_sviridov73@mail.ru

На вопросы корреспондента «Урологии сегодня» ответил к.м.н. Павел Владимирович Свиридов, руководитель Центра брахитерапии рака предстательной железы ФГУЗ «Клиническая больница № 8» ФМБА России, Обнинск.

– Растет ли частота применения брахитерапии в лечении РПЖ в мире и в нашей стране?

Продолжение на стр. 2 ▶

Коротко

Успех есть результат множества маленьких шагов

И первый шаг уже пройден – в Москве прошло обучение врачей в рамках «Экспертной школы по хирургическому и лекарственному лечению рака предстательной железы»

За 2 насыщенных дня, 11–12 февраля, хирурги смогли не только понаблюдать за трансляцией 3 эндоскопических операций, проведенных доктором Пьерлуиджи Бове (Научно-исследовательская кафедра урологии, Римский университет, Италия) и проф. Всеволодом Борисовичем Матвеевым (д.м.н., президент Российского общества онкоурологов (РООУ), заведующий отделением урологии НИИ клинической онкологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, Москва),

но и сразу же попробовать повторить этапы операций на тренажерах компании KARL STORZ. Было место и теоретической части в виде лекций по гормональной терапии, разборов клинических случаев и обсуждения результатов клинических исследований.

Подобные практические школы в Европе входят в образовательные сертификационные курсы и являются платными для врачей. В России «Школа для урологов» организована бесплатно при участии РООУ совместно

с НИИ клинической онкологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН и компаниями KARL STORZ, ИПСЕН, КОВИДИЕН, СЕЙДЖ.

В первую встречу обучили 25 специалистов из Москвы и Московской области, хотя количество зарегистрировавшихся было значительно больше. Тренинг-центр компании KARL STORZ на Дербеневской набережной не смог вместить всех желающих, так как 2 существующих зала оборудованы в общей

сложности восемью рабочими столами. В будущем РООУ планирует организовать и дистанционное участие врачей из регионов России.

Проведение второй школы из цикла планируется на май 2013 г. Регистрация будет проходить на сайте РООУ (<http://www.roou.ru>), а также на сайте учебного центра (<http://www.endotraining.ru>). За дополнительной информацией следите на страницах нашей газеты.

Брахитерапия: новый лидер

◀ Продолжение, начало на стр. 1

– По различным данным, количество имплантаций микроисточников в предстательную железу в Европе растет на 2–3 % ежегодно. В России на 2013 г. количество квот на брахитерапию на 100 больше, чем в прошлом году (737 – УС). Плановые объемы распределены по 11 федеральным медицинским учреждениям.

– Каковы преимущества брахитерапии по сравнению с обычной лучевой терапией? Насколько лучше она переносится пациентом?

– Внутритканевая лучевая терапия позволяет подвести источник излучения непосредственно в пораженный орган, а это, безусловно, большая точность, меньшая выраженность токсических эффектов лучевой терапии. Длительность пребывания пациента в стационаре составляет одни сутки.

– А что можно сказать про эффективность брахитерапии по сравнению с другими методами?

– Лучше говорить об эффективности брахитерапии как таковой, а это, в свою очередь, зависит от прогноза течения болезни каждого пациента. Наш более чем 10-летний опыт работы (более 800 пролеченных пациентов) позволяет нам рекомендовать брахитерапию под контролем компьютерной томографии (КТ) как альтернативу радикальному хирургическому вмешательству.

– По словам специалистов, Вам удается лечить не только локализованный рак, но и опухоль, вышедшую за капсулу простаты? Это так?

– Да, 3D-стереотаксическая (параректальная) брахитерапия позволяет провести эффективное лечение пациентам даже с Т3 стадией. Главное в этой ситуации – быть в достаточной степени уверенным в отсутствии поражения лимфатических узлов и отдаленных метастазов. Сегодня в арсенале онкологов появилась возможность точной диагностики на основе позитронно-эмиссионной томографии в сочетании с КТ (ПЭТ-КТ-исследование).

– Вы проводите брахитерапию под контролем КТ. Какие преимущества

это дает по сравнению с ультразвуковым (УЗИ) контролем?

– КТ-контроль обеспечивает большую точность, лучший контроль отека железы во время процедуры, нет проблем с объемами желез и многое другое, что и объясняет отличие в результатах лечения.

– Бывают ли сложности с введением капсулы в периректальной зоне?

– Вопросы сложности установки микроисточников в различные отделы железы, так же как и в семенные пузырьки, решаются применением параректального доступа под контролем КТ. Дело в том, что при программе планирования простаты разбивается на сектора, в каждый из которых вводится определенное количество капсул через строго отмеренное расстояние. Это и позволяет охватить простату полностью.

– Каковы противопоказания для брахитерапии при РПЖ?

– Наличие метастатического процесса и выраженные нарушения мочеиспускания. Считается, что проблемы с мочеиспусканием нужно решать до, а не после брахитерапии. В то же время трансуретральная резекция (ТУР) для брахитерапии под контролем КТ не является противопоказанием, это повышает сложность имплантации, но не более того.

– Чем ТУР осложняет проведение брахитерапии?

– Дефект после резекции создает технические сложности при имплантации под контролем УЗИ. Но, используя параректальную брахитерапию, можно достичь желаемых результатов.

– Самое частое осложнение при брахитерапии – острая задержка мочеиспускания, которая значительно ухудшает качество жизни пациента.

– Здесь нужно понимать 2 момента. Во-первых, это обратимая ситуация, которая напрямую связана со степенью отека предстательной железы. Во-вторых, итогом многочисленных работ на эту тему стала разработка номограмм для оценки развития острой задержки мочеиспускания после имплантации.

О методе

Сначала радиоактивные микроисточники вводились в предстательную железу через уретру. Затем медики научились вводить микроисточники в ткань с помощью специальных полых игл. С 1980-х годов XX века введение стало проводиться в сочетании с трансректальным ультразвуковым сканированием, что обеспечило точность.

Сегодня брахитерапевты применяют и более совершенные методы визуализации – рентгеноскопию, КТ. В последнем случае КТ-сканирование для планирования выполняют за несколько дней до операции, во время проведения операции и через 4–6 недель после операции для постимплантационной дозиметрии. Специальное программное обеспечение позволяет точно спланировать дозу облучения в месте злокачественной опухоли и в окружающих тканях, чтобы опухоль получила максимальную дозу, а окружающие ткани не повреждались. Благодаря этому оказалось возможным увеличить дозу, подаваемую на опухоль до 140–160 Гр (для стандартной лучевой терапии максимальная доза – 83 Гр).

Каждый микроисточник облучает вокруг себя небольшое пространство, в результате чего злокачественные клетки постепенно погибают. Пациент выписывается из клиники через 1–3 дня после операции. Он может вести нормальный образ жизни с соблюдением некоторых рекомендаций для избегания выхода микроисточников и безопасности находящихся рядом чувствительных лиц (детей, беременных женщин). Миграция микроисточников очень маловероятна. Несущие нити в ткани предстательной железы со временем рассасываются.

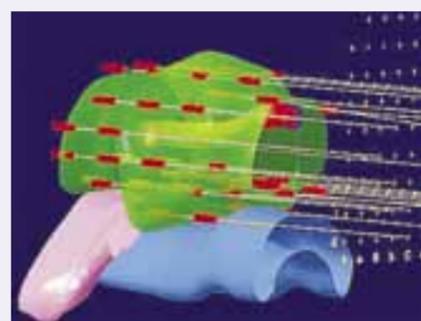


Схема расположения микроисточников в ткани предстательной железы



Медицинские учреждения в России, в которых выполняется брахитерапия

- ФГБУ МРНЦ Минздрава России, Обнинск (Калужская обл.)
- ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России, Москва
- ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, Москва
- ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» Минздрава России, Москва
- ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Минздрава России, Москва
- ФГУ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» ФМБА России, Москва
- ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий» ФМБА России, Москва
- ФГУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, Москва
- Клиника урологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России (на базе ГКБ № 50), Москва
- Городская клиническая больница № 57, Москва
- ФГУЗ «Клиническая больница № 119» ФМБА России, Московская обл.
- ФГУЗ «Клиническая больница № 8» ФМБА России, Обнинск (Калужская обл.)
- ФГУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова» ФМБА России, Санкт-Петербург
- ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1», Екатеринбург
- ГУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», Самара
- Клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Казань
- Клиника Башкирского государственного медицинского университета, Уфа
- ГЛПУ «Челябинский окружной клинический онкологический диспансер»
- ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону
- ГБУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер», Уфа

Другие осложнения (в виде развития лучевых ректитов и циститов) встречаются крайне редко и зависят в основном от качества планирования и проведения самой имплантации.

– Проводится ли неoadъювантная гормональная терапия при брахитерапии?

– Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов назначение адъювантной и неoadъювантной гормональной терапии в сочетании с брахитерапией не показано.

– Есть ли возрастные ограничения при проведении брахитерапии?

– Брахитерапию можно проводить в любом возрасте. Самое главное, чтобы пациент подходил по объему простаты, уровню простатического специфического антигена (ПСА), по Глиссону, по степени нарушения мочеиспускания.

– Как должен вести себя пациент после имплантации?

– Мы каждому пациенту даем на руки инструкцию по некоторым ограничениям в первые 6 недель после имплантации: не поднимать тяжестей, не ездить на велосипеде

и проч. Но я Вам так скажу – особенных ограничений после имплантации нет.

– Какова частота прогрессирования при Т3 стадии в Вашей практике?

– Этот показатель зависит от различных сочетаний факторов прогноза течения болезни. Но можно сказать, что в среднем он составляет около 20–25 %. Здесь необходимо отметить важность полноты обследования пациента на предмет наличия метастатического процесса. Сегодня в руках специалистов имеется такой уникальный инструмент диагностики, как ПЭТ-КТ-исследование с холином.

– Можно ли применять брахитерапию при рецидивах после хирургического лечения?

– Да, и у нас есть опыт лечения таких пациентов. Также возможно применение брахитерапии для лечения рецидива рака после дистанционной лучевой терапии.

– И каковы результаты?

– На опыте работы одной клиники нельзя делать никаких выводов. Могу сказать,

Продолжение на стр. 3 ▶

Брахитерапия: новый лидер

◀ Продолжение, начало на стр. 1.

что по опубликованным результатам эффективность брахитерапии в этом случае составляет до 50 %.

– Какова безрецидивная выживаемость пациентов после брахитерапии?

– Она зависит от прогноза течения болезни, т. е. от совокупности факторов прогноза. В случае хорошего прогноза или низкого риска прогрессирования болезни вероятность отсутствия признаков болезни в течение 10 лет составляет 96–98 %, тогда как в группе пациентов высокого риска прогрессирования – не более 80 %.

– Используете ли Вы зарубежные или отечественные источники?

– Мы используем закрытые радиоактивные источники зарубежного производства на основе изотопа йода-125. Однако сейчас в России создано производство микроисточников по лицензии компании Ivb Bebig в Дубне.

– Где еще проводят КТ-брахитерапию?

– Кроме нас, этот метод используют в Клинической больнице № 122 им. Л.Г. Соколова

ФМБА России в Санкт-Петербурге, ФГБУ МРНЦ. В остальных местах лечение проводится под контролем УЗИ.

– Какова стоимость лечения? Распространяются ли на него квоты?

– Еще несколько лет назад эта процедура стоила более 500 тыс. рублей, сейчас проведение брахитерапии осуществляется в рамках выполнения государственного заказа на высокотехнологические методы лечения, т. е. по квотам.

– Сколько коммерческих операций делается в Центре?

– В своем Центре брахитерапии я не практикую проведение коммерческих операций, но спрос на такую услугу существует как у российских граждан, так и у жителей ближнего, и даже дальнего зарубежья.

– Где специалисты могут ознакомиться с подробностями вашей работы?

– В течение будущих 2–3 месяцев мы выполним имплантацию уже 1000 пациентам, а аналитический отчет о нашей работе доложим на конференциях и опубликуем.

Главное – придерживаться показаний к применению



Александр Владимирович Зырянов

Д.м.н., проф., врач-уролог высшей категории, зав. урологическим отделением Областной клинической больницы, Екатеринбург
zav1965@mail.ru

Свое мнение о месте брахитерапии в России представил газете «Урология сегодня» Александр Владимирович Зырянов, заведующий урологическим отделением Областной клинической больницы в Екатеринбурге.

О распространенности

Брахитерапия, согласно известным международным клиническим рекомендациям, относится к радикальным методам лечения рака простаты. Например, в США за 2011 г. доля брахитерапии простаты, дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) и радикальной простатэктомии (РПЭ) на рынке медицинских услуг составила соответственно 36, 38 и 26 %.

О показаниях

Показания к применению ограничены, прежде всего, стадией заболевания, а именно локализованным РПЖ. В зависимости

от группы прогноза в отношении риска рецидива заболевания при локализованном раке простаты (благоприятный, умеренный и неблагоприятный) брахитерапия может быть выполнена в качестве монотерапии или комбинированной терапии с ДЛТ или гормонотерапией. В первом случае (в группе благоприятного прогноза: стадия T1a,b,c, T2a; ПСА менее 10 нг/мл, Глисон менее или равен 6) суммарная очаговая доза (СОД) при брахитерапии составляет 145 Гр. В группах умеренного (один из факторов – ПСА 10–20 нг/мл, Глисон 7 баллов) и неблагоприятного прогноза (стадия T2b, T2c; ПСА более 20 нг/мл, Глисон 7 и более) СОД при брахитерапии составляет 110 Гр, а 45–46 Гр подводятся с помощью ДЛТ. В ряде случаев такая же комбинация в виде ДЛТ и буста брахитерапии применяется в некоторых случаях местно-распространенного РПЖ (стадия T3a, T3b).

О противопоказаниях

К относительным противопоказаниям для проведения брахитерапии простаты относятся:

- выраженная обструктивная и ирритативная симптоматика;
- большой дефект после ТУР простаты;
- наличие выраженной средней доли доброкачественной гиперплазии предстательной железы;
- объем предстательной железы более 60 см³;

- предшествующая тазовая радиотерапия;
- заболевания мочевого пузыря;
- патологические изменения тазовых лимфатических узлов.

К абсолютным противопоказаниям для проведения брахитерапии можно отнести наличие отдаленных метастазов и прогнозируемую продолжительность жизни пациента менее 5 лет.

О дозах

Показания для проведения низко- и высокодозной брахитерапии аналогичны. Вариант низкодозной (перманентной) брахитерапии связан с имплантацией в простату короткоживущих изотопов. Он менее травматичен, так как операция проводится однократно и может быть выполнена в обычной операционной. Для выполнения высокодозной брахитерапии требуются специальные условия. Терапия проводится в несколько сеансов. Однако в качестве буста к ДЛТ при комбинированной терапии местно-распространенного и локализованного рака простаты в группе неблагоприятного прогноза высокодозная брахитерапия дает хорошие результаты.

О контроле

В нашей клинике мы владеем техникой имплантации как под контролем КТ, так и УЗИ. Однако предпочитаем последний способ в силу ряда причин, в том числе и экономических. Использование УЗИ также позволяет избежать дополнительной лучевой нагрузки на пациента. Несомненное преимущество брахитерапии под КТ-контролем – возможность выполнения операции при простатах больших размеров и в случаях, когда у пациента отсутствует анус после перенесенных ранее операций на прямой кишке.

О последствиях

Операция малоинвазивна, поэтому она может быть выполнена успешно пациентам с серьезными сопутствующими заболеваниями. Как правило, после вмешательства пациент может выписаться из стационара в течение суток. Одно из весомых преимуществ данного метода лечения – сохранение качества жизни пациента. По нашим данным,



Имплантация в семенные пузырьки

у 92,2 % больных в послеоперационном периоде сохраняется потенция.

Как себя вести после операции

После проведения брахитерапии каждому пациенту рекомендуется в течение месяца пользоваться отдельной кроватью, не держать на коленях маленьких детей.

Об осложнениях

Среди самых распространенных осложнений брахитерапии можно отметить явления поверхностного некроза слизистой уретры в ближайшем послеоперационном периоде (около 10 % случаев). Это осложнение, как правило, проходящее и легко купируется с помощью применения альфа-блокаторов и нестероидных противовоспалительных препаратов. У 2 % пациентов, по нашим данным, имеются явления острой и хронической задержки мочи. Такие грозные осложнения, как уретроректальные лучевые свищи, встречаются крайне редко и связаны, как правило, с комбинированными методами лечения (ДЛТ, ТУР простаты) и составляют от 0,01 до 0,3 %.

В заключение мне хотелось бы отметить, что мы сегодня имеем уникальную возможность использовать различные методы лечения РПЖ и сравнивать результаты лечения больных, перенесших как брахитерапию, так и РПЭ, в том числе и робот-ассистированную. В наших условиях брахитерапия выполняется у 30 % больных. РПЭ и ДЛТ составляют 60 % и 10 % соответственно. Хочу подчеркнуть, что брахитерапия высокоэффективна для лечения пациентов, страдающих РПЖ, лишь в тех случаях, когда операция выполняется по показаниям.

От немецких микроисточников к отечественным



Кирилл Владимирович Майоров

К.э.н., генеральный директор ООО «БЕБИГ»
k.mayorov@bebig.ru

Прошло всего 3 года с тех пор, как проф. Олег Борисович Карякин рассказывал газете «Урология сегодня» об опытной партии отечественных микроисточников (см. № 3 за 2010 г.), и они вошли в клиническую практику. Производит их ООО «БЕБИГ» по лицензии крупнейшего производителя микроисточников в Европе, немецкой компании Ivb Bebig. У компании большой опыт работы с микроисточниками для брахитерапии, так как именно она поставляет микроисточники IsoCord на основе изотопа ¹²⁵I в российские медицинские центры.

Об особенностях отечественных микроисточников газете «Урология сегодня»

рассказал генеральный директор компании Кирилл Владимирович Майоров.

– Отличаются ли отечественные микроисточники от зарубежных?

– Отечественные микроисточники на основе изотопа ¹²⁵I производятся в рамках совместного проекта РОСНАНО, ООО «БЕБИГ» и немецкой компании Ivb Bebig, источники которой поставлялись на российский рынок до сегодняшнего момента. Микроисточники IsoCord производятся по немецкой технологии на немецком оборудовании. Производство находится в Дубне, где для этой цели построены необходимые помещения в соответствии с требованиями GMP. Отечественные микроисточники не отличаются от зарубежных ни по внешнему виду, ни по технологическим характеристикам, ни по качеству.

– Какой этап производства самый сложный?

История развития

- 1910 – Д. Пасто и П. Дегрэ ввели капсулы радия-226 в предстательную железу через уретру.
- 1930 – впервые в качестве имплантата применено радиоактивное золото.
- 1970 – разработана технология ретропубикальной открытой имплантации зерен ¹²⁵I.
- 1981 – брахитерапия стала выполняться под трансректальным ультразвуковым контролем.
- 1990 – впервые применена трехмерная стереотаксическая приставка к компьютерному томографу для выполнения брахитерапии пациентам с РПЖ.
- 2000 – первая в России брахитерапия при РПЖ (НИИ урологии, Москва).
- 2004 – первая в России брахитерапия под контролем КТ (Центр брахитерапии в МРНЦ РАМН, Обнинск).

Брахитерапия: новый лидер

◀ Окончание, начало на стр. 1.

– Сложны все этапы. Необходимо поместить радиоактивный материал в капсулу, обеспечить герметичность, равномерность дозного распределения. Нужно придать точную геометрическую форму, чтобы не было дефектов сварки, заусениц и пр. Необходимо обеспечить размещение этих источников внутри нити в строго определенном положении друг от друга. Если где-то допустить ошибку, это повлечет за собой ошибку во всем.

– Какую дозу облучения дают микроисточники, и сколько их обычно вводят пациенту?

– Для брахитерапии необходимо от 60 до 100 микроисточников. В этом случае пациент получает стандартную дозу 140 Гр. Такая доза утверждена зарубежными медицинскими органами для брахитерапии. Она, с одной стороны, комфортно переносится пациентом и, с другой стороны, необходима, чтобы уничтожить клетки злокачественной опухоли.

– Сколько времени источники радиации работают в организме?

– Период полураспада у изотопа ^{125}I составляет порядка 60 дней, при этом пациент получает 99 % терапевтической дозы в течение года. Это щадящий режим для организма. Но не для опухоли! Также необходимо отметить, что микроисточники при имплантации располагаются на вольфрамовой нити, что позволяет исключить их миграцию в организме. Через 2–3 недели после имплантации источников, т. е. после того, как они зафиксировались в ткани предстательной железы, нить рассасывается.

– А ваши микроисточники прошли испытания?

– Да, мы единственные, у кого микроисточники зарегистрированы, прошли и технические, и клинические испытания. Наши микроисточники уже применяются в медицинской практике, операции с их помощью проведены осенью прошлого года в Казанском онкодиспансере.

– Вероятно, отечественные микроисточники должны быть дешевле зарубежных?

– Пока об этом преждевременно говорить, потому что мы только налаживаем производство. Безусловно, мы предполагаем, что стоимость источника будет снижаться с выходом на плановую мощность.

– А сколько микроисточников вы выпускаете, и сколько их нужно в России?

– Пока емкость российского рынка – около 3 тыс. комплектов микроисточников в год. Мы поставляем немецкие микроисточники во все 20 российских медицинских центров, которые выполняют брахитерапию. Производим мы пока немного, но расширяем производство. В этом году планируем поставки нашей продукции не только в Казанский онкодиспансер, но и в другие клиники. Постепенно мы собираемся замещать импортные источники отечественными, что сделает брахитерапию более доступным методом лечения для российских пациентов. **УС**

Беседовала **Надежда Маркина**, специальный корреспондент газеты «Урология сегодня»

Микроисточники

Хотя для проведения брахитерапии в мире используются радиоизотопы йода, палладия или цезия (^{125}I , ^{103}Pd , ^{131}Cs), в России зарегистрирована только технология с изотопом ^{125}I . Радиоактивный йод в виде йодида серебра в пористой керамической капсуле помещают во внешнюю капсулу из медицинского титана размером $4,5 \times 0,8$ мм, запаянную лазером. Там же находится тонкая золотая проволока – рентген-маркер, благодаря которому можно контролировать положение микроисточников в ходе операции и после нее. Капсулы, разделенные спейсерами, располагаются через равные расстояния внутри рассасывающейся нити. Нити, несущие микроисточники, вводят в ткань при помощи полых игл.

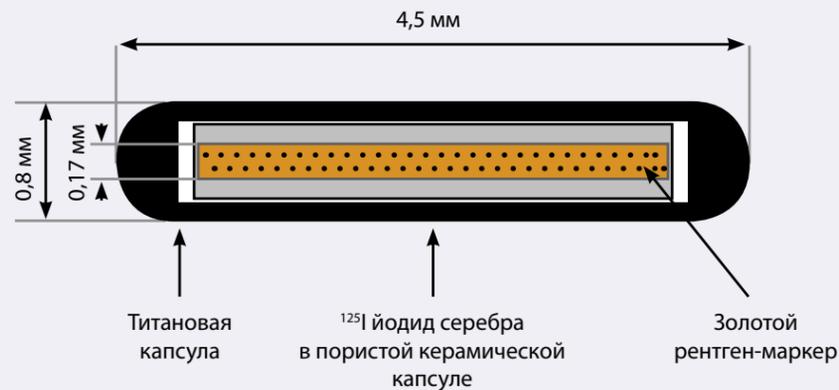


Схема микроисточника IsoCord

Характеристики изотопов для внутритканевой лучевой терапии

Изотоп	Период полураспада	Средняя энергия	Поглощенная доза при лечении (РПЖ)
^{125}I	60 дней	28,5 кэВ	145–160 Гр
^{103}Pd	17 дней	20,8 кэВ	110–115 Гр
^{131}Cs	9,7 дня	30,4 кэВ	90–100 Гр

Актуально

Будущее – за биполярной хирургией доброкачественной гиперплазии предстательной железы



Федор Анатольевич Севрюков

К.м.н., врач-уролог, зав. урологическим центром НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Горький» ОАО «РЖД», Нижний Новгород
fedor_sevryukov@mail.ru

В настоящее время трансуретральная резекция (ТУР) является «золотым стандартом» в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Все большую популярность приобретает биполярная хирургия ДГПЖ, включая в себя биполярную резекцию двойной петли (KARL STORZ, Tuttlingen, Germany), резекцию в физиологическом растворе (TUR-is, Olympus). Однако механизмы данных биполярных методов сходны и заключаются в замыкании электрической дуги на 2-й электрод (2-я петля или наружный тубус резектоскопа) и использовании

в качестве ирригационной жидкости токопроводящих солевых растворов (чаще всего физиологический раствор). Таким образом, электрический ток не проходит через тело человека, что дает возможность оперировать пациентов с кардиостимуляторами, исключить ожоги уретры, уменьшить число пациентов с недержанием мочи. Однако основной проблемой при ТУР простаты продолжает оставаться интраоперационное кровотечение. Доказано, что биполярная хирургия простаты в значительной мере снижает количество интраоперационной кровопотери по сравнению с монополярной ТУР, но даже при этих методах она может достигать от 100 до 300 мл. Стремление сократить кровопотерю до минимума приводит к совершенствованию существующих и разработке новых методов резекции простаты. Биполярная вапорезекция простаты является новым перспективным методом в лечении ДГПЖ. В основе действия биполярной вапорезекции лежит стандартный для всех биполярных методик механизм, описанный выше. Кардинальное отличие заключается в петле, которая значительно

шире (1,5 мм) обычного электрода для резекции (0,5 мм). За счет этого появляется возможность не только резекции, но и одновременного выпаривания ткани простаты. Вапоризирующий эффект исключает капиллярное кровотечение, оставляя не коагулированными крупные сосуды и венозные синусы, если они вскрыты, что улучшает видимость во время операции. Еще одним плюсом данной петли является возможность быстро и комфортно коагулировать крупные сосуды.

В урологическом отделении Дорожной клинической больницы на ст. Горький в период с января по декабрь 2012 г. было проведено 15 биполярных вапорезекций простаты. Для выполнения использовался биполярный резектоскоп и электрохирургический блок UES-40 компании Olympus. Резанье производилось в режиме PURE, при котором устанавливались параметры 310W, в режиме коагуляции устанавливались параметры 120W. Возраст больных варьировал от 59 до 73 лет (в среднем – 61 год). У всех больных была выявлена инфравезикальная

обструкция, Q_{\max} составил от 5 до 11 мл/с (в среднем – 6 мл/с). Объем оперированной простаты составил от 40 до 87 см³ (в среднем – 50 см³). Время операции составило в среднем 50 мин (от 30 до 80 мин). Объем удаленной ткани простаты был в среднем 30 г (от 10 до 45 г). Объем использованного раствора в среднем составил 15 л (от 10 до 30 л). Время дренирования уретральным катетером в среднем 2 сут (от 1 до 3 сут). За период использования метода было одно осложнение в виде кровотечения в раннем послеоперационном периоде, купированное консервативными методами. Объем интраоперационной кровопотери в среднем составил около 80 мл.

Биполярная вапорезекция в физиологическом растворе является новым перспективным методом лечения ДГПЖ. Главным его преимуществом мы считаем уменьшение интраоперационного кровотечения, что значительно снижает послеоперационные осложнения, уменьшает пребывание больного в стационаре, что выгодно с экономической точки зрения. **УС**

Международное общество урологов (SIU) открыто к сотрудничеству с Российским обществом урологов!



Игорь Аркадьевич Шадёркин

Заведующий отделом развития региональной урологии ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России

info@uroweb.ru

С 30 сентября по 4 октября 2012 г. в городе Фукуока (Япония) прошел 32-й Конгресс Международного общества урологов (Société Internationale d'Urologie). В работе Конгресса приняли участие около 3300 урологов из 93 стран мира.

Российские урологи – сотрудники ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России – приняли участие в Конгрессе в отношении новом качестве – видеожурналистов. Огромное впечатление произвели встречи и беседы с лидерами зарубежной урологии. Мы представляем вашему вниманию интервью с одним из самых известных урологов, президентом Международного урологического общества (2009–2011), главным редактором журналов «Нейроурология и уродинамика», «Урология» (Германия), «Актуальная урология и онкология» Йоахимом Тюроффом.

– Прежде всего, мы хотели бы поблагодарить Вас за то, что Вы согласились дать нам интервью. Так как в прошлом Вы были президентом Международного общества урологов (Société Internationale d'Urologie, SIU), мы хотели бы задать несколько вопросов о деятельности этой организации. Какова роль SIU в урологическом мире?

– Прежде всего SIU несет гуманитарную миссию и выполняет образовательную роль. Наше Общество движется по пути распространения знаний о диагностике и лечении урологических заболеваний среди врачей по всему миру и в особенности способствует развитию тех регионов, где данная специальность до сих пор недостаточно развита, к примеру, Африки.

– Взаимодействуете ли Вы с урологическими обществами, и если да, то каков механизм этого взаимодействия?

– SIU – это глобальное общество, представляющее более 123 стран по всему миру. Мы очень тесно сотрудничаем с Европейской ассоциацией урологов (EAU), с Американской урологической ассоциацией (AUA) и другими национальными и региональными ассоциациями и обществами. При помощи этого сотрудничества реализуются конкретные проекты, например, гуманитарный проект «Глобальная благотворительная инициатива», созданный благодаря взаимодействию AUA, EAU и SIU по организации 3 учебных центров в Африке: в Эфиопии и Сенегале.

– Принимает ли SIU участие в создании обязательных клинических рекомендаций для урологов?

– Мы не выпускаем никаких национальных и наднациональных рекомендаций. Однако SIU тесно сотрудничает с Международным урологическим консилиумом (International Consultation on Urological Diseases, ICUD – прим. переводчика), где я являюсь членом руководящего комитета. Мы проводим согласительные конференции 1–2 раза в год,

продуктом которых является определенный документ. На этой встрече, например, мы представляем 3 законченные книги, которые начали составляться в 2010 г. в Марракеше и в 2011 г. в Берлине. Это не клинические рекомендации, а «Глобальный консенсус» по трем направлениям в урологии – пузырно-влагалищным свищам, стриктурам уретры и раку предстательной железы. В этих книгах есть доказательные данные, собранные специалистами по всему миру, классифицированные по темам и собранные в отдельных главах. Это не клинические рекомендации, потому что рекомендации должны быть национальными, где обязательно учитываются особенности и перспективы системы здравоохранения конкретной страны. Например, если в рекомендациях говорится, что робот-ассистированная простатэктомия является рекомендуемым методом в лечении рака предстательной железы, то это будет актуально для США, но не для африканских стран, потому что на всю Африку имеется всего 1 роботизированная установка. То есть в рекомендациях вы предлагаете применять те или иные методы лечения, учитывая возможности и ограничения конкретной системы здравоохранения и уровня подготовки врачей, работающих в этой системе.

– Проводите ли вы сертификацию урологов в различных странах?

– Нет, SIU не осуществляет процедуру сертификации, потому что она должна определяться национальными требованиями.

– Сотрудничаете ли вы каким-либо образом с российскими урологами?

– По большей части мы сотрудничаем в частном порядке. В членах SIU есть несколько российских врачей-урологов. Я был в России несколько раз, но по личным приглашениям. Никакого формализованного сотрудничества между SIU и Российским обществом урологов (РОУ) нет.

– Как Вы полагаете, такое сотрудничество необходимо? SIU заинтересовано в официальном сотрудничестве с РОУ?

– Я думаю, что SIU было бы очень заинтересовано в подобном сотрудничестве с российскими урологами. Но эта процедура может быть инициирована только со стороны РОУ, потому что мы не можем прийти и сказать: «Мы хотим сотрудничать с Российским, Индийским или Китайским обществом урологов». Обычно все происходит наоборот – национальное общество приглашает нас и предлагает сотрудничество. SIU открыто для этого.

– В России есть одна специфическая проблема: очень мало врачей знают английский язык. Существует ли такая проблема в других странах?

– SIU было основано в 1907 г., и изначально наши мероприятия переводились на 6 языков. После Второй мировой войны эта цифра уменьшилась до четырех: английский, французский, португальский и испанский. На эти языки осуществлялся синхронный перевод докладов, это было очень дорого и сложно. Около 15 лет назад мы стали проводить конгрессы только на английском языке. В 2009 г. мы провели один из конгрессов в Китае, а в этой стране не так много людей, говорящих на английском языке. Поэтому основные сессии проводились на английском языке, а параллельные сессии и симпозиумы – на китайском. Если конгресс SIU будет проводиться в России, то можно провести лекции мировых специалистов

на английском, а некоторые сессии на русском языке. Организовать это будет несложно. Я полагаю, что если бы мне задали вопрос, хотелось бы SIU провести один из следующих конгрессов в России, я бы ответил: «Да, если российские урологи также захотят этого».

– Что Вы думаете о взаимодействии урологов мира через Интернет, о телеконференциях и онлайн-образовании?

– Это то, чем мы постоянно занимаемся. Наша организация распространена по всему миру, и мы не можем каждый день путешествовать по планете для организации ежедневных дискуссий. Поэтому мы часто проводим теле- и видеоконференции. Для образовательных целей у нас есть много технологий, основанных на использовании возможностей Интернета: в том числе книги, результаты



консенсусных конференций, вебкасты выступлений. В этом году было 4 или 5 больших интернет-трансляций операций в режиме реального времени, и заинтересованные урологи могли поучаствовать в этом через сайт SIU. Дополнительно, зарегистрировавшись на этом мероприятии, каждый специалист сможет потом посмотреть запись операций на сайте. На наш взгляд, дистанционное обучение (e-learning) очень важно, оно помогает избежать ненужных транспортных расходов в будущем. Мы делаем его доступным.

– Российским урологам интересно, как устроена урологическая помощь в Германии? Сколько в Германии врачей-урологов, как они проходят сертификацию, должны ли они проходить повторную сертификацию?

– Всего в Германии работает около 7000 урологов. Сначала будущий врач проходит 5-летнюю резидентуру, затем сдает экзамен, который позволяет ему работать в качестве уролога. Ресертификация необходима, но не для всех урологов, а только по отдельным субспециальностям, например, по медицинской онкологии и андрологии вы должны проходить ресертификацию каждые 5 лет.

– Является ли необходимой в Германии сдача экзамена Европейского совета по урологии (European Board of Urology, EBU)?

– Нет. Экзамен EBU – это полностью добровольное мероприятие. Многие проходят его для того, чтобы проверить уровень своих знаний и получить сертификат EBU. Я сам сдавал этот экзамен в 1984 г., но сертификат не является официальным документом и не признается германскими властями.

– Как в Германии пациент попадает к урологу? Нужно ли обращаться

предварительно к врачу общей практики, или пациент идет сразу к урологу?

– Пациенту нет необходимости идти к врачу общей практики или терапевту, потому что у нас есть урологи, работающие в системе частной практики. Если у пациента есть симптомы, и он точно знает, к какому врачу надо обращаться, он может прийти напрямую к урологу. Однако таких пациентов всего около 30–40 %. Шестьдесят процентов пациентов не знают, к какому врачу им идти, поэтому обращаются к врачу общей практики, который проводит осмотр, сбор анамнеза, обследования, и затем уже направляет пациента к урологу.

– Как организована научная работа, в частности резидентов? Должен ли резидент обязательно заниматься научной работой, или это является добровольным?

– Это зависит от места, в котором проходит резидентура. Если это университетская клиника или медицинский институт, то в таком случае они обычно обязаны проводить какие-то исследования, в том числе и совместные исследовательские проекты с другими странами. В нашем случае многие наши резиденты на 1–2 года переводятся в другие институты для проведения научных исследований, которые невозможно провести на наших базах. Но с другой стороны, если резидент проходит резидентуру в общественной больнице, у него может не быть вообще никакой научной работы.

– Как финансируются исследования в урологии? Зависит ли зарплата сотрудника от того, занимается ли он клинической или научной работой?

– Пока резидент находится на обучении в академической клинике, он получает фиксированную зарплату независимо от того, занимается ли он научной или клинической деятельностью. Если резидент хочет поработать с каким-то крупным проектом, в который будут вовлечены несколько отделений или учреждений, он должен написать заявку на грант. Существуют несколько фондов и правительственных исследовательских агентств, которые каждый год предоставляют некоторое количество финансовых средств для подобного типа грантов. В Германии это, например, Немецкая исследовательская ассоциация. С этим грантом резидент может проводить исследование в индивидуальном порядке – это один из типов грантов. Или он может участвовать в совместной мультидисциплинарной работе с исследователями в области фундаментальных наук – это второй тип грантов. Все зависит от желания резидента.

– Что Вы думаете о российской урологии? Что бы Вы могли пожелать российским урологам?

– Мне это очень трудно сделать, потому что когда я был в России, я видел отличные учреждения, очень хорошо оснащенные и с весьма опытным персоналом, выполняющим все так же хорошо, как и мы. Поэтому, если говорить об улучшении службы, это может быть сделано за счет прогресса в организации здравоохранения, усиления сотрудничества и, может быть, улучшения работы с периферией.

Я хочу высказать одно пожелание российским урологам. Пригласите SIU провести один из будущих конгрессов в России – в Москве, Санкт-Петербурге или где вам будет удобно. SIU открыто для этого. **УС**

7-й Европейский Конгресс андрологов в Берлине



Степан Сергеевич Красняк

Врач-уролог, м.н.с. отдела андрологии и репродукции человека ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России
krasnyakss@mail.ru

С 28 по 30 ноября 2012 г. в Берлине (Германия) прошел 7-й Европейский Конгресс андрологов. Он проводился при поддержке Европейской академии андрологии (European Academy of Andrology), Андрологической секции Европейской ассоциации урологов (European Section of Andrological Urology) и Немецкого общества андрологов (Deutsche Gesellschaft für Andrologie). Председателем оргкомитета Конгресса был президент Немецкого общества андрологов, проф. Wolfgang Weidner.

В ходе Конгресса были представлены работы не только европейских андрологов, но и их коллег из США, Африки и Южной Америки. Основной тематикой Конгресса являлось обсуждение проблем, связанных с мужским бесплодием, эндокринологическими заболеваниями мужской половой сферы и вопросами оперативной андрологии. Отдельно хочется отметить доклады, представленные в ходе секции, которая была организована совместно с Международной сетью молодых исследователей (International Net of Young Researchers).

Формат Конгресса несколько отличался от привычного. В частности, помимо программных лекций от известных врачей-андрологов, участники Конгресса могли узнать свежие результаты исследований от менее именитых, но не менее квалифицированных коллег. Эти короткие презентации часто вызвали неподдельный интерес и весьма бурную дискуссию.

В ходе Конгресса проводились обучающие курсы Европейской школы урологии по оперативной андрологии.

Проф. Minhas из Великобритании рассказал о том, что у пациентов с необструктивной азооспермией (НОА) частота хромосомных аномалий составляет 16,7% (в среднем по популяции – 0,4–0,6%). Поэтому все пациенты с НОА должны подвергаться генетическому обследованию. Доктор Minhas сообщил результаты метаанализа оперативного лечения клинического варикоцеле у пациентов с НОА. В ходе метаанализа выяснилось, что в 39% случаев после операции по поводу варикоцеле у пациентов с НОА появлялись подвижные сперматозоиды. При этом их средняя концентрация и подвижность составили 1,6 млн и 20% соответственно. Также проф. Minhas сообщил, что возраст пациента, длительность бесплодия, степень варикоцеле, уни-/билатеральность поражения, уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и объем яичек не являлись значимыми прогностическими факторами положительного исхода операции. Таким значимым фактором прогноза является только результат гистологического исследования яичек до операции. Пациенты с НОА, направленные на операцию по поводу варикоцеле, должны быть проконсультированы на предмет выполнения биопсии яичек до или в ходе варикоцелэктомии. По результатам гистологического исследования пациенты с Сертолли-клеточным синдромом (Sertoli-cell-only Syndrome) или с остановкой созревания сперматозоидов должны быть предупреждены о плохом прогнозе относительно результатов операции.

Представитель Американской ассоциации урологов проф. Paul Turek сделал очень интересный доклад, посвященный визуализации в андрологии. Прежде всего, профессор отметил, что существующая и повсеместно принятая классификация такого распространенного заболевания, как варикоцеле (разделение на субклиническую и 3 клинических степени), до сих пор никем не валидизирована. В связи с этим существует проблема: а что, собственно, принимать за варикоцеле (ретроградный кровоток или пальпируемые вены семенного канатика)? Если варикоцеле рассматривать как наличие венозного рефлюкса, то «золотым стандартом» диагностики можно назвать венографию.

Профессор Paul Turek отметил, что существующая и повсеместно принятая классификация такого распространенного заболевания, как варикоцеле (разделение на субклиническую и 3 клинических степени), до сих пор никем не валидизирована. В связи с этим существует проблема: а что, собственно, принимать за варикоцеле (ретроградный кровоток или пальпируемые вены семенного канатика)?

Однако данный метод дорог, сильно зависит от квалификации радиолога и является инвазивным. Сравнение венографии с доплерографией семенного канатика показало, что при клинически выраженном варикоцеле чувствительность и специфичность доплерографии составляет 92% и 100% соответственно. Однако если обследовать мужчин без наличия симптомов, то при венографии можно выявить рефлюкс у 44% таких мужчин. Кроме того, по результатам исследований клиническое варикоцеле обнаруживают у 40% пациентов. Из этого проф. Turek делает вывод, что у 84% пациентов с бесплодием имеет место варикоцеле той или иной степени выраженности. Но данные рандомизированных клинических исследований (степень доказательности 1) показывают, что лечение субклинического варикоцеле у мужчин с бесплодием не приводит к увеличению шансов на зачатие.

Кроме этого, важной проблемой, по мнению проф. Turek, является слишком высокая чувствительность трансректального ультразвукового исследования при диагностике обструкции семявыносящих путей. Это может приводить к ложноположительным диагнозам обструктивного бесплодия у 50% пациентов. В качестве выхода из этой ситуации профессор предлагает применение хромоуретрографии (chromotubation). Этот метод является аналогом хромоцистоскопии с той разницей, что при хромоуретрографии краситель вводится не внутривенно, а трансректально в семенные пузырьки с последующей уретрографией и определением выделения красителя через отверстия в простатическом отделе уретры. Также при выполнении этого исследования следует измерить давление открытия семявыбрасывающего протока и определить тем самым возможную причину обструкции.

Проф. Turek рассказал о применении нового метода многофотонной томографии у пациентов с НОА во время операции микрохирургической экстракции сперматозоидов из яичка (MD-TESE). Данный метод основан на применении лазерных технологий и позволяет интраоперационно изучить активность сперматогенеза и извлечь материал из наиболее перспективных, с данной точки зрения, участков. Однако отсутствие отдаленных результатов и дороговизна метода существенно ограничивают его применение.

В секции, посвященной иммунологическим и инфекционным аспектам заболеваний мужской половой сферы, профессор

патологической анатомии Kenneth Tung из Университета Вирджинии выдвинул гипотезу о том, что у пациентов после вазэктомии иммунный ответ по отношению к антигенам сперматозоидов может ингибироваться экспансией антигенспецифических Т-клеток.

В этой же секции проф. Wagenlehner озвучил результаты эпидемиологического исследования распространенности хронического простатита (ХП). По результатам обследования 337 тыс. мужчин, ХП обнаружен у 7,1% мужчин. «Золотым стандартом» дифференциальной диагностики различных форм ХП была названа 4-стаканная проба. Также профессор упомянул, что локализация боли при ХП не

бесплодия. По предварительным данным, кандидатом на это является ген *DDX3Y*. Еще одним возможным механизмом развития генетически обусловленного бесплодия является так называемая количественная вариативность генов (Copy Number Variants, CNV) – это феномен, заключающийся в различной частоте повторений (у разных людей) участков генома длиной более 1000 оснований с 90% гомологией. Внутри этих участков нет транскрибируемых генов, при этом количество таких участков достигает 12% всего человеческого генома.

Проф. Krausz показала, что «генетическая нагрузка», т. е. количество дупликаций, делеций, вставок и комплексных транслокаций в этих участках может быть одной из причин мужского бесплодия за счет увеличения фрагментации ДНК сперматозоидов, увеличения частоты анеуплоидии и уровня микросателлитной нестабильности сперматозоидов. Более того, эпидемиологические данные свидетельствуют о потенциальной связи между такой геномной нестабильностью и более низкой продолжительностью жизни мужчин вследствие развития злокачественных опухолей.

В этой же секции доктор Wacławski рассказала о новых молекулярных маркерах различных форм мужского бесплодия. Так, очень чувствительными маркерами НОА являются такие белки, как убиквитин 3 (ген – *UBQLN3*), гамето-генетин (ген – *GGN*) и белок FAM71F1. Также в настоящее время доступна точная диагностика стадии, на которой нарушен сперматогенез, благодаря выявлению следующих белков: специфический фактор гаметоцитов-1 (GTSF1L), яичковый актин-связывающий белок (FSCN3), трансмембранный белок 225 (TMEM225), аденилатциклаза 10 (ADCY10) и некоторые другие. Данные белки могут применяться как молекулярная платформа для диагностики и прогноза лечения мужского бесплодия.

Доктор Amaral рассказала о результатах изучения протеомики сперматозоидов. В ходе изучения изолированной фракции хвостов сперматозоидов были определены 1049 различных белков, 51% из которых до сих пор не были описаны в человеческой сперме. Из более чем тысячи белков 25% отвечали за различные звенья метаболизма и производства энергии. Каждый 4-й белок этой группы участвовал в метаболизме жиров. Кроме того, экспериментальное подавление бета-окисления жирных кислот приводило

Профессор Rohayem обратила внимание на то, что если пациентам с синдромом Клайнфельтера выполнить MD-TESE до наступления 20-летнего возраста с последующей криоконсервацией сперматозоидов, то шансы на рождение детей возрастают многократно.

возрастают многократно. И при этом ни уровень ингибина В и ФСГ, ни объем яичек не являются предикторами результата MD-TESE у таких пациентов. Более того, проф. Sofikitis, председательствующий на этой секции, рассказал, что среди 84 случаев рождения детей от пациентов с «неомозаичным» синдромом Клайнфельтера только в 1 случае сообщено об унаследовании ребенком данного заболевания.

На одной из самых крупных секций, посвященной генетическим аспектам мужского бесплодия, проф. Krausz рассказала участникам Конгресса о том, что несмотря на повсеместное применение определения микроделеции локуса AZF в диагностике причин мужского бесплодия, до сих пор не ясно, какая именно часть этого локуса несет наибольшую смысловую нагрузку. В настоящее время ведутся работы по выявлению корреляции генотип/фенотип в попытке определить гены локуса AZF, играющие важнейшую роль в патогенезе мужского

к значительному снижению подвижности сперматозоидов. Эти данные свидетельствуют о том, что роль жирных кислот в качестве источника энергии в сперматозоидах может быть более значительной, чем предполагалось ранее. Кроме того, мужские гаметы способны получать энергию из эндогенных источников, таким образом они адаптируются к возможным изменениям окружающей среды.

Тематика сделанных устных докладов и подготовленных постеров свидетельствует о продолжающейся интеграции различных областей прикладной медицины с тем, что принято называть в России «фундаментальной наукой». Это приводит к становлению новой парадигмы – «трансляционной медицины» – понятия, заключающего в себе скорейшее внедрение в практическую деятельность результатов исследований на уровне клеток и молекул с целью более глубокого понимания развития различных патологических состояний и проведения пациентам истинно этиотропного лечения. UC

Аntenатальный гидронефроз – тактика ведения пациентов



Татьяна Николаевна Гарманова

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

Расширение собирательной системы почки плода (антенатальный гидронефроз, АНГ) – одна из наиболее частых аномалий, выявляемых при пренатальном ультразвуковом исследовании (УЗИ). Эти изменения диагностируются у 1–5 % всех беременных женщин, которым выполняется УЗИ. АНГ представляет собой широкий спектр урологических состояний, начиная от транзиторного расширения собирательной системы почки до клинически значимой обструкции или пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР).

Благодаря рутинному использованию пренатального УЗИ, обструкции мочевых путей или ПМР у детей можно выявить раньше, чем возникнут такие осложнения, как инфекция мочевых путей, мочекаменная болезнь и почечная недостаточность. Следовательно, целью обследования и наблюдения детей с АНГ является предотвращение этих осложнений и сохранение функции почек. Однако не все изменения, выявленные при УЗИ, являются следствием заболевания, многие носят транзиторный характер и не имеют клинического значения. Соответственно, задачей уролога является выделение и активное наблюдение тех детей, которым потребуются дальнейшее лечение. С другой стороны, в некоторых исследованиях было показано, что пренатальное скрининговое УЗИ для выявления урологических заболеваний не улучшает результаты постнатального лечения, тем не менее появляется все больше случаев, требующих пренатального консультирования по поводу АНГ.

Развитие мочеполовой системы плода

- 6–9-я неделя гестации – почка плода, имеющая дольчатое строение, спускается в малый таз;
- 5–8-я неделя – начинает вырабатываться моча, но пока она представляет собой неизмененную плазму;
- 12–13-я неделя – почки плода можно четко визуализировать на УЗИ (рис. 1);
- 10–14-я неделя – можно визуализировать мочевой пузырь плода;
- 14-я неделя – начинает работать тубулярная функция почек;
- 15-я неделя – можно визуализировать опорожнение мочевого пузыря плода;
- С 12-й по 40-ю неделю – размер почки увеличивается с 1,0 до 2,7 см в длину, поперечный размер – с 0,8 до 2,6 см;
- 20-я неделя – можно четко различить почечную архитектуру;
- 30-я неделя – емкость мочевого пузыря составляет 10 мл, увеличиваясь к моменту рождения до 50 мл.

Определение антенатального гидронефроза

В настоящее время измеренный при УЗИ передне-задний размер лоханки является наиболее изученным параметром для оценки АНГ *in utero*. Передне-задний размер – отно-

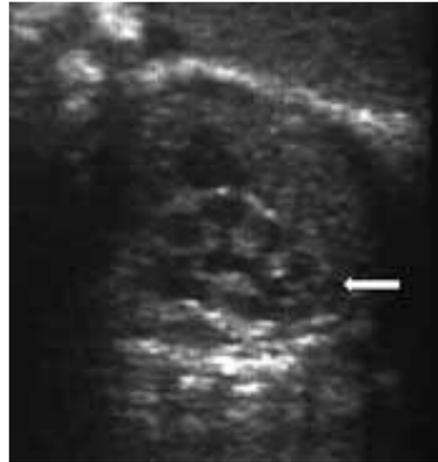


Рис. 1. Нормальная почка плода (стрелка). Наличие почечных пирамид (темные, гипозоногенные структуры в пределах почки) часто по ошибке принимают за расширенные чашечки

сительное измерение возможной болезни, но специфическое определение патологии. Потенциальные факторы, влияющие на этот параметр, – гестационный возраст, гидратационный статус матери и степень наполнения мочевого пузыря (табл. 1).

Таблица 1. Определение АНГ

Степень	Второй триместр	Третий триместр
начальная	от 4 до < 7 мм	От 7 до < 9 мм
умеренная	От 7 до ≤ 10 мм	От 9 до ≤ 15 мм
выраженная	> 10 мм	> 15 мм

В связи с тем, что размер почечной лоханки в норме увеличивается с возрастом, большинство исследователей выделяют пороговые нормы размера лоханки на ранних и поздних сроках гестации. Надо отметить, что **нет консенсуса относительно порогового значения размера лоханки, при котором требуется постнатальное наблюдение**. В работе Sorpen et al. предлагается использовать пороговое значение 15 мм для определения наличия обструкции, оценивая чувствительность и специфичность этого значения как 73 % и 82 % соответственно. Ismaili et al. отметили, что применение порогового значения в 10 мм на поздних стадиях гестации позволяет выявить только 23 % аномалий почек, тогда как значение 7 мм – 68 % аномалий. В обширном метаанализе было доказано, что только в 11,9 % всех заболеваний размер лоханки менее 9 мм, тогда как 39 % патологий отмечается при размере лоханки менее 15 мм.

SFU Grading of Infant Hydronephrosis				
	Pattern of renal calyx splitting	SFU Appearance	Ultrasound Variants	
SFU Grade 0	No splitting	TRIM 2, ACARD		
SFU Grade 1	Close to pelvis barely split calyx	TRIM 2, ACARD		
SFU Grade 2	Close Ili anterior pelvis			
SFU Grade 3	Close Ili anterior pelvis major calyx dilated			
SFU Grade 4	SFU Gr 3 and minor calyx anteriorly dilated and paracalyces preserved			
SFU Grade 5	SFU Gr 3 and paracalyces lost			

Рис. 2. Классификация АНГ (по SFU)

В 1993 г. Общество фетальной урологии (SFU) предложило классификацию АНГ по пяти степеням на основании постнатального состояния лоханки, чашечек и почечной паренхимы (рис. 2).

В качестве альтернативы Shapiro et al. предложили применять гидронефротический индекс (ГИ) – количественное измерение, представляющее собой отношение площади почки и собирательной системы к площади паренхимы. ГИ коррелирует со степенью III–IV по классификации SFU, этот показатель может быть более чувствительным в определении степени гидронефроза.

На основании большого систематического обзора было показано, что вероятность наличия заболевания мочеполовой системы в постнатальном периоде при АНГ начальной степени составляет 11,9 %, при средней степени – 45,1 %, при выраженной – 88,3 %.

Этиология АНГ включает в себя транзиторное расширение избирательной системы почки, обструкцию верхних/нижних мочевых путей и неструктивные заболевания, такие как ПМР, мегауретер и синдром сливочного живота.

Наблюдение пациентов

У большей части пациентов с АНГ (около 80 %) заболевание разрешается самостоятельно, и только небольшой части больных требуется проведение оперативного лечения (< 5 %). Среди детей, которым проводится антенатальный ультразвуковой скрининг, благоприятный прогноз чаще всего оказывается правомочным при средней степени гидронефроза. Кроме того, важно отметить, что при выявлении гидронефроза в третьем триместре более высока частота подтвержденной постнатальной патологии, что может потребовать оперативного лечения. При наблюдении АНГ плода нецелесообразно полагаться на однократное УЗИ, обследование нужно проводить периодически. В исследованиях было показано, что если при повторном УЗИ отмечается стабильное течение или уменьшение степени АНГ, вероятность постнатального оперативного лечения мала, повторные антенатальные исследования могут уменьшить необходимость в постнатальном обследовании детей.

Течение гидронефроза

Пренатальное разрешение АНГ в течение беременности не имеет клинически значимых последствий в постнатальном периоде у ребенка. Большая часть гидронефрозов, диагностированных во втором триместре, самостоятельно разрешается при наблюдении

в третьем триместре. Кроме того, за редким исключением, гидронефроз, который разрешился, или уменьшился его степень со второго по третий триместр беременности, не имеет клинически значимого проявления в постнатальном периоде. Наоборот, в случаях прогрессирования заболевания в течение беременности последствия в постнатальном периоде могут быть клинически значимыми.

Диагностика гидронефроза

УЗИ – наиболее часто используемый метод визуализации в детской практике. Отсутствие радиационного облучения делает его лучшим способом для наблюдения за состоянием почек как в пре-, так и в постнатальном периоде. Однако на информативность данного исследования влияют гидратационный статус беременной женщины, степень наполнения мочевого пузыря и навыки врача.

При рождении у детей отмечается относительная физиологическая дегидратация, что влияет на рекомендации по срокам постнатального УЗИ почек и мочевого пузыря. В отсутствие обструкции на уровне нижних мочевых путей УЗИ ребенку нужно проводить не ранее чем на 2-й день жизни. При обследовании нужно оценить следующие показатели: размер почек, размер лоханки (передне-задний), наличие кист почек, толщину паренхимы и размер мочеточника. Также очень важно оценить состояние мочевого пузыря, что влияет на состояние верхних мочевых путей. Например, уретероцеле, которое является причиной мегауретера, можно выявить при УЗИ мочевого пузыря. При оценке состояния собирательной системы в динамике нужно обязательно обращать внимание на степень наполнения мочевого пузыря.

Сроки обследования:

- при одностороннем гидронефрозе с нормальной контралатеральной почкой постнатальное обследование должно выполняться через 1 неделю после рождения ребенка. У пациентов с высоким риском возникновения инфекции мочевых путей (девочки, мальчики, которым не выполнялось обрезание, со средней или тяжелой формой гидронефроза, семейным анамнезом ПМР) до первого обследования и выработки тактики дальнейшего лечения или наблюдения должно проводиться антибиотикопрофилактика;
- при двустороннем гидронефрозе и гидронефрозе единственной почки или при подозрении на наличие инфравезикальной обструкции показано выполнение максимально раннего УЗИ, желательно до выписки ребенка из родильного дома.

Во многих исследованиях было доказано, что однократное УЗИ с нормальными показателями в течение первой недели жизни ребенка недостаточно для исключения обструкции. Повторное УЗИ рекомендуется выполнять через 1 мес после рождения ребенка как начало последующего наблюдения за ребенком. Частота позднего прогрессирования или рецидивирования гидронефроза составляет около 1–5 %. При позднем прогрессировании гидронефроза или рецидивировании заболевание имеет высокую степень (III–IV), у большей части пациентов имеются симптомы заболевания.

Время позднего прогрессирования или рецидивирования может варьировать от нескольких месяцев до 5–6 лет. Следовательно, длительное наблюдение целесообразно у этих пациентов, но точные сроки еще не определены.

Окончание на стр. 11 ►

Есть ли у нас будущее?



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



Владимир Яковлевич Фарберович
К.м.н., заслуженный врач РФ, доцент кафедры факультетской хирургии и урологии КемГМА
trileb@rambler.ru

В России за последние десятилетия в состоянии здоровья детей и подростков сформировались устойчивые негативные тенденции, выражающиеся в том, что возросла распространенность факторов риска, ухудшающих как их здоровье, так и развитие. При сравнении интенсивности ухудшения качественных показателей здоровья в различных возрастных категориях выявлено, что у детей и подростков эти критерии в 3,5 раза выше, чем у взрослых.

Социальная значимость здоровья подростков обусловлена тем, что они представляют собой

ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный и культурный резерв общества.

Репродуктивным потенциалом считается уровень физического и психического состояния детей и подростков, который при достижении социальной зрелости определит качество здоровья рожденного поколения.

Репродуктивная функция свойственна взрослому человеку, но корни ее формирования, как и возникновения нарушений репродуктивного здоровья, закладываются в детском и подростковом возрасте. Исследования Института возрастной физиологии РАО показали, что задержка полового созревания мальчиков и девочек 10–11 лет за последние 30 лет увеличилась в 2 раза.

Несмотря на существующую в России регрессивную демографическую модель, достоверные статистические данные для составления репродуктивного прогноза в нашей стране на сегодня отсутствуют.

Департамент развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития в 2011 г. издал приказ о проведении диспансеризации подростков с оценкой их репродуктивного здоровья.

Во-первых, эта мера планировалась как одно из направлений для улучшения демографической ситуации в стране.

Во-вторых, выявленные на ранних стадиях нарушения репродуктивной функции должны были явиться поводом для своевременного оказания детям необходимой медицинской помощи.

К сожалению, как и большинство инициатив, направленных на решение вопросов демографической политики, эта не имела под собой реальных расчетов, кадрового и организационно-финансового обеспечения.

Первое, с чем мы и столкнулись, приступая к диспансеризации 14-летних юношей в городе Кемерово, это кадровый дефицит, а точнее – полное отсутствие кадров амбулаторных детских урологов. Во всех детских поликлиниках города урологический прием либо не проводится, либо его ведут детские хирурги. В срочном порядке в Кемеровской государственной медицинской академии были организованы курсы повышения квалификации по детской андрологии, в результате которых была подготовлена группа врачей для диспансеризации подростков. Первичная статистическая обработка данных о состоянии репродуктивного здоровья подростков выявила значимые нарушения, которые могут представлять как опосредованную, так и непосредственную угрозу репродуктивному потенциалу мужчин. Но эти данные «повисли в воздухе», потому что если врачебные кадры для осмотра школьников были найдены, то обеспечить запланированное оказание медицинской

помощи тем детям, у которых выявлены те или иные заболевания, оказалось невозможным из-за отсутствия необходимой материально-технической базы.

Публикуя сегодня результаты, полученные нами при диспансеризации 14-летних подростков, мы бы хотели обратить внимание на диапазон проблем, касающихся репродуктивного потенциала молодежи, чтобы оценить возможный масштаб демографических тенденций ближайшего будущего.

В 2011–2012 гг. мы проанализировали состояние органов репродуктивной системы 750 школьников 1997 года рождения и выявили, что только 150 (20%) из них не нуждаются в обследовании, лечении и получении информации от врача-уролога. У 600 исследуемых были обнаружены следующие заболевания: у 142 (19%) подростков было обнаружено варикоцеле II степени слева, у 75 (10%) – варикоцеле I степени, у 90 (12,9%) – фимоз, у 86 (11,5%) – гипоплазия яичек, у 80 (10,7%) – кисты придатков яичек, у 77 (10,4%) – короткая уздечка полового члена, у 26 (3,5%) – гидроцеле, у 11,3 (1,3%) – головчатая гипоспадия. Все перечисленные заболевания могут представлять угрозу репродуктивному потенциалу молодых людей и требуют динамического мониторинга, но, как уже отмечалось, проводить этот мониторинг некому.

Обратило на себя внимание то, что у 201 (26,9%) подростка был зафиксирован

Окончание на стр. 9 ▶

Цитратная терапия: возможно ли повышение эффективности литолиза

В рамках конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии 2013» прозвучал доклад группы авторов, состоящей из Д.Г. Цариченко, Н.К. Дзеранова, Л.М. Рапопорта, «Принципы применения цитратной терапии у больных уратным нефролитиазом для повышения эффективности литолиза».

Актуальность уратного нефролитиаза в России остается высокой – на долю уратных приходится от 15 до 36,5% всех камней. Большое значение имеет пол (ураты чаще встречаются у мужчин – до 70%), наследственный фактор – до 46%. Известно, что частота рецидивов камней без лечения составляет 65% и более, и единственным выходом из этой ситуации является проведение метафилактики мочекаменной болезни.

«Золотым стандартом» лечения уратных камней следует признать пероральный прием цитратных смесей, обеспечивающих дозозависимое ощелачивание мочи без изменения кислотно-основного баланса крови.

Фармакологическое действие цитратных смесей базируется на связывании ионов кальция от желудочно-кишечного тракта до мочевых путей, где этот эффект проявляется максимально в связи с наибольшей концентрацией цитрата. Комплексное влияние цитрата на физико-химическое состояние мочи приводит к повышению растворимости уратов, кальциатов, оксалатов, комплексных магниевых-аммониевых фосфатов и некоторых других солей, способствуя торможению камнеобразования и растворению уже сформировавшихся конкрементов.

- Докладчик особо остановился на правилах цитратной терапии.
- Суточная доза цитратных смесей подбирается индивидуально в пределах 6–18 г,

равномерно распределенных в течение дня на 2–3 приема для поддержания pH мочи на уровне 6,2–6,8, причем она не оказывает влияния на уровень калия, натрия, кислорода, углекислоты и гидрокарбоната в крови. Проф. Д.Г. Цариченко рекомендовал с целью растворения уратов Блемарен 12 г в 3 приема, по 1 ложке/таблетке утром и в обед, 2 вечером после еды.

- Не изменяя образа жизни и питания, в строго определенные часы 3–4 дня пациенту рекомендовано измерять pH мочи. На основании этого выводим средние показатели утреннего, дневного и вечернего pH.
- Исключаем продукты, богатые пуриновыми основаниями, увеличиваем водную нагрузку и продолжаем 3–4 дня измерять pH мочи в то же время.
- В некоторых случаях это дает положительный эффект, однако он недостаточен для литолиза, так как для литолиза pH мочи должна быть 7,0–7,2 в трех измерениях.
- При сопутствующей гиперурикемии лечение необходимо дополнять приемом урикостатилов с целью снижения уровня мочевой кислоты в крови. С этой целью, например, можно принимать аллопуринол.
- Индивидуальный подбор дозировки и контроль pH мочи обязателен.

После достижения колебаний pH в диапазоне 7,0–7,2 пациент должен принимать препарат в течение 3–4 недель под контролем ультразвукового исследования (УЗИ), биохимии крови и наблюдением уролога.

Докладчик обозначил условия, необходимые для эффективности цитратной терапии: каждый пациент обязан знать, что он несет ответственность за свое здоровье, активно участвуя в лечении и соблюдая все рекомендации уролога. **УС**

Не держи камень в почках!

БЛЕМАРЕН®

БЛЕМАРЕН® растворяет камни:

- ✓ Уратные
- ✓ Оксалатные
- ✓ Смешанные*

✚ Индивидуальный подход к дозированию

✚ Поддержание необходимого водного баланса

ОТПУСК БЕЗ РЕЦЕПТА

Представительство Эспарма ГмБХ в России: 115114, г. Москва, ул. Летниковская, д.16, оф. 306. Тел.: +7 (499) 579 3370, факс: +7 (499) 579 3371. www.esparma-gmbh.ru

* При содержании оксалатов менее 25%. ** По данным компании IMS за 2009 год. Регистрационное удостоверение ЛСР – 001331/07 от 28.06.2007. Реклама.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Есть ли у нас будущее?

◀ Окончание, начало на стр. 8

баланопостит, таким образом, каждый 4-й обследованный нуждался как минимум в информации о гигиенических навыках. Эти те пациенты, о которых проф. И.Д. Тарусин писал, что, к счастью, львиная доля проблем репродуктивного здоровья подростков будет связана с тем, что дети не обучены правилам элементарной личной гигиены, и значительная их часть при своевременном устранении не оставит никакого следа. Но даже если мы исключим этих исследуемых из «отрицательной статистики», то все равно более 50% прошедших диспансеризацию подростков нуждаются в урологической помощи.

Кроме заболеваний органов репродуктивной системы, мы отмечали рост и вес исследуемых, потому что как избыточный вес, так и его дефицит опосредованно влияют на репродуктивную функцию в будущем, так как являются манифестирующими признаками дисгормональных нарушений. Избыточный вес отмечался у 138 (17,6%) наших исследуемых, а дефицит веса – у 145 (19,5%). Все эти пациенты нуждаются в изучении гормонального профиля в динамике, но исследование половых гормонов не предусмотрено диспансерной программой, поэтому подросткам с диспропорцией веса были даны направления для дополнительного обследования, к сожалению, этими направлениями воспользовались только 5 (1,7%) из них. Мы согласны с нашими коллегами из Санкт-Петербурга, проводившими аналогичное исследование и столкнувшимися

с такими же проблемами и сделавшими вывод о том, что виной всему – родители, «не желающие вести своих чад к врачам».

Анализируя возраст родителей исследуемых подростков и сопоставляя его с распространенностью заболеваний органов репродуктивной системы у детей, мы обнаружили еще одну тенденцию, представляющую, на наш взгляд, определенный интерес.

В 1994 г. 71% матерей были младше 35 лет, в дальнейшем группа I, а 29% – соответственно старше, их обозначим группа II. Распространенность заболеваний органов репродуктивной системы у сыновей женщин I группы равнялась 26%, а у сыновей II группы – 74%. Таким образом, получается, что чем старше была мама, тем хуже был репродуктивный потенциал ее сына.

Сопоставляя возраст отцов к моменту рождения мальчиков и репродуктивный прогноз, мы получили диаметрально противоположные данные: 77% отцов к моменту рождения детей были младше 35 лет (I группа), а 23% – старше 35 лет (II группа), распространенность заболеваний органов репродуктивной системы у их сыновей оказалась прямо пропорциональной возрасту отцов. В I группе у 78% подростков были выявлены заболевания, представляющие угрозу репродуктивному потенциалу, а во II – только у 22%.

Таким образом, у сегодняшнего поколения 50-летних мужчин 14 лет назад рождались

сыновья с более позитивным репродуктивным прогнозом, чем у 30–40-летних, что подчеркивает общую тенденцию ухудшения качества мужского здоровья, вероятно, связанную с ухудшением экологической ситуации, изменением пищевого рациона более молодого поколения, обусловленного модификацией технологического процесса приготовления пищевых продуктов, с использованием красителей, консервантов, генно-модифицированных ингредиентов, снижением возраста алкогольного дебюта и увеличением количества употребления алкогольных напитков, наркотических средств.

Все приведенные цифры заставляют задуматься над вопросом: есть ли у нас будущее?

Но анализ среза здоровья 14-летних подростков – это только вершина айсберга, потому что через год в 15-летнем возрасте у 24% девочек и 44% мальчиков наступает сексуальный дебют, а это влечет за собой лавинообразно нарастающую волну заболеваний, критически снижающих и без того невысокий репродуктивный потенциал нации.

Мужское репродуктивное здоровье, без сомнения, не только медицинская проблема, и рассматривать ее без решения социальных и информационно-просветительских аспектов бесперспективно.

Нам представляется, что проводимая диспансеризация подростков с акцентом

на их репродуктивный потенциал, задуманная как одна из ветвей демографической программы, превращается в формальное мероприятие, потому что не имеет ни методического, ни кадрового, ни реального финансового обеспечения.

Первой и основной задачей такой диспансеризации должна быть оценка масштабов проблемы, а затем, как логическое продолжение, разработка концептуальной модели охраны репродуктивного здоровья мужчин, с момента рождения и на протяжении всего фертильного возраста. И в завершение должен быть создан динамический алгоритм развития службы охраны мужского репродуктивного потенциала, включающей научные и медицинские учреждения, государственные и общественные организации, средства массовой коммуникации.

Кроме того, воспользовавшись предоставленной возможностью, хотим обратиться к коллегам с предложением об объединении полученных данных в ходе диспансеризации подростков в разных регионах страны. Только после получения статистически достоверной информации можно планировать кадровые, организационные и финансовые вопросы организации помощи, направленной на сохранение и поддержание мужской составляющей репродуктивного потенциала населения. **УС**

Иммунопрофилактика вместо антибиотиков?

В рамках конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии 2013» большой интерес участников вызвал доклад проф. Андрея Владимировича Зайцева (МГМСУ) «Роль иммунопрофилактики в лечении инфекции нижних мочевыводящих путей».

Нет ни одного уролога, у которого не было бы пациенток с инфекцией нижних мочевых путей (ИНМП), именно поэтому тема рецидивирующей инфекции мочевых путей (РИНМП) остается одной из наиболее актуальных в амбулаторной урологии.

- Инфекции мочевых путей (ИМП) отмечаются у 50% взрослых женщин.
- У 25% наступает рецидив ИМП в течение 6 мес.
- 40% женщин отмечают рецидив ИМП в течение 1 года.
- 20–30% женщин имеют > 1 эпизода дизурии в год.
- В 75–90% случаев причиной развития ИМП у сексуально активных женщин является coitus.

Какова же структура патогенов, вызывающих РИНМП? Изменилась ли она за последнее время в России? Проведенное на территории РФ в 2010–2011 гг. исследование «Дармис» показало, что главная роль в развитии неосложненных ИМП принадлежит все той же *Escherichia coli* – 64,63%, *Klebsiella* – 8,5%, *Staphylococcus spp.* – 5%, *Proteus mirabilis* – 4,08%.

Профессор отметил, что сталкиваясь с рецидивами ИНМП, урологи обычно назначают тонны антибиотиков, в результате чего может наступить кратковременное улучшение, но в отдаленной перспективе это катастрофа. Именно по поводу РИНМП в урологии выписываются 15% всех антибиотиков. Однако известно, что рецидив ИМП после антибиотикопрофилактики наблюдается в течение года у 30–50% пациенток.

Поэтому в рекомендациях EAU 2012 г. по лечению ИМП у женщин отмечено, что врач-уролог должен в первую очередь рассмотреть меры профилактики без использования антибиотиков (включая иммунопрофилактику), и только в случае ее неэффективности рекомендуется применять антибиотики. Единственным препаратом для иммунопрофилактики ИМП, имеющим достаточную доказательную базу, в настоящее время является Уро-Ваксом, содержащий 18 штаммов *Escherichia coli*. Механизм действия препарата заключается в стимуляции бактериальным экстрактом, принятым перорально, клеток иммунной системы в зоне пейеровых бляшек, которая в свою очередь активирует Т- и В-лимфоциты. Последние циркулируют по кровеносным и лимфатическим сосудам, мигрируют в мочевые пути и вызывают продукцию защитных и специфических антител в слизистой оболочке мочевого пузыря. В результате происходит повышение защитных свойств организма против ИМП.

Таким образом, рецидивирующая ИМП представляет серьезную медицинскую и социально-экономическую проблему во всем мире. Существуют различные подходы к проблеме профилактики рецидивирующей ИМП – антибиотикопрофилактика, иммунопрофилактика, применение пробиотиков, подкисление мочи, употребление клюквенного сока.

Однако в настоящее время только некоторые антибиотики пригодны для антимикробной профилактики ИМП в связи с развитием бактериальной резистентности, комплаентности и нежелательных явлений. Поэтому необходим поиск и разработка других подходов к этой проблеме, одним из которых является иммунопрофилактика – активизация собственных защитных сил организма. Иммунопрофилактика с использованием нового препарата Уро-Ваксом позволяет предотвратить развитие рецидивов цистита. **УС**

Материал подготовила **В.А. Шадёркина**



Уро-Ваксом®
капсулы 6 мг

**Иммунотерапия инфекций
мочевыводящих путей**

Представительство компании «Астеллас Фарма Юроп Б. В.» (Нидерланды) г. Москва
109147 Россия, Москва, ул. Марксистская, д. 16
Тел. 737-07-55 факс 737-07-53, 54, 57, 58.

Утвержденная инструкция по медицинскому применению препарата Уро-Ваксом®
Пер. уд.: П N011541/01



UVX/04.2012/«Кейтан/Уро-ваксом»

ПРОВЕРЕНО ВРЕМЕНЕМ



Михаэль Попп

Проф., председатель правления компании «Бионорика» (Германия)

bionorica@co.ru

Более 15 лет успешно работает на российском рынке германская компания «Бионорика», став за это время лидером продаж фитотерapeutических препаратов в нашей стране.

Из истории компании

«Бионорика» основана Йозефом Поттом как семейное дело 80 лет назад. Вначале это был кабинет, в котором изготавливали фитопрепараты индивидуально для каждого пациента. Йозеф Потт собирал и тщательно изучал всю доступную информацию по лечению лекарственными растениями. На основании полученных знаний и собственного опыта им были найдены наиболее эффективные сочетания лекарственных растений и разработаны рецептуры, которые легли в основу современных препаратов компании. Начиная с 1950-х годов прошлого века «Бионорика», расширявшая поле своей деятельности, вышла на национальный рынок, где вскоре начинает занимать лидирующее положение, а затем – и на международный. Сегодня ее представительства есть в Германии, России, в странах Европы, СНГ и в США. Девиз компании – «Мы соединяем лучшее, что может сейчас сделать человек, с лучшим из того, что нам может предложить природа». Сегодня «Бионорика» возглавляет внук Йозефа Потта – Михаэль Потт, владелец и председатель совета директоров компании.

Сегодняшний и завтрашний день компании, ее перспективы, сотрудничество с Россией – таковы темы интервью, которое проф. Михаэль Потт дал для российских урологов.

– Господин Потт, Вы руководите компанией последние 25 лет. Что изменилось за это время?

– Первое, что я изменил, касалось инвестиций в научные исследования и разработки. Сейчас на это тратится 15 % бюджета. Наш путь сегодня – от традиционной медицины к медицине доказательной. Благодаря научным исследованиям были получены результаты по эффективности, безопасности препаратов. Второй аспект, которому мы

всегда уделяем пристальное внимание, – это аспект качества. Философия нашей компании делает нас практически уникальным производителем в мире. Мы предлагаем совершенное, исключительное качество препаратов, значительно превосходящее качество продукции наших конкурентов. Именно благодаря этому мы занимаем ведущую позицию на мировом рынке. В этом секторе «Бионорика» может быть примером для всех остальных производителей.

– В чем секрет успеха «Бионорики», быстро завоевавшей международные рынки и сохраняющей лидерство на протяжении долгого времени?

– Никаких секретов нет. Благодаря самым современным методам исследований мы можем разрабатывать растительные лекарственные средства нового поколения, качество



Центральный офис

Компания «Бионорика SE» (Bionorica SE, головной офис в Ноймаркте, Германия) – ведущая фирма по производству фитотерапевтических препаратов в Европе с объемом продаж в 149 млн евро. Компания основана в 1933 г. в Нюрнберге (Германия). Разрабатывает и производит растительные лекарственные препараты. Дочерние компании фирмы открыты в Германии, Австрии, Испании, США, Китае, Польше, Великобритании, а также в России и на Украине.



Контроль качества

которых научно подтверждено. Наши фитотерапевтические препараты пользуются большим спросом, так как в отличие от химически синтезированных медикаментов они не вызывают значимых побочных эффектов. Мы опираемся на уникальную философию фитониринга.

– Что такое фитониринг?

– Концепция фитониринга (от греческого *phyton* – растение и *engineering* – разработка, создание новых технологий) предполагает

культивирование стандартизованных по качеству лекарственных растений, запатентованную высокотехнологичную методику производства препаратов, а также фармакологические и клинические исследования для подтверждения их эффективности и безопасности. Она предусматривает объединение традиционных знаний в области фитотерапии и новейших результатов исследований в области естественных наук. «Бионорика» вкладывает значительные средства в проведение исследований – как в собственных лабораториях, так и в 500 университетах и медицинских центрах разных стран. Именно наши методы селекции и выращивания растений, экстракции и производства задают мировые стандарты, что позволяет нам представлять на рынке товар столь высокого качества. Врач, фармацевт и пациент могут вполне положиться на то, что, когда они пользуются нашими препаратами, они получают стандартизованный, эффективный, качественный, безопасный медикамент. У большинства наших конкурентов такой стабильности качества нет.

– В медицине качество препаратов оценивается по утверждению последних американским сертифицирующим органом FDA. Утверждены ли препараты «Бионорика» FDA?

– Важно отметить, что мы работаем только на основании международных стандартов и являемся единственной компанией, выпускающей фитопрепараты, которая прошла проверку американского сертифицирующего органа FDA.

– Понятно, что в производстве фитопрепаратов сырье играет основную роль, от его качества зависит конечный результат. Как организована его заготовка?

– Мы отслеживаем процесс с самого начала – разрабатываем собственный сорт, получаем семенной материал, сами выращиваем сырье и контролируем все процессы. Поэтому мы так уверены в качестве. Ежегодно выращивается 200 % сырья от нашей потребности,

т. е. в 2 раза больше, чем нам нужно, чтобы гарантировать его бесперебойную поставку на производство. Наше сырье выращивается в разных точках мира – в Германии (Бавария), Австрии, Венгрии, Польше, Албании, Косово, Испании, на Майорке. В компании есть отдел, который занимается только выращиванием лекарственных растений, посевным материалом, клонированием. Мы изучаем природу, наблюдаем за ней и стараемся брать самое лучшее, используя высокие технологии.

– Каково положение «Бионорики» на российском рынке, как развивалось сотрудничество?

– Заниматься получением регистрации препаратов на российском рынке мы начали в 1992–1993 гг., к 1995 г. регистрация на все наши важнейшие препараты была получена, и в 1997 г. мы решили открыть собственное представительство в России. Через год на российском валютном рынке произошел кризис, дефолт, но мы продолжили инвестиции и не стали уходить с российского рынка. В настоящее время компания сотрудничает со 100 ведущими клиниками, 20 научно-исследовательскими учреждениями и с большинством медицинских университетов в России. Об эффективности лекарственных препаратов растительного происхождения производства компании «Бионорика» только за последние 3 года российскими учеными было написано около 40 научных статей. Все они опубликованы в профессиональных российских и зарубежных изданиях, в том числе и урологических.

– Насколько эффективно использование препаратов «Бионорика» в урологической практике?

– Это одна из тех областей медицины, где наши разработки успешно применяются. Нами создан растительный лекарственный препарат Канефрон Н, который содержит уникальную комбинацию травы золототысячника, корня любистока и листьев розмарина. Он применяется при таких распространенных заболеваниях, как мочекаменная болезнь, цистит, пиелонефрит.

При цистите препарат нормализует мочеиспускание, уменьшает риск повторных обострений хронического цистита, в комплексной терапии способствует уменьшению болей в области мочевого пузыря, при этом обладает хорошей переносимостью и возможностью длительного применения в сочетании с антибактериальными препаратами.



Производственное оборудование

Окончание на стр. 11 ►

ПРОВЕРЕНО ВРЕМЕНЕМ

◀ Окончание, начало на стр. 10

Некоторые больные, особенно страдающие хроническими воспалительными заболеваниями, мочекаменной болезнью, нуждаются в постоянной поддерживающей или противорецидивной терапии, в которой с успехом применяется Канефрон Н. Многочисленными исследованиями доказано, что он значительно снижает количество рецидивов камнеобразования после проведения дистанционной и контактной литотрипсии, других методов удаления камней из мочевых путей, способствует выведению мелких конкрементов, солей, снижает риск повторных обострений хронических воспалительных заболеваний мочевых путей. Как результат – он улучшает функциональное состояние почек и мочевы-

водящих путей. Еще один плюс – этот препарат рекомендован Союзом педиатров России, он может применяться у детей с годовалого возраста.

– Каковы, на Ваш взгляд, дальнейшие перспективы «Бионорика» и как будет развиваться сотрудничество с Россией?

– Сегодня фирма выпускает 12 современных лекарственных средств на растительной основе, которые все чаще становятся препаратами первого выбора у пациентов, врачей и фармацевтов. Дело в том, что широкое и порой необоснованное применение антибиотиков, в том числе в урологии, и особенно у детей, способствует распространению резистентности к ним. Статистика

«Компания «Бионорика» готова приступить к предпроектной проработке вопросов по созданию производства растительных лекарственных препаратов на территории Воронежской области», – заявил гендиректор ООО «Бионорика» Маттиас Клаус 18 января 2013 г., подводя итоги своей 4-дневной поездки в Воронеж. По данным областного правительства, потенциальные инвесторы рассматривали площадки в индустриальном парке «Масловский», а также площадки в Верхнехавском, Бобровском, Лискинском и Каширском районах.

В начале февраля состоялась встреча председателя правления компании «Бионорика» проф. Михаэля Поппа с губернатором Воронежской области Алексеем Гордеевым, по результатам которой BioLogica SE может начать строительство предприятия уже весной 2014 г. Первый этап производства предполагает создание линии упаковки препаратов. В перспективе компания заинтересована в запуске полного цикла производства, включая экстракцию, и культивации в области лекарственных трав. По последнему вопросу руководство «Бионорики» уже провело предварительные переговоры о возможном сотрудничестве с ЗАО «Агрофирма Павловская Нива».



Работа в лаборатории

показывает, насколько серьезна эта проблема как для России, так и для других стран. Растительные лекарственные препараты с клинически доказанной эффективностью можно рассматривать как, с одной стороны, средства, значимо увеличивающие эффективность антибиотикотерапии, с другой стороны, в ряде случаев, как альтернативу антибиотикам. Этим и объясняется интерес врачей и пациентов к нашей продукции. Успех обязывает фирму не останавливаться на достигнутом. Мы продолжаем изучать природу, и на этой основе в наших лабораториях ведется работа по созданию новых

лекарств, которые в обозримое время появятся на рынке. У специалистов вашей страны всегда есть интерес к инновациям, есть готовность работать. Надеюсь, и даже уверен, что сотрудничество с российскими учеными, врачами и медицинскими учреждениями будет успешно развиваться.

Основное наше направление остается прежним – концепция фитониринга реализует убеждение, что из хорошего надо делать лучшее. **УС**

Материал подготовила В.А. Шадёркина

Мнение специалиста

Антенатальный гидронефроз – тактика ведения пациентов

◀ Окончание, начало на стр. 7

Также не оценена экономическая составляющая такого наблюдения, поэтому некоторые врачи рекомендуют прекратить рутинное наблюдение за пациентами с гидронефрозом I–II степени и рекомендуют обращение за консультацией при возникновении инфекции мочевых путей или боли. Однако есть и сторонники проведения УЗИ и выполнения анализов мочи каждые 6–12 мес в течение 2–3 лет. Более детальная схема постнатального наблюдения за детьми с пренатально выявленным гидронефрозом представлена в табл. 2.

Однако, несмотря на предложенные алгоритмы наблюдения и лечения пациентов с антенатально выраженным гидронефрозом, каждый случай индивидуален и приведенные цифры, проценты и данные исследований призваны помочь врачу проконсультировать, объяснить возможные исходы будущим родителям еще нерожденного ребенка и вместе с ними после рождения наблюдать его, чтобы исключить возможные осложнения, но в то же время не выполнять неоправданные инвазивные методы диагностики и оперативного лечения. **УС**

Таблица 2. Схема постнатального наблюдения за детьми с пренатально выявленным гидронефрозом

Степень АНГ	Рекомендации по антибиотико-профилактике	Результаты постнатального УЗИ (2–4 нед)	Рекомендации по выполнению цистографии	Рекомендации по ультразвуковому наблюдению
Начальная	Нет	Разрешение Умеренный (SFU I–III) Выраженный (SFU III–IV)	Нет Нет/да Да (2–4 нед)	1 год 1 год 3–6 мес
Умеренная	Да	Разрешение Умеренный/выраженный (SFU I–IV)	Нет Да (2–4 нед) (если да – микционная цистоуретрография (МЦУ), антибиотики; если нет – МЦУ, нефросцинтиграфия)	1 год 3–6 мес
Выраженная	Да	Разрешение Умеренный/выраженный (SFU I–IV)	Да (2–4 нед) (если да – МЦУ, антибиотики; если нет – МЦУ, нефросцинтиграфия)	3–6 мес
Особые состояния	Рекомендации по антибиотико-профилактике (на основании данных пренатального УЗИ)	Когда выполнять постнатальное УЗИ?	Рекомендации по МЦУ	Рекомендации по УЗИ
Двусторонний умеренный или выраженный гидронефроз	Да	1–3 дня после рождения	Да (1–7 дней) Если да – МЦУ, антибиотики; если нет – МЦУ, нефросцинтиграфия Если + ПМР, то возможно оперативное лечение	В зависимости от заболевания
Аномалии мочевого пузыря / уретры Дивертикулы Утолщение стенки мочевого пузыря Уретероцеле Расширение заднего отдела уретры	Да	1–3 дня после рождения	Да (1–7 дней) Если да – МЦУ, антибиотики; если нет – МЦУ, возможно нефросцинтиграфия Если + ПМР, то возможно оперативное лечение	В зависимости от заболевания
Расширенный мочеточник	Да	2–4 нед	Да (1–7 дней) Если да – МЦУ, антибиотики; если нет – МЦУ, возможно нефросцинтиграфия	В зависимости от заболевания

Рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей: сложности упрощенной диагностики



Любовь Александровна Синякова

Д.м.н., профессор кафедры урологии и хирургической андрологии ГБОУ ДПО РМАПО, врач-уролог высшей квалификационной категории
l.a.sinyakova@mail.ru

Зачастую урологи диагностируют инфекционные заболевания нижних мочевых путей по единственному симптому (болезненному мочеиспусканию). Почти половина россиян уверена, что антибиотиками можно лечить вирусные заболевания... Тотальное невежество и безграмотность в условиях безрецептурного отпуска антибактериальных препаратов – «благодатная почва» для рецидивов инфекционных заболеваний и нарастания антимикробной резистентности.

Инфекции мочевых путей (ИМП) – наиболее распространенные заболевания в амбулаторной и госпитальной практике. Неосложненные ИМП (НИМП) справедливо считаются самыми распространенными заболеваниями у женщин репродуктивного возраста. А начиная с 50–60-летнего возраста показатели частоты ИМП у мужчин приближаются к таковым у женщин.

При РИНМП в 40–60 % случаев основным возбудителем остается кишечная палочка. Поэтому даже при рецидивирующих инфекциях мы все равно начинаем лечение с эмпирической терапии.

Наиболее частое проявление НИМП – острый цистит, который у каждой 10-й женщины приобретает хронический рецидивирующий характер. Почти у половины пациенток после первого эпизода цистита в течение года развивается рецидив; у трети молодых женщин рецидив развивается в течение 6 мес; у 50 % больных инфекция рецидивирует чаще 3 раз в год.

– Почему рецидивирующие ИМП столь распространены?

– Зачастую проблема связана с некорректной диагностикой – упрощенным подходом. Нередко диагноз ставится по единственному признаку – учащенному и болезненному мочеиспусканию. А ведь оно также наблюдается при уретритах, уретральном синдроме, гипострогенемии и других проблемах мочеполювой системы, и только в 40 % случаев это симптом острого или рецидивирующего цистита.

Из-за некорректной диагностики и неадекватного лечения клинические проявления инфекции могут исчезнуть и при сохранности возбудителя. В таком случае увеличивается риск развития рецидивирующей инфекции или осложнений – дисбактериоза или дисбиоза влагалища, пиелонефрита и других проблем, которые сложно поддаются лечению.

Из-за упрощенного подхода врач может пропустить более серьезное заболевание. Например, после многолетнего лечения по поводу рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей (РИНМП) при более детальном обследовании нередко выявляется интерстициальный цистит. А несвоевременное и неадекватное лечение интерстициального цистита приводит к необратимым изменениям – сморщиванию мочевого пузыря.

Сходную с НИМП клиническую симптоматику имеют также рак мочевого пузыря, туберкулез мочевой системы, аденомиоз, вульвовагинит или специфический уретрит, например. Поэтому при неэффективном лечении цистита необходимо проводить дифференциальную диагностику с перечисленными заболеваниями.

– Как корректно назначить терапию при рецидивирующей инфекции?

– Стоит понимать, что эмпирическая терапия при РИНМП – это, как правило, малоэффективная терапия. Если заболевание рецидивирует, то необходимо выполнять бактериологическое исследование, а не искать подходящий антибиотик наугад.

Общий анализ мочи и посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам – это 2 исследования, без которых лечение пациентке с РИНМП назначается только для скорейшего избавления больной от симптомов заболевания. Бактериологический посев позволяет понять, с каким возбудителем цистита мы имеем дело в конкретном случае и какой препарат должен оказаться максимально эффективным.

Дневники мочеиспускания также помогают корректно диагностировать заболевание.

– Каков «микробиологический портрет» циститов?

– При неосложненных инфекциях верхних и нижних отделов мочевых путей основной патоген – *E. coli*, 2-й по распространенности – *Staphylococcus saprophyticus*, гораздо реже встречаются *Klebsiella* spp., *Proteus mirabilis*. В госпитальной флоре больший процент *Proteus* spp., *Klebsiella* spp. и *Enterococcus* spp., *Pseudomonas aeruginosa*.

По данным исследования «ДАРМИС», в котором приняли участие около 1000 пациентов из России, Белоруссии и Казахстана, *E. coli* оказывается возбудителем ИМП в 63,7 % случаев. Схожие данные получены и в работе «Эпидемиологическое исследование антимикробной резистентности при цистите (ARESC)»: 76,7 % ИМП у пациентов из Европы, России и Бразилии вызваны *E. coli*.

«ДАРМИС»: в отношении патогенной *E. coli* наиболее эффективными пероральными препаратами являются фосфомицин, фуразидин и нитрофурантоин. В отношении всех представителей семейства *Enterobacteriaceae* активностью более 90 % среди пероральных препаратов обладал только фосфомицин. Из парентеральных препаратов наибольшей активностью в отношении *E. coli* обладали карбапенемы – устойчивых штаммов выделено не было.

При РИНМП «микробиологический портрет» кардинально не отличается – в 40–60 % случаев основным возбудителем остается кишечная палочка. Поэтому даже при рецидивирующих инфекциях **мы все равно начинаем лечение с эмпирической терапии**. Так как пациент обращается за врачебной помощью в период обострения, то мы выбираем препарат с доказанной эффективностью к наиболее вероятному возбудителю – т. е. к *E. coli*. После получения результатов бактериологического посева

ARESC: патогенные штаммы *E. coli*, выделенные у пациенток с НИМП, в 90 % случаев и более были чувствительны к фосфомицину, мециллину и нитрофурантоину.

проводится коррекция терапии, учитывая возбудителя и его чувствительность к антибиотикам.

Возвращаясь к вышеназванным исследованиям, необходимо сказать о чувствительности патогенной кишечной палочки к антибактериальным препаратам. Согласно данным «ДАРМИС», в отношении *E. coli* наиболее эффективными пероральными препаратами остаются фосфомицин (98,4 %), фуразидин (95,7 %) и нитрофурантоин (94,1 %). В отношении всех представителей семейства *Enterobacteriaceae* активностью более 90 % среди пероральных препаратов обладал только фосфомицин (91,5 %). Из парентеральных препаратов наибольшей активностью в отношении *E. coli* обладали карбапенемы: устойчивых штаммов к ним не выделено.

В исследовании ARESC патогенные штаммы *E. coli*, выделенные у пациенток с НИМП, в 90 % и более случаев были чувствительны к фосфомицину, мециллину и нитрофурантоину.

– Можно ли выделить факторы риска рецидивов?

– Да. Один из факторов риска – это особенности анатомического строения. Например, аномалии расположения наружного отверстия мочеиспускательного канала. У женщин с анатомическими особенностями проблемы начинаются еще в детстве – сначала развивают вагиниты, уретриты, а затем и циститы. Вторая «волна» инфекционных заболеваний ассоциирована с началом половой жизни, что связано с механическим воздействием и изменением естественной микрофлоры и, в частности, с появлением урогенитальных инфекций, которые могут быть «проводниками» инфекции или вызывать воспаление при ассоциации с условно-патогенными микроорганизмами.

Другой фактор риска – это наличие воспалительных гинекологических заболеваний, которые при неадекватном лечении становятся причиной развития уретритов и циститов по восходящему пути.

Не менее очевидный фактор риска рецидива ИМП – это неадекватное лечение первого эпизода болезни (самолечение, неоконченный

курс лечения и т. д.). Если клиническое проявление болезни исчезло, а возбудитель сохранился, то возникает и опасность того, что разовьется резистентность микроорганизма к антибиотику.

Стоит отметить, что, по мнению международных экспертов, при отсутствии анатомических изменений в мочевых путях или серьезных сопутствующих заболеваний рецидивирующий цистит может считаться неосложненной инфекцией. Но по нашему мнению, в связи

с тем, что у подавляющего числа пациенток с РИНМП имеются факторы риска, целесообразно рецидивирующие ИМП считать осложненными.

– Согласно данным Курта Набера, уровень резистентности к антибиотикам зависит от уровня контроля над назначением и распространением (продажей) антибиотиков. Так, при должной строгости некоторые из антибактериальных препаратов даже удается локально «вернуть к жизни». В контексте сказанного, как Вы оцениваете ситуацию с использованием антибактериальных препаратов в России?

– Резистентность, развивающаяся на фоне неадекватной терапии, во всем мире признана угрозой национальной безопасности. И в этом контексте ситуация в России ужасающая. Основная проблема – это безрецептурный отпуск антибактериальных препаратов.

В России безрецептурный отпуск антимикробных препаратов недопустим. Так, согласно данным ВЦИОМ, около 50 % россиян уверены, что антибиотики убивают вирусы так же хорошо, как и бактерии. Такое исследование проводилось дважды (в 2007 и 2011 гг.): количество убежденных в противовирусной активности антибактериальных препаратов не просто не уменьшилось, а возросло!

– Но согласно зарубежным данным (Europeans, Science and Technology. Special Eurobarometer, 2005), европейцы знаниями тоже не блещут. Не меньшее число европейцев-обывателей уверено, что Солнце вращается вокруг Земли, с помощью антибиотиков можно бороться с вирусами, а радиоактивное молоко – обезвредить кипячением...

– Однако в Европе проблема резистентности стоит не так остро. В контексте этого не могу не согласиться с Куртом Набером: распространение резистентных штаммов зависит от уровня контроля над распространением и применением антибактериальных препаратов.

В России есть и другая проблема – это незнание основ антибактериальной терапии не только пациентами, но и самими врачами и, соответственно, неадекватное назначение препаратов.

– Приведите, пожалуйста, примеры подобных ошибок.

– Например, применение препаратов системного действия при, скажем, остром цистите. Или использование ранних хинолонов (уроантисептиков). Это назначение зачастую способствует хронизации процесса, нарушению иммунорегуляторных механизмов, возникновению резистентных к фторхинолонам штаммов микроорганизмов.

Еще одна из ошибок – это назначение фторхинолонов пациентам с длительным опытом безуспешной антимикробной терапии. Дело в том, что симптоматика

Рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей: сложности упрощенной диагностики

◀ Окончание, начало на стр. 12

специфического поражения мочевого пузыря (туберкулеза) сходна с таковой при хроническом цистите. И так как фторхинолоны активны в отношении микобактерий туберкулеза, то проведение терапии этими препаратами в последующем – в случае необходимости диагностирования специфического поражения мочевой системы – затруднит работу фтизиатрам и фтизиоурологам. Наличие в арсенале врачей-урологов других эффективных препаратов позволяет не использовать фторхинолоны у данной категории пациентов.

– Как следует назначать терапию?

– Необходимо руководствоваться существующими рекомендациями (EAU, российские национальные рекомендации) и назначать препараты с доказанной эффективностью и известной безопасностью; обладающие бактерицидным действием, выводящиеся почками в неизменном виде и обеспечивающие создание высоких концентраций и в моче, и в тканях. Предпочтение следует отдавать препаратам с длительным периодом полувыведения, которые можно принимать 1 или 2 раза в сутки.

Важен и надежный производитель, гарантирующий активность субстанции и отсутствие примесей.

Если речь идет об остром цистите, то и в европейских, и в российских рекомендациях прописаны 2 основных препарата – это фосфомицина трометамол и нитрофурантоин

Продолжительность терапии при неосложненных инфекциях нижних мочевых путей зависит от выбранного препарата и от отсутствия (или наличия) факторов риска.

– **Есть мнение, что ИМП можно лечить обильным питьем или травяными настоями. Как Вы относитесь к подобным «альтернативным» методам лечения?**

– Для лечения **инфекционных** заболеваний необходимо использовать препараты,

ВЦИОМ: в 2007 г. около 50 % россиян ответили, что антибиотики убивают вирусы так же хорошо, как и бактерии. К 2011 г. число россиян, убежденных в противовирусной активности антибактериальных препаратов, увеличилось.

убивающие возбудителя или подавляющие его размножение. Однако, имея значительный опыт лечения пациентов с рецидивирующими инфекциями, я могу сказать, что **даже с помощью самых эффективных антибиотиков мы не можем справиться с проблемой лечения РИНМП**. Мы это должны признать.

– **Почему? Если не «тяжелая артиллерия», в смысле антибиотики, то что еще необходимо для эффективного лечения РИНМП?**

– Так как рецидивы бывают достаточно частыми, то невозможно постоянно принимать антибиотики. И сейчас обсуждается возможность в некоторых случаях применять нестероидные противовоспалительные препараты. Согласно данным исследования 2010 г., при РИНМП терапия нестероидными противовоспалительными препаратами

– **Как увеличить безрецидивный период?**

– Согласно рекомендациям EAU есть несколько подходов к профилактике рецидивирующих инфекций – применение пробиотиков и назначение длительных низкодозных курсов антибактериальной терапии. К последней рекомендации мы относимся крайне отрицательно, так как низкодозные курсы антибактериальных препаратов предупреждают рецидив ИМП только в период приема препарата. Более

того, длительное применение антибиотиков способствует формированию резистентных штаммов возбудителей, развитию дисбиоза влагалища и кишечника.

Есть другое направление – применение препаратов клюквы. Одно из основных полезных веществ, которые содержит клюква, – проантоцианидин А (ПАЦ), который угнетает активность микроворсинок (в основном Р-фимбрий) микробов и тем самым мешает уропатогенам связываться с маннозоподобными остатками на клетках слизистой оболочки. Согласно рекомендациям EAU для повседневной практики достаточно принимать препарат, содержащий 36 мг ПАЦ (уровень доказательности 1b, степень рекомендаций C). К 2010 г. было проведено более 10 качественных рандомизированных клинических исследований по профилактике ИМП клюквой, проанализированных в новом Кокрановском обзоре. В общей сложности в исследованиях участвовали 1049 человек, рандомизированных в группу контроля либо лечения. Лекарственная форма в виде сока использовалась в 7 исследованиях, в виде таблеток – в 4 (в одном оценивались обе лекарственные формы). Показано, что продукты из клюквы значительно снижали частоту ИМП у женщин за 12 мес по сравнению с плацебо. Поэтому для комплексного лечения и профилактики ИМП специально был создан препарат Монурель (Замбон), представляющий комбинацию экстракта клюквы и витамина С. Достоинством Монуреля можно отнести достоверное снижение адгезии возбудителей к эпителию мочевых путей; содержание именно 36 мг ПАЦ; наличие таблетированной формы, что повышает комплаентность пациентов; точную дозировку ингредиентов. Область применения Монуреля обширна. Он может применяться для усиления эффекта антибактериальной

терапии, для профилактики рецидивов цистита при неблагоприятных условиях, при часто рецидивирующих циститах и как средство профилактики.

Третье направление профилактики – применение иммуномодуляторов. Пока единственным препаратом, не относящимся к антибиотикам и рекомендованным EAU для профилактики РИНМП, остается Уро-Ваксом. Он доказанно уменьшает лейкоцитурию, бактериурию и частоту рецидивов.

– **То есть альтернатива антибиотикам все-таки есть?**

– Нет, вышеописанные подходы относятся к профилактическим приемам. Как я уже говорила, справиться только с помощью антибиотиков с РИНМП мы не можем, но и без антибиотиков мы не можем говорить об адекватном лечении РИНМП.

Более того, если обратиться к научным работам и фундаментальным исследованиям, то и в обозримом будущем заменить антибиотики чем-то иным не представляется возможным.

– **Может быть, бактериофаги заменят антибиотики?**

– Это очень эффективный метод лечения, который может быть рассмотрен в качестве альтернативы антибиотикам. Бактериофаги действуют на конкретного возбудителя и никак не влияют на нормальную флору, т. е. не вызывают дисбиозов или дисбактериозов. Поэтому при отсутствии возможности использовать антибиотики – у пациенток с поливалентной аллергией или резистентностью к основным группам антибиотиков – препаратом выбора могут служить бактериофаги.

– **Говоря о рациональной и эффективной фармакотерапии инфекций нижних мочевых путей, какие рекомендации Вы можете дать коллегам?**

Назначая лечение, следует пользоваться не мнением какого-то конкретного специалиста или фармкомпании, а использовать результаты рандомизированных сравнительных исследований. Всегда и везде необходимо следовать принципам доказательной медицины, используя при назначении лечения соответствующую доказательную базу и данные с высокой степенью достоверности. **УС**

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

Учащенное и болезненное мочеиспускание только в 40 % случаев оказывается симптомом острого или рецидивирующего цистита.

макрокристаллический, который в РФ не зарегистрирован. Поэтому в российских рекомендациях присутствует фуразидин в форме калиевой соли. К альтернативным препаратам отнесены ингибиторозащищенные аминопенициллины (амоксициллин/клавуланат), цефалоспорины 3-го поколения (цефиксим, цефтибутен) и фторхинолоны (норфлоксацин).

Так как резистентность к фторхинолонам (в том числе и в России) растет, то согласно рекомендациям необходимо избегать назначения фторхинолонов при остром неосложненном цистите **при всяком возможном случае**.

во **время одного из обострений вполне эффективна**.

В некоторых случаях достаточно Канефрона, который воздействует на различные патогенетические механизмы ИМП, что доказано в экспериментальных и клинических работах. Растительный препарат оказывает противовоспалительное, спазмолитическое, антисептическое и диуретическое действие. Но он может быть использован лишь как **один из возможных препаратов при одном из рецидивов**. При этом, если в течение 3 суток не наступает должного эффекта, то врач всегда может назначить антибактериальную терапию.



Монурель – защита от цистита 3 эффекта в одной таблетке



Экстракт клюквы 36 мг РАС (проантоцианидины)

Препятствует адгезии *E.coli* к клеткам уротелия

1. Повреждает синтез фимбрий
2. Деформирует бактериальную клетку

Витамин С

3. Повышает сопротивляемость организма

1 таблетка в день:

- После курса антибактериальной терапии для поддержания достигнутого эффекта
- При часто рецидивирующих инфекциях мочевых путей для профилактики рецидивов.
- Во время периодов наибольшей подверженности стрессовым ситуациям с возможным развитием инфекций мочевых путей



ОДИН РАЗ В ДЕНЬ

Zambon

000 «Замбон Фарма»: Россия, 121002 Москва, Глазовский пер., д. 7, офис 17. Тел.: +7 (495) 933-38-30, 933-38-32 Факс: +7 (495) 933-38-31 e-mail: zambon@zambon.ru www.zambon.ru

Швейцарская урологическая клиника глазами российского уролога



Рустам Данисович Галимов

Врач-уролог
Городской
больницы № 40,
Санкт-Петербург

garustam@yandex.ru

С 01 по 28 ноября 2012 г. мне довелось пройти стажировку в урологической клинике больницы Inselspital, расположенной в столице Швейцарии Берне. Поэтому хотелось бы поделиться с российскими коллегами «реалиями» швейцарской урологии.

Возглавляет клинику профессор Джордж Тальманн, заместителем директора является профессор Фиона Буркхард. В клинике в качестве эксперта-консультанта работает профессор Урс Штудер, предыдущий директор клиники, заслуги которого известны всей мировой урологической общественности.

В мой первый день пребывания в клинике один из старших врачей провел ознакомительную экскурсию по этажам больницы, рассказал о каждом подразделении, представил персоналу. На следующий рабочий день профессор Тальманн представил меня всему врачебному составу. Нельзя не отметить, что с начала и до конца моего пребывания в клинике

Согласно последнему исследованию Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Швейцария — страна с самой эффективной системой здравоохранения. Однако в прошлом году каждый пятый больной здесь вынужден был отказаться от лечения по финансовым причинам (прим. редакции).

отношение всего медицинского персонала ко мне было исключительно позитивным, доброжелательным и веселым.

Мой рабочий день ежедневно начинался в 7.40 с утренней врачебной конференции. Периодически я участвовал в утренних обходах пациентов с врачами, которые они начинают в 7.00. После утренней конференции, на которой происходил доклад по пациентам, находящимся в стационаре, а также по ночным мероприятиям, начинался операционный день.

Операционный день ежедневно планируется таким образом, чтобы первое вмешательство начиналось в 8.00 – 8.10. В операционный план включаются не только открытые и эндоскопические вмешательства, требующие общей и местной анестезии, но и «малые» диагностические и лечебные мероприятия, например, замены эпицистостомических катетеров, удаления катетеров и др.

Планирование каждого мероприятия производится по времени, таким образом обеспечивается очень высокий уровень организации лечебной работы клиники. Первые несколько дней работы в клинике такой высокий уровень организации работы резко бросался в глаза и только с хорошей стороны, что можно сопоставить с известной метафорой «работает как швейцарские часы».

Клиника занимается всеми направлениями в урологии, выполняются все виды оператив-

ных вмешательств. Хорошая оснащенность современным оборудованием и высокий уровень профессиональной подготовки персонала обеспечивают оказание урологической помощи на мировом уровне. Каждый врач клиники обеспечивается карманным

Каждый врач клиники обеспечивается карманным руководством по ведению всех видов урологической патологии, созданным именно для этой больницы. Это делает сопровождение пациентов единообразным, преемственным и последовательным.

руководством по ведению всех видов урологической патологии, созданным именно для этой больницы. Это делает сопровождение пациентов единообразным, преемственным и последовательным.

Одно из ведущих урологических направлений клиники – онкоурология. Inselspital является одним из признанных учреждений по лечению рака мочевого пузыря, почки и предстательной железы.

Каждую неделю в клинике производится 3–4 радикальные цистэктомии с различными видами деривации мочи, аугментационные цистопластики при нейрогенных расстройствах и комбинированных новообразованиях.

За время нахождения в клинике меня постоянно ставили в состав операционной бригады в качестве ассистента.

Двадцатилетний накопленный опыт по выполнению такого вида операций (цистэктомий), систематизированный подход обеспечивают очень хорошие результаты лечения и минимальный процент послеоперационных осложнений.

Каждый штатный врач клиники на высоком уровне выполняет радикальную цистэктомию. Особенности выполнения каждого этапа таких операций постоянно рандомизируются и анализируются, что приводит к улучшению результатов лечения.

Мое участие в операциях позволило многому научиться у профессоров Тальманна, Штудера, Буркхард, старшего врача Мартина Шпана, у других старших врачей, чей уровень хирургических навыков также очень высок.

95,9 % швейцарских пациентов высоко оценили профессионализм и фундаментальные знания врачей, а 88 % опрошенных подтвердили, что медицинский персонал уделял им достаточно времени и внимания во время болезни. Кроме того, по мнению 77 % пациентов, швейцарские врачи благосклонно относятся к вопросам и даже побуждают больных задавать их (прим. редакции).

Открытость к общению руководства клиники помогала усвоению и закреплению материала. Все врачи во время выполнения операций параллельно на каждом этапе делали комментарии, объясняли, почему в данной ситуации надо поступать именно таким образом. Ни один мой вопрос не оставался без ответа. Те операции, в которых мне поучаствовать не пришлось, я старался обязательно посмотреть и записать особенности выполнения.

За 4 недели нахождения в клинике, кроме радикальных цистэктомий, простатэктомий, мне удалось ознакомиться с техникой выполнения роботических операций при раке почки (резекции и нефрэктомии), трансуретральных лазерных резекций простаты, операций при недержании мочи (слинговые и имплантация искусственного

сфинктера), при искривлении полового члена, перкутанных вмешательствах при мочекаменной болезни, уретеролитотрипсий, дистанционных литотрипсий.

В перерыве между оперативными вмешательствами я постоянно участвовал или наблюдал за техникой выполнения диагностических процедур, таких как уродинамические исследования, цистоскопии, уретероскопии, биопсии предстательной железы, консультации и осмотры пациентов.

Ежедневно в 16.00 производилась вечерняя врачебная конференция с подведением итогов дня и озвучиванием плана следующего дня. Три раза в неделю в 17.00 производились онкологические и научные заседания врачебного состава, где заслушивались подготовленные доклады, разбирались проблемные моменты диагностики.

Подводя итоги, можно сказать, что месяц моего пребывания в Швейцарии прошел очень продуктивно – удалось увидеть работу одной из ведущих клиник мира, профессионализм «звезд» мировой урологии, почерпнуть для себя немало важных моментов.

Стоит отметить, что в дополнение к профессиональному обучению прекрасная природа Швейцарии, хороший климат, вкусная кухня и доброжелательные люди оставили много приятных впечатлений и воспоминаний.

В заключение я хочу поблагодарить профессора Джорджа Тальманна, директора урологической клиники Inselspital, за предоставленную возможность учебы.



Коллектив урологической клиники больницы Inselspital



СОНИРИД ДУО

0,4 мг тамсулозин + 5 мг финастерид



Мужской набор

Комбинированное
лечение ДГПЖ
без лишних затрат!



ГЕДЕОН РИХТЕР

Основные подходы и сравнительный анализ российских, европейских и американских рекомендаций в отношении антибиотикопрофилактики послеоперационных инфекций мочевыводящих путей



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

В профилактике послеоперационных инфекций в урологии широко используются различные антибиотики (фторхинолоны, фосфомицин, ко-тримоксазол (бисептол) и др.), однако в условиях растущей антибиотикорезистентности (АР) обостряется проблема рационального выбора препаратов для антибиотикопрофилактики (АБП). Чтобы быть уверенным в правильности выбора, необходимо знать спектр возбудителей и АР основных патогенов в своей стране, в регионе, а также в конкретном стационаре.

Госпитальная инфекция у онкологических пациентов

Последнее отечественное многоцентровое исследование АР возбудителей внебольничных инфекций мочевыводящих путей (ИМП) в России («ДАРМИС», 2010–2011) выявило, что при осложненных ИМП резистентность к ципрофлоксацину составляла 19,2 %, левофлоксацину – 17,6 %, бисептолу – 25,2 %, амоксициллину/клавуланату – 12,6 %, амикацину – 1,5 %, цефотаксиму – 12,1 %, цефепиму – 10,0 %, эртапенему – 0 %, нитрофурантоину – 2,4 %, фосфомицину – 2,1 %, фуразидину – 2,9 % (Российские национальные рекомендации, 2012). То есть резистентность к фторхинолонам близка к высокой (около 20 %), а к бисептолу – высокая (25,2 %).

АР возбудителей госпитальных ИМП обычно еще выше. Так, среди возбудителей госпитальных ИМП у онкологических больных различного профиля один из основных возбудителей – *E. coli* – в 24,1 % случаев продуцировал бета-лактамазы расширенного спектра действия (БЛРС), что обусловило резистентность данных штаммов к большинству препаратов, за исключением пиперациллина/тазобактама и карбапенемов (эртапенем, имипенем, меропенем), которые, как правило, не используются для АБП, а в случае колонизации ими больного до операции могут назначаться в качестве «упреждающей» терапии.

Среди *E. coli*, не продуцирующих БЛРС, резистентность к ципрофлоксацину составляла 50 %, левофлоксацину – 47 %, бисептолу – 55 %, амоксициллину/клавуланату – 25 %, тикарциллину/клавуланату – 10 %, цефазолину – 15 %, гентамицину – 18 %. К амикацину, азтреонаму, эртапенему, цефтазидиму, цефотаксиму, цефуроксиму резистентность не превышала 5 %, а к цефепиму, имипенему, меропенему составляла 0 % (РОНЦ РАМН, 2011, неопубликованные данные). Помимо *E. coli* и энтеробактерий, являющихся основными возбудителями ИМП, послеоперационные инфекции могут вызываться мультирезистентными возбудителями (синегнойные палочки, ацинетобактерии и др.). При высокой частоте их выделения в стационаре и у колонизированных ими больных стандартные для АБП рекомендации также не подходят.

Антибиотикопрофилактика – чем и когда?

Общепринятыми являются основные положения АБП (введение 1-й дозы антибиотика за 30–60 мин до кожного разреза / начала манипуляции (для ванкомицина и фторхинолонов – за 120 мин), длительность АБП не более 24 ч, основная задача – предотвращение раневой инфекции, а в урологии – и мочевой инфекции). Ниже будет дана характеристика основных препаратов для АБП.

Фторхинолоны (ципрофлоксацин, левофлоксацин, офлоксацин) по-прежнему рекомендуются большинством специалистов. Обладая хорошей биодоступностью, ≥ 80 % экскрецией с мочой (кроме моксифлоксацина), они могут использоваться с целью АБП в странах и стационарах с низкой частотой АР (США, Канада, страны Северной и Центральной Европы), что нашло отражение в европейских и американских рекомендациях по АБП (таблица). И это несмотря на то, что в 2012 г. опубликованы десятки работ, в которых урологи всего мира подчеркивают свое беспокойство в связи с тем, что фторхинолоны «перестали работать», и задают вопрос, чем проводить АБП в этом случае?

Причинами отсутствия *in vitro* и *in vivo* активности фторхинолонов в некоторых стационарах стран Азии, Ближнего Востока, Южной Европы, а также нашей страны является их длительность и чрезмерно широкое использование в лечении не только ИМП, но и инфекций респираторного тракта, а также наличие огромного числа дженериков с неизвестной активностью, которые широко применяются из-за их низкой стоимости. Еще одной причиной, по моему мнению, является использование антибиотиков в урологии в низких дозах, что предлагается, исходя из возможности создания высоких концентраций в моче. Однако обратной стороной применения низких доз препаратов также является развитие АР.

Высока резистентность и к **ко-тримоксазолу**, по разным данным составляющая от 25 до 65 %, поэтому его активность как препарата для АБП представляется сомнительной.

Цефалоспорины 1-го поколения (цефазолин) и **2-го поколения** (цефуроксим) предлагаются в качестве основных препаратов для АБП в хирургии. Они малотоксичны, хорошо экскретируются почками и могут применяться в различных ситуациях, требующих АБП в урологии. Резистентность к ним, как правило, невысока.

Цефалоспорины 3-го поколения (цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим) – препараты, предназначенные для лечения, а не АБП. Спектр их действия в отношении грамотрицательной флоры существенно шире такового у цефалоспоринов 1–2-го поколения. Применение цефалоспоринов 3-го поколения в АБП может ограничиваться отдельными ситуациями (например, операциями с использованием сегментов кишечника), и то в этом случае показано применение препаратов, не активных против синегнойной палочки (цефтриаксон, цефотаксим). Цефтриаксон обладает невысокой экскрецией почками и тем самым проигрывает перед цефотаксимом. Цефтазидим, активный против *P. aeruginosa*, не используется для АБП.

Неоправданно широкое использование цефалоспоринов 3-го поколения, так же как и фторхинолонов, способствует селекции мультирезистентных энтеробактерий.

Несмотря на активность в отношении чувствительных штаммов энтерококков, целесообразность использования в АБП «незащищенных» **аминопенициллинов** (ампициллин, амоксициллин), даже в виде комбинации с другими антибиотиками, сомнительна. **Ингибитор-защищенные аминопенициллины** (амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам) лучше защищены от гидролиза бета-лактамазами и характеризуются относительно невысоким уровнем резистентности, поэтому наряду с цефалоспорином 1–2-го поколения могут использоваться при АБП.

Ингибитор-защищенные уреидопенициллины (пиперациллин/тазобактам) и **карбокситенициллины** (тикарциллин/клавуланат) обладают более широким спектром действия по сравнению с аминопенициллинами и активны в отношении *P. aeruginosa*. В большинстве случаев это препараты терапевтического ряда, хотя появляются сообщения об их использовании в качестве препаратов для АБП в стационарах с высокой резистентностью к фторхинолонам и цефалоспорином.

Аминогликозиды (гентамицин, нетилмицин, тобрамицин, амикацин) обладают хорошей экскрецией с мочой и невысоким уровнем резистентности, однако их применение при уроинфекциях лимитируется потенциальной нефротоксичностью и ототоксичностью. Несмотря на предполагаемое кратковременное использование аминогликозидов при АБП (максимально 1 сутки), следует учитывать, что в настоящее время есть более безопасные препараты (пенициллины, цефалоспорины).

Азтреонам – единственный монобактам, обладающий активностью против грамотрицательной микрофлоры, включая синегнойную палочку. Может использоваться в терапии ИМП, целесообразность использования в АБП спорна.

Фосфомицина трометамол – пероральный антибиотик, обладающий низким уровнем АР, и 90 % экскрецией с мочой. Это подвигло отечественных специалистов рекомендовать данный препарат для АБП (пероральный прием за 3 ч до манипуляции). Однако подобный подход вряд ли широко возможен (необходимость наркоза, достаточная длительность многих операций).

Цефалоспорины 4-го поколения (цефепим), карбапенемы (эртапенем, имипенем, меропенем) являются препаратами терапевтического ряда и поэтому не обсуждаются в контексте данной статьи.

Мировой опыт – Европа, США, Россия

При сравнении российских и международных рекомендаций обращает на себя внимание то, что в **рекомендациях Американской ассоциации урологов (2012)** наиболее часто предлагаются фторхинолоны и ко-тримоксазол, резистентность к которым на американском континенте не столь высока, как в других регионах планеты,

а также комбинации аминогликозидов (или азтреонама, или цефалоспоринов) с метронидазолом (или клиндамицином) или ингибитор-защищенные пенициллины. Эти рекомендации незначительно варьируют в зависимости от процедуры.

Однако аминогликозиды не подлежат введению во время наркоза в связи с их способностью вызывать нейромышечную блокаду с остановкой дыхательной и сердечной деятельности. Аналогично, линкозамиды (клиндамицин) также способны усиливать действие миорелаксантов вплоть до остановки дыхания. Поэтому рекомендации назначения этих двух групп препаратов в рамках АБП вызывают удивление.

В **рекомендациях Европейской ассоциации урологов (2012)** широко предлагается использование ко-тримоксазола, цефалоспоринов и защищенных пенициллинов. Исключение аминогликозидов и азтреонама оправданно ввиду потенциальной токсичности первых и нерационального использования препаратов с антисинегнойной активностью (некоторые аминогликозиды (амикацин, тобрамицин), азтреонам) для АБП. Однако удивительно сохранение в рекомендациях ко-тримоксазола, который характеризуется высокой частотой приобретенной резистентности и поэтому вряд ли может являться препаратом первого выбора для АБП.

Национальные российские рекомендации (2012) не пропагандируют ко-тримоксазол и чаще, чем в Европе, но реже, чем в США, рекомендуют фторхинолоны. В основном, как и в европейских рекомендациях, предлагается использовать ингибитор-защищенные пенициллины и цефалоспорины. Особенностью наших рекомендаций является предложение применять фосфомицина трометамол для профилактики при трансуретральной резекции простаты, где данный препарат является альтернативой фторхинолонам. О целесообразности рекомендаций использования фосфомицина при операциях со вскрытием мочевого пузыря повторяться не буду.

Более подробно различные рекомендации по АБП в урологии представлены в таблице.

В заключение хочется отметить, что дабы не выбирать слепо из предлагаемых разными специалистами рекомендаций по АБП ту единственную, которая подходит конкретному больному, перед любой операцией/манипуляцией целесообразно за несколько дней проводить посев мочи для выявления бактериурии и определения антибиотикочувствительности. Это позволит при необходимости санировать мочевые пути больного до операции.

При отсутствии бактериологического анализа можно ориентироваться на данные мониторинга возбудителей и их антибиотикочувствительности в конкретном учреждении, а лучше в конкретном подразделении.

И еще одно. Необходимо использовать антибиотики, создающие высокую концентрацию в моче, применять их в стандартных дозах и периодически менять препараты, используемые для АБП, в рамках имеющихся рекомендаций.

Окончание на стр. 17 ▶

Окончание,
начало на стр. 16

Сравнение рекомендаций по АБП в урологии (порядок препаратов в каждой колонке не указывает на предпочтение того или иного препарата, а отсутствие какого-либо препарата не говорит о том, что он не может быть использован в конкретных ситуациях)

Процедура	Основные возбудители	Контингент больных	Российские национальные рекомендации (2012)	Рекомендации Европейской ассоциации урологов (2012)	Рекомендации Американской ассоциации урологов (2012)	Наши комментарии
Диагностические и инструментальные манипуляции						
Цистография, уродинамическое исследование, простая цистуретроскопия	<i>E. coli</i> , <i>Proteus</i> spp., <i>Klebsiella</i> spp., <i>Enterococcus</i> spp., <i>Staphylococcus</i> spp.	Только при бактериурии и/или наличии факторов риска	АБП рекомендуется (без расшифровки)	Ко-тримоксазол [†] или цефалоспорин 2-го поколения	Фторхинолон или ко-тримоксазол или аминогликозид ± ампициллин или азтреонам ± ампициллин или цефалоспорин 1–2-го поколения или амоксициллин/клавуланат	Необходим посев мочи для выявления бактериурии за 2–3 дня до манипуляции В отсутствие данных посева необходимо ориентироваться на знание локальной резистентности
Цистуретроскопия с проведением манипуляции	Те же	Все больные	То же	То же	То же	
Трансректальная биопсия предстательной железы	<i>E. coli</i> , <i>Proteus</i> spp., <i>Klebsiella</i> spp., <i>Enterococcus</i> spp., анаэробы	Все больные	Фторхинолон или аминогликозид или цефалоспорин + метронидазол или ингибитор-защищенный пенициллин	Фторхинолон ± метронидазол или ко-тримоксазол ± метронидазол В группе низкого риска – одна доза, в группе высокого риска (бактериурия, постоянный катетер, ИМП в анамнезе) – пролонгированный курс терапии	Фторхинолон или цефалоспорин 1, 2, 3-го поколения или аминогликозид + метронидазол или азтреонам + метронидазол (альтернатива метронидазолу – клиндамицин)	Фторхинолоны не являются препаратами первого выбора. В отсутствие данных посева необходимо ориентироваться на знание локальной резистентности Желательно добавление антианаэробных препаратов (метронидазол)
Эндоурологические манипуляции						
Ударно-волновая (дистанционная) литотрипсия	<i>E. coli</i> , <i>Proteus</i> spp., <i>Klebsiella</i> spp., <i>Enterococcus</i> spp.	США: все больные Европа: только пациенты группы риска + АБП обязательна у больных со стентом или нефростомической трубкой	Рекомендована АБП Фосфомицина трометамол?	Ко-тримоксазол или цефалоспорин 2–3-го поколения или ингибитор-защищенный аминопенициллин	Фторхинолон или ко-тримоксазол или аминогликозид ± ампициллин или азтреонам ± ампициллин или цефалоспорин 1–2-го поколения или амоксициллин/клавуланат	Необходим посев мочи для выявления бактериурии за 2–3 дня до манипуляции В отсутствие данных посева необходимо ориентироваться на знание локальной резистентности
Трансуретральная резекция простаты	<i>E. coli</i> , <i>Proteus</i> spp., <i>Klebsiella</i> spp., <i>Enterococcus</i> spp.	Все больные	Фторхинолон или фосфомицина трометамол	Ко-тримоксазол или цефалоспорин 2–3-го поколения или ингибитор-защищенный аминопенициллин При малых опухолях и низком риске возможно не проводить АБП	Рекомендации не представлены	Можно предположить, что американские рекомендации включали бы: фторхинолоны или аминогликозид ± метронидазол или азтреонам ± метронидазол или цефалоспорин 2–3-го поколения ± метронидазол
Трансуретральная резекция мочевого пузыря	<i>E. coli</i> , <i>Proteus</i> spp., <i>Klebsiella</i> spp., <i>Enterococcus</i> spp.	В группе высокого риска и при больших опухолях	Рекомендации не представлены	Ко-тримоксазол или цефалоспорин 2–3-го поколения или ингибитор-защищенный аминопенициллин	Рекомендации не представлены	Можно предположить, что американские рекомендации включали бы: фторхинолоны или аминогликозид ± метронидазол или азтреонам ± метронидазол или цефалоспорин 2–3-го поколения ± метронидазол
Открытые и лапароскопические операции						
Операции без вскрытия мочевых путей	<i>S. aureus</i> , КНС*, стрептококки группы А	При наличии факторов риска	Рекомендации не представлены	Рекомендации не представлены	Цефалоспорин 1-го поколения или клиндамицин	Можно применять рекомендации, используемые в общей хирургии (цефалоспорины 1–2-го поколения) Достаточно одной дозы антибиотика
Операции со вскрытием мочевых путей	<i>E. coli</i> , <i>Proteus</i> spp., <i>Klebsiella</i> spp., <i>Enterococcus</i> spp., <i>S. aureus</i> , КНС*, стрептококки группы А	Все больные	Фосфомицина трометамол или фторхинолон или ингибитор-защищенный пенициллин или цефалоспорин	Одна доза Ко-тримоксазол или цефалоспорин 2–3-го поколения или ингибитор-защищенный аминопенициллин	Цефалоспорин 1–2-го поколения или аминогликозид ± метронидазол или азтреонам ± метронидазол или ампициллин/сульбактам или фторхинолон	Необходим посев мочи для выявления бактериурии за 2–3 дня до манипуляции В отсутствие данных посева необходимо ориентироваться на знание локальной резистентности
Операции с использованием сегментов кишечника	<i>E. coli</i> , <i>Proteus</i> spp., <i>Klebsiella</i> spp., <i>Enterococcus</i> spp., <i>S. aureus</i> , КНС*, стрептококки группы А, анаэробы	Все больные	Ингибитор-защищенный аминопенициллин или цефалоспорин 2-го поколения + метронидазол	Цефалоспорин 2–3-го поколения + метронидазол	Цефалоспорин 2–3-го поколения или аминогликозид ± метронидазол или азтреонам ± метронидазол или ампициллин/сульбактам или тикарциллин/клавуланат или пиперациллин/тазобактам или фторхинолон	Необходим посев мочи для выявления бактериурии за 2–3 дня до манипуляции В отсутствие данных посева необходимо ориентироваться на знание локальной резистентности
Операции с имплантацией протезов	<i>S. aureus</i> , КНС*, стрептококки группы А, <i>E. coli</i> , <i>Proteus</i> spp., <i>Klebsiella</i> spp., <i>Enterococcus</i> spp.	Все больные	Показана АБП (не расшифровывается)	Цефалоспорин 2–3-го поколения или ингибитор-защищенный аминопенициллин	Аминогликозид ± цефалоспорин 1–2-го поколения или аминогликозид ± ванкомицин или азтреонам ± цефалоспорин 1–2-го поколения или азтреонам ± ванкомицин или ампициллин/сульбактам или тикарциллин/клавуланат или пиперациллин/тазобактам	Необходим посев мочи для выявления бактериурии за 2–3 дня до манипуляции В отсутствие данных посева необходимо ориентироваться на знание локальной резистентности Использование комбинаций с ванкомицином – только при возможном инфицировании резистентными стафилококками

Примечание. [†] – ко-тримоксазол = бисеттол; * КНС – коагулазонегативные стафилококки. PS. Азтреонам заменяет аминогликозиды у больных с почечной недостаточностью.

УС

Кафедра урологии с нефрологией Ярославской государственной медицинской академии (исторический очерк)



Игорь Сергеевич Шорманов

Д.м.н., зав. кафедрой урологии с нефрологией ЯГМА, председатель Ярославского отделения РОУ

i_s_shormanov@rambler.ru



Михаил Михайлович Ворчалов

Ассистент кафедры урологии с нефрологией ЯГМА, ответственный секретарь Ярославского отделения РОУ

kaufuro@mail.ru

Преподавание урологии как самостоятельной дисциплины в Ярославском государственном медицинском институте (ЯГМИ), созданном на базе эвакуированных Минского и Витебского медицинских вузов, началось в 1946 г. Для этого при кафедре факультетской хирургии был создан курс урологии, базой которого стало урологическое отделение больницы им. Н.А. Семашко, развернутое на 30 коек. Первым руководителем курса стал доцент Зиновий Вольфович Файнштейн (04.11.1899 – 24.08.1969) – известный уролог-хирург, доктор медицинских наук, демобилизованный из армии в 1945 г. Хочется отметить, что в годы Великой Отечественной войны Зиновий Вольфович активно работал в урологических клиниках, служил начальником урологического госпиталя во Владикавказе и даже был членом Ученого совета одного из эвакуированных 1-го Белорусского фронта. В 1942 г. он был избран доцентом по курсу урологии Северо-Осетинского государственного медицинского института. В 1942–1943 гг. возглавлял урологическую клинику Сталинабадского института, где в 1943 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Диагностика туберкулеза почек». В Ярославле Зиновий Вольфович Файнштейн заведовал курсом урологии до 1953 г., когда был приглашен на должность заведующего кафедрой урологии Алма-Атинского государственного медицинского института, которой руководил до конца жизни.

В 1953 г. курс урологии при кафедре факультетской хирургии ЯГМИ возглавила Аврелия Яновна Нейдорф (1900 – 1984). А.Я. Нейдорф родилась в Эстонии, в г. Веземберг, в 1900 г. В возрасте 17 лет переехала в Петроград. В 1918 г. добровольцем вступила в ряды Красной Армии. Факты биографии этой женщины говорят о том, какой сильной и незаурядной личностью она была. Так, в 1920 г. Реввоенсовет Республики наградил А.Я. Нейдорф именными часами с надписью:

«Честному воину Красной Армии от Петроградского Совета рабочих и солдатских депутатов». В 1923 г. она поступила на медицинский факультет Ярославского университета, а после его закрытия (1924) продолжила образование в Астраханском медицинском институте. С 1928 по 1941 г. работала хирургом в лечебных учреждениях Ярославской области. С июня 1941 по 1945 г. служила в Красной Армии. В первые месяцы войны работала в местном эвакуационном пункте, занимаясь сортировкой поступающих в Ярославль раненых и организацией их транспортировки в лечебные учреждения. Затем – начальником отделений и ведущим хирургом эвакуогоспиталей. В 1952 г. защитила кандидатскую диссертацию «Хронические эмпиемы плевры после огнестрельных проникающих ранений грудной клетки». И, как уже было сказано выше, в 1953 г. возглавила курс урологии при кафедре факультетской хирургии.

Базой кафедры в 1950-е годы стала Ярославская областная больница (ЯОКБ), где в то время было только 4 отделения (нервное, терапевтическое, хирургическое и глазное). Урологические койки входили в состав хирургического отделения ЯОКБ.

В те годы подавляющее большинство врачей Ярославля были привлечены в областные научные общества по специальности. В 1952 г. по инициативе А.Я. Нейдорф принято решение о проведении ежегодных итоговых научных конференций урологов с последующей публикацией тезисов. В апреле 1953 г. решением партийной организации ЯОКБ создается бюро по научной работе, одним из членов которого становится Аврелия Яновна Нейдорф. Скончалась Аврелия Яновна в 1984 г.

С 1968 г. курс урологии при кафедре факультетской хирургии возглавила доцент Тамара Алексеевна Ларионова (05.01.1930 – 20.06.1993). Тамара Алексеевна родилась в 1930 г. в д. Кушалино Калининской области. В 1952 г. с отличием окончила ЯГМИ, а в 1955 г. – клиническую ординатуру на кафедре госпитальной хирургии. В 1955–1957 гг. – заведующая хирургическим отделением городской больницы в г. Балтийске Калининградской области, в 1957–1963 гг. – ординатор хирургического отделения ЯОКБ. С 1963 по 1966 г. Т.А. Ларионова училась в аспирантуре на кафедре факультетской хирургии ЯГМИ, по окончании которой защитила кандидатскую диссертацию на тему «Газообмен и состояние окислительно-восстановительных процессов у больных тиреотоксикозом в до- и послеоперационном периодах». В 1968 г. Тамара Алексеевна возглавила курс урологии при кафедре факультетской хирургии, а с 1980 г. в связи с созданием самостоятельной кафедры урологии перешла на должность доцента. В 1982 г. защитила докторскую диссертацию «Осморегулирующая и натрийуретическая функция почек, ренальная и общая гемодина-

мика, некоторые методы патогенетической терапии при хроническом пиелонефрите». С 1983 г. Т.А. Ларионова стала профессором кафедры урологии.

Первым заведующим кафедрой урологии ЯГМИ был назначен проф. Виктор Васильевич Мазин (14.08.1932 – 06.09.1998). Родился Виктор Васильевич 14 августа 1932 г. в пос. Островское Костромской области. В 1951 г. с отличием окончил фельдшерско-акушерскую школу. В 1951–1955 гг. – студент Ивановского медицинского института. После 4-го курса он перешел на военно-медицинский факультет 1-го Ленинградского медицинского института им. И.П. Павлова и окончил его с отличием в 1957 г. В 1958–1962 гг. – хирург-уролог в городской больнице г. Кирова. В 1962–1965 гг. – аспирант кафедры урологии Московского центрального института усовершенствования врачей, где подготовил и в 1965 г. защитил кандидатскую диссертацию «Туберкулез единственной почки». После окончания аспирантуры В.В. Мазин был направлен



Проф. Виктор Васильевич Мазин

в г. Владивосток на должность ассистента, а затем доцента по курсу урологии при кафедре факультетской хирургии Медицинского института. В 1972 г. организовал и возглавил кафедру урологии Владивостокского медицинского института. В 1973 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Закрытые повреждения почки». При инициативе и при участии В.В. Мазина во Владивостоке открылась урологическая клиника с лабораторией «Искусственная почка» и отделение детской урологии. В 1979 г. Виктор Васильевич перешел на должность профессора кафедры факультетской хирургии ЯГМИ по курсу урологии. В 1980 г. он возглавил кафедру урологии ЯГМИ. Виктор Васильевич Мазин являлся членом правления Всероссийского и Всесоюзного урологических обществ, редактором отдела «Урология и нефрология» Большой медицинской энциклопедии, членом редакционного совета журнала «Урология и нефрология».

В 1998 г. кафедру урологии ЯГМИ возглавил доцент Иван Вадимович Крупин (18.04.1950 – 12.11.2007). Иван Вадимович родился в г. Фурманов Ивановской области. В 1973 г. он окончил ЯГМИ. В 1974–1975 гг. работал урологом в МСЧ НЯ НПЗ, в 1975–1976 гг. – уролог в ЯОКБ. С 1977 г. Иван Вадимович начал преподавать в ЯГМИ, сначала в должности ассистента кафедры факультетской хирургии по курсу урологии, с 1980 г. – в должности ассистента кафедры урологии, а с 1994 г. в должности доцента той же кафедры. В 1985 г. он защитил кандидатскую диссертацию «Выбор метода гемостаза и дренирования мочевых путей при аденомэктомии предстательной железы».

С 1998 по 2006 г. Иван Вадимович Крупин – заведующий кафедрой урологии с нефрологией Ярославской государственной медицинской академии (ЯГМА). Иван Вадимович приложил много сил для укрепления связей между кафедрой урологии ЯГМА и ведущими урологическими клиниками страны. Активно занимался развитием онкоурологии в регионе. Был инициатором и организатором проведения Пленума Российского общества урологов (РОУ) в Ярославле в 2001 г. При И.В. Крупине в Ярославле активно стала развиваться эндоскопическая урология, дистанционная литотрипсия, началось освоение лапароскопических методов лечения урологических заболеваний.

С 2006 по 2011 г. кафедрой заведовал доцент Александр Павлович Иванов – выпускник ЯГМИ 1985 г. По окончании института он по распределению работал врачом урологического отделения городской больницы № 1 в г. Вологде. После окончания клинической ординатуры работает в ЯГМИ – старший лаборант (1988), ассистент (1995), доцент (2000), заведующий кафедрой урологии с нефрологией (2006–2011). В 1995 г. защитил кандидатскую диссертацию «Изменения гемодинамики и некоторые методы ее коррекции при остром пиелонефрите (клинико-экспериментальные исследования)», в 2012 г. – докторскую диссертацию «Клинико-экспериментальные обоснования органосохраняющих операций при раке почки». В ученом звании доцента утвержден в 2001 г. Автор более 80 научных работ. Сфера научных интересов – онкоурология. Подготовил двух кандидатов наук.

С 2011 г. кафедру урологии с нефрологией ЯГМА возглавляет доктор медицинских наук, доцент Игорь Сергеевич Шорманов – выпускник лечебного факультета ЯГМА 1995 г. После окончания клинической ординатуры он продолжил работу в академии в должности ассистента (1997), а позднее (с 2007 г.) в должности доцента кафедры. В 2000 г. Игорь Сергеевич защитил кандидатскую диссертацию «Изменение почек и их сосудистой системы при стенозе легочного ствола и после его хирургического устранения», а в 2009 г. – докторскую диссертацию на тему «Структурно-функциональные изменения почек при пороках развития магистральных сосудов сердца». Является автором более 180 научных работ. В 2011 г. И.С. Шорманов избран председателем Ярославского регионального отделения РОУ. С 2012 г. является членом правления РОУ.

Сегодня коллектив кафедры урологии с нефрологией ЯГМА состоит из преподавателей, имеющих огромный опыт лечебной, педагогической и научной работы. Клиническими базами кафедры являются урологические и нефрологические отделения 3 лечебных учреждений города: ГБКУЗ ЯО МСЧ ОАО «Автодизель», ЯОКБ и Ярославской областной клинической онкологической больницы. В штате кафедры 2 доктора и 5 кандидатов медицинских наук, все сотрудники кафедры активно занимаются лечебной работой, двое из них заведуют урологическими отделениями. Сотрудники кафедры являются признанными профессионалами в области урологии и нефрологии, поэтому любой профильный пациент имеет возможность получить высококвалифицированную помощь.

Системный и творческий подход к работе в соединении с безупречной квалификацией ведущих сотрудников кафедры определяет сегодня высокий профессиональный статус коллектива. **УС**



Зиновий Вольфович Файнштейн Аврелия Яновна Нейдорф Тамара Алексеевна Ларионова

Современное лечение кастрационно-резистентного рака предстательной железы

Рак предстательной железы (РПЖ) сегодня считается одной из самых серьезных медицинских проблем мужского населения. В РФ за последнее десятилетие первичная заболеваемость РПЖ увеличилась в 2,2 раза: с 11,58 тыс. в 2000 г. до 26,26 тыс. в 2010 г. Показатели распространенности заболевания за этот же период увеличились в 2,8 раза. На фоне значительного снижения стандартизованных показателей смертности от всех злокачественных новообразований с 2000 по 2010 г. показатели смертности от РПЖ увеличились с 8,23 до 11,61 на 100 тыс. населения (прирост на 41,39 %).

Эпидемиологическая ситуация осложняется также тем, что более половины впервые выявленных случаев РПЖ диагностируются уже на стадии местно-распространенного (III стадия) – 35,3 % и метастатического (IV стадия) рака – 17,8 %. По данным выборочных эпидемиологических исследований, проведенных в отдельных регионах РФ, доля выявления РПЖ на III–IV стадии достигает 77,3 %.

В течение 2 лет у таких пациентов может развиться резистентность к гормональным методам медикаментозного воздействия, но уже в форме кастрационно-резистентного рака предстательной железы (КРРПЖ), тактика лечения которого вызывает большие разногласия среди ученых и клиницистов всего мира.

Это связано с тем, что эффективность большинства традиционных химиотерапевтических агентов при лечении КРРПЖ крайне низкая. С учетом современных разработок в области биологии КРРПЖ в последние годы созданы новые препараты, воздействующие на молекулярные механизмы роста опухоли. Эти препараты демонстрируют значительный терапевтический эффект, доказывают эффективность по увеличению общей выживаемости и повышению качества жизни пациентов, регрессии со стороны пораженных лимфатических узлов, стабилизации костных метастазов, снижению уровня простатического специфического антигена (ПСА). Одним из перспективных направлений в лечении КРРПЖ является назначение комбинированной

терапии аналогами соматостатина длительного действия (октреотид-депо) и дексаметазоном.

В настоящее время проведен ряд клинических исследований, показывающих эффективность и безопасность применения аналогов соматостатина с дексаметазоном на фоне медикаментозной кастрации аналогами GnRH у больных с КРРПЖ. Б.Я. Алексеев, И.Г. Русаков, А.Д. Каприн, О.И. Аполихин, А.В. Сивков, Р.А. Гафанов, С.В. Быстров, В.Н. Ощепков, Н.Г. Кешишев в 2010 г. опубликовали исследование с участием 68 больных КРРПЖ. Оценивалась эффективность комбинации октреотида-депо 20 мг с дексаметазоном у больных до 1-й линии химиотерапии ($n = 36$) и больных, прогрессирующих после химиотерапии доцетакселом ($n = 30$). Среднее количество курсов в 1-й группе – 6,8; во 2-й группе – 5,9. Снижение уровня ПСА > 50 % и > 80 % в 1-й группе составило соответственно 38,9 % и 16,7 %. Во 2-й группе – 26,7 % и 6,7 % соответственно. Стабилизация уровня ПСА – 41,7 % и 53,3 % в 1-й и 2-й группах лечения соответственно. Большой клинический эффект наблюдался у больных, ранее не получавших цитотоксическую терапию. Д.И. Ганов, С.А. Варламов в 2011 г. опубликовали результаты терапии 15 больных КРРПЖ по аналогичной схеме. Снижение уровня ПСА отмечено в 60 % случаев, стабилизация – в 26,7 %, прогрессирование – у 13,3 % больных. Снижение градации боли отмечено у 80 % пациентов. Общая средняя продолжительность времени до прогрессирования составила 8 мес. Данный режим терапии отличают весьма удовлетворительная переносимость, отсутствие тяжелых токсических побочных эффектов. В связи с этим особенно оправданно применение данного режима у пожилых пациентов с отягощенным соматическим статусом. В заключение можно отметить, что при КРРПЖ стандартная андрогенная абляция вместе с аналогами соматостатина и дексаметазоном имеет приемлемый профиль переносимости и позволяет достичь объективного и палиативного эффектов более чем в 50 % случаев. **УС**

Материал подготовила В.А. Шадёркина

№1*

***Первый российский аналог соматостатина**

Октреотид • депо

Комбинированная терапия кастрационно-резистентного рака предстательной железы¹



Будь уверен!

Эффективность и безопасность Октреотид-депо доказана клиническими исследованиями, подтверждена практикой

- 60%*** снижение уровня ПСА²
- 88%*** отсутствие прогрессирования заболевания в течение 8 мес.²
- 80%*** уменьшение или отсутствие болевого синдрома²
- 85%*** объективный положительный ответ на лечение¹



ДЕПО ФОРМА в/м 1 раз в 28 дней

ЗАО ФАРМ-СИНТЕЗ
115419 Москва, 2-ой Рошинский проезд, 8
Тел:(495) 796-94-33, факс (495) 796-94-34
E-mail: info@pharm-sintez.ru
www.pharm-sintez.ru

Способ применения и дозы: Октреотид-депо 20 мг в/м 1 раз в 28 дней в комбинации с дексаметазоном: 4 мг в сутки в течение месяца, далее 2 мг в сутки в течение 2-х недель, далее 1 мг в сутки (поддерживающая доза)

* – % выживаемости пациентов.
1. А.Д. Каприн, Н.Ю. Добрылюк, Р.А. Гафанов, С.В. Быстров, ФГУ «Российский научный центр радиационной онкологии Росмедбиолог». Новая медицинская технология: «Октреотид-депо в комбинированной терапии больных с гормонорезистентным раком предстательной железы». Москва, 2009.
2. И.Г. Русаков, А.А. Гривинин «Современное представление о лечении кастрационно-резистентного рака предстательной железы». Журнал «Практическая онкология» т. 13 №3, 2012/
Д.И. Ганов, С.А. Варламов «Последние достижения в лечении кастрационно-резистентного рака предстательной железы. Опыт применения». Алтайский государственный медицинский университет. Алтайский филиал ГОИИ имени И.И. Скляева ГМАИ г. Барнаул, 2012 г.





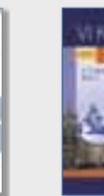
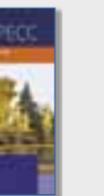
Агентство «АБВ-экспо» – профессиональный организатор медицинских деловых и научных мероприятий

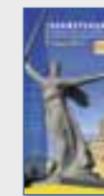
www.abvexpo.ru

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

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







НАШИ КЛИЕНТЫ



Российское общество онкоурологов



Российское общество специалистов по опухолям ГОЛОВЫ и ШЕЙ



Общество специалистов по онкологической колопроктологии

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

STEPS – шаги в европейской онкоурологии



Александр Викторович Говоров

К.м.н., кафедра урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова
alexgovorov@newmail.ru



Сергей Александрович Рева

К.м.н., отделение онкоурологии НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург
sgreva79@mail.ru

проводимой не в первый раз в рамках ESOU при поддержке компании Ipsen, является внедрение новых возможностей образовательного процесса, когда специалист может обсуждать клинические случаи обследования и лечения пациентов с ведущими специалистами. Для участия в сессии STEPS Meet-the-Expert приглашаются 15 молодых специалистов, заранее подавших заявки для проведения дискуссии на одну из трех тем – рак почки, мочевого пузыря и РПЖ. Каждая из трех 2-часовых дискуссий проводилась под руководством одного из признанных онкоурологов – проф. M. Soloway, Miami, США (рак мочевого пузыря); проф. H. Van Roppel, Leuven, Бельгия (рак почки); проф. P. Hammerer, Braunschweig, Германия (рак простаты) и членов президиума ESOU Board: по вопросам рака почки – А. Говоров (Россия), РПЖ – J. Hugosson (Швеция), рак мочевого пузыря – S. Brewster (Англия). Дискуссия продолжалась 2 часа и заканчивала 2-й день конференции. В работе каждого из 3 столов поочередно участвовал руководитель ESOU проф. Maurizio Brausi.

Непринужденная обстановка (ее подчеркивала изысканная кухня и прекрасное итальянское

вино) способствовала оживленной и интересной дискуссии по вопросам рака почки, мочевого пузыря и РПЖ.

В обсуждении проблем каждого из столов участвовали специалисты моложе 40 лет (требование ESOU) из четырех стран Европы, работающие в крупных европейских центрах. Некоторые из участников уже хорошо зарекомендовали себя в мире онкоурологии и известны по большому количеству публикаций в периодических изданиях.

В качестве примера можно привести обсуждение проблем диагностики и лечения РПЖ, в которой мне довелось участвовать как представителю России в программе STEPS. Интерес в беседе подогревался тем, что рак простаты предсказуемо был наиболее обсуждаемой темой на всей конференции ESOU – 3 секции, т. е. почти половина всего мероприятия, так что участники смогли использовать в обсуждении полученную актуальную информацию.

Несмотря на то, что формат подразумевал обсуждение диагностики и лечения конкретного пациента с РПЖ, беседа вышла далеко

за пределы предложенного случая и охватила фактически все сферы, связанные с этим заболеванием. После знакомства и представления каждого из участников начало дискуссии было положено обсуждением проблемы скрининга РПЖ с привязкой к данным современных исследований. Много внимания было уделено активному наблюдению как варианту ведения пациентов с раком простаты низкого риска. Несмотря на то, что данная стратегия принята и широко обсуждается, она по-прежнему редко воплощается в жизнь, что, как подчеркнул проф. P. Hammerer, недопустимо в современной онкоурологии. Порадовала информированность молодых специалистов об одном из основных последних исследований в этой области – PIVOT, причем не только о его результатах, но и дизайне, и недостатках. Участники ESOU Board добавили, что ведущая роль в воплощении тактики активного наблюдения отводится именно лечащему врачу и его умению объяснить пациенту, что рак простаты далеко не всегда приводит к смерти. Были обсуждены возможности лечения локализованного РПЖ как в целом на сегодняшний день в мире, так и в местах работы участников круглого стола в частности. Всеми участниками признано, что на сегодня радикальная простатэктомия является «золотым стандартом» лечения локализованного РПЖ у мужчин с высокой ожидаемой продолжительностью жизни, однако при заболевании низкого риска возможно применение различных методов фокального воздействия. В частности, проф. P. Hammerer привел собственный опыт использования технологии Tookad. Не обошлось без обсуждения современных возможностей и перспектив гормонального лечения распространенного РПЖ, его кастрационно-резистентных форм.

Все участники обсуждения единодушно оценили встречу как новый, высокоэффективный формат образовательного процесса для молодых специалистов в области урологической онкологии и высказали надежды на последующее проведение таких круглых столов в рамках ESOU. **УС**

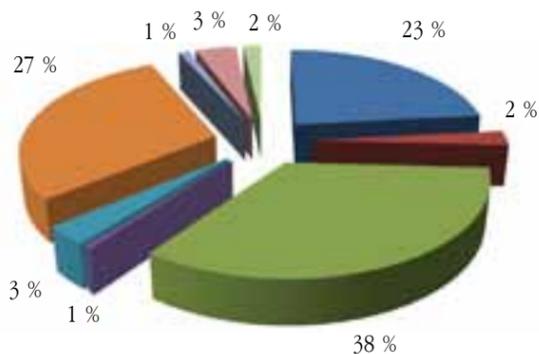
С 18 по 20 января 2013 г. в Риме (Италия) прошел 10-й съезд Европейского общества по онкологической урологии (EAU Section of Oncological Urology (ESOU)).

Касательно программы самого съезда необходимо сказать, что она была чрезвычайно насыщенной. За 3 дня были обсуждены наиболее актуальные вопросы по диагностике и лечению рака предстательной железы (РПЖ), мочевого пузыря, почки, полового члена и яичка. В программе Общества приняли участие более 800 специалистов со всей Европы и из-за ее пределов.

Данное мероприятие, являющееся само по себе важным событием в мире онкоурологии, было примечательно экспертными сессиями STEPS (Sessions To Evaluate Progress in the management of urological cancers), проведение которых предполагало дискуссию по различным актуальным онкоурологическим вопросам между молодыми специалистами из разных стран Европы и признанными мировыми экспертами. Целью сессии,



Приветственное слово руководителя съезда проф. M. Brausi



■ Россия (члены Российского общества онкоурологов (РООУ)) – 3800 адресов

■ Россия (члены Общества трансплантологов) – 202 адреса

■ Россия (государственные и частные медицинские центры, получившие лицензию в Росздраве, Минздравсоцразвития РФ по специальности «Урология») – 2746 адресов

■ Россия (медицинские ВУЗы) – 45 адресов

■ Россия (фармкомпании и производители мед. оборудования) – 323 адреса

■ Специалисты-урологи России – 2342 адреса

■ Россия (региональные органы управления здравоохранения) – 83 адреса

■ Специалисты-урологи стран СНГ и дальнего зарубежья – 320 адресов

■ Детские урологи – 139 адресов

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

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

Урология сегодня | № 1 (23) 2013

УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»
Руководитель проекта: Митрофанова Елена
mitrofanova@abvpress.ru

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор: Камолов Баходур
Шеф-редактор: Шадёркина Виктория
viktoriashade@uroweb.ru

ВЕРСТКА
Дизайнер-верстальщик: Гончарук Ольга

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

ПЕЧАТЬ
ООО «Графика»
Заказ № 57
Тираж 10 000 экз.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ
По подписке. Бесплатно.
Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия.
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-36927 от 21.07.2009

Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального согласия редакции.

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

Читайте в следующем номере:

- Современное лечение крупных камней почек Д.С. Меринов
- Биопсия предстательной железы у пациентов, принимающих антикоагулянты А.В. Сивков, Г.А. Ковченко
- Дайджест В.А. Шадёркина
- Нейроэндокринная опухоль мочевого пузыря – клинический случай А.И. Новиков