

Урология сегодня

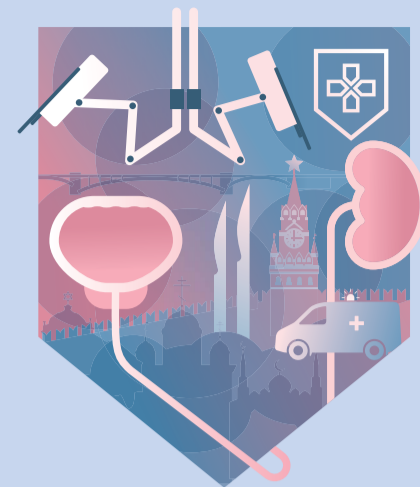
специализированное издание для урологов

Екатеринбург | № 3 | 78 | 2024

Издается
с 2009 года



Оформляйте бесплатную подписку на наше издание!



ОТ РЕДАКТОРА



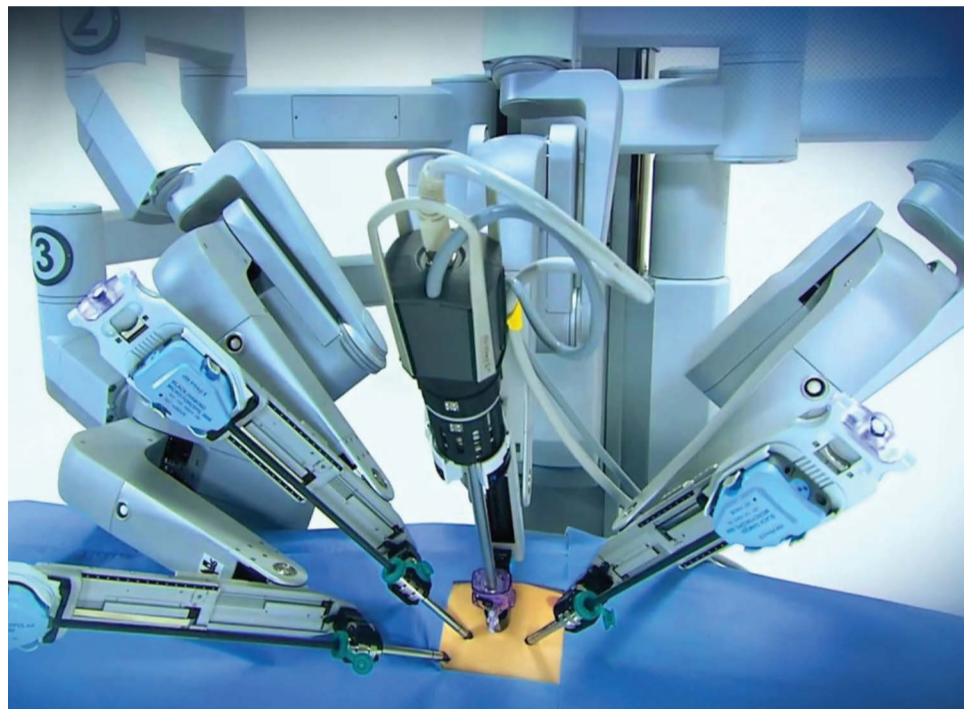
Дмитрий
Юрьевич
ПУШКАРЬ

Д.м.н., профессор, академик РАН, главный уролог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, руководитель Московского урологического центра, заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва

Дорогие коллеги!

Третий в текущем году выпуск газеты «Урология сегодня» подготовлен специально к XXIV Конгрессу Российского общества урологов, который пройдет с 12 по 14 сентября в Екатеринбурге. Конгресс ежегодно собирает врачей со всей страны, а также из ближнего и дальнего зарубежья. Программа Конгресса по традиции включает широкий круг научных вопросов и достижений в урологической практике. Мы обсудим наиболее яркие, революционные прорывы в мировой и отечественной урологии, возможности искусственного интеллекта в диагностике и лечении заболеваний нашего профиля, внедрение цифровых технологий, новые тенденции в лечении мочекаменной болезни, гиперплазии простаты, злокачественных новообразований и инфекций мочеполовой системы, андрологической и урогинекологической патологии.

В рамках конгресса пройдут урологические школы по отдельным направлениям нашей специальности, а также видеосекции с демонстрацией так называемой живой хирургии — операций в онлайн-режиме с возможностью общения хирурга и аудитории по ходу вмешательства. Будут представлены достижения реконструктивно-пластической хирургии и лекарственной терапии. Важное место на конгрессе отведено проблеме междисциплинарных взаимодействий как будущего развития урологии. Поговорим и об импортозамещении, а еще о том, что и как необходимо сделать для повышения качества амбулаторной и госпитальной урологической помощи в России. Ведь это главная задача, ради решения которой РОУ и объединяет усилия всех отечественных урологов. В сентябре также состоится заседание профильной комиссии по урологии Департамента здравоохранения Москвы. Будут рассмотрены организационные вопросы, приняты нормативные документы, регламентирующие работу урологической службы столицы. Все эти события найдут отражение на страницах нашей газеты.



ВЕСТИ ИЗ РЕГИОНОВ

Обо всем по порядку: урологическая помощь населению Свердловской области

Продолжая начатую в этом году рубрику об организации урологической службы в разных регионах страны, мы попросили поделиться достижениями и трудностями в работе профессора Александра Владимировича Зырянова — главного внештатного уролога Минздрава Свердловской области, заведующего кафедрой урологии, нефрологии и трансплантологии Уральского государственного медицинского университета (УГМУ), руководителя Свердловского областного урологического центра на базе Свердловской областной клинической больницы № 1.



— Какая урологическая патология представлена во вверенном вам регионе и есть ли какие-то местные особенности? Какие нозологии самые затратные?

— В целом структура урологической заболеваемости в нашем регионе похожа на общероссийскую. Но есть и исключения.

Так, Свердловская область является эндемичной по мочекаменной болезни (МКБ). Пациентов с этим диагнозом на Среднем Урале больше, чем в других регионах, частота его выявления среди уральцев очень высокая: пятеро из ста человек страдают МКБ. Региональным риском по МКБ наша область стала потому, что значительная часть населения живет в горах. По-видимому, особенности физико-химических свойств и минерального состава воды, которую мы пьем, способствуют образованию камней в мочевыводящих путях.

Что касается другой урологической патологии, у мужчин лидируют доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), МКБ и воспалительные заболевания органов мочеполовой системы, в том числе простатит. А у женщин с большим отрывом от других нарушений вырываются вперед МКБ и хронические воспалительные расстройства мочевыводящей системы, включая цистит.

Продолжение на с. 2 →

Лидер рынка	4
Уролог для мальчиков	8
Виноват стресс	14
Юбилей учителя: 95 лет Ю.А. Пытелю	15

НОВОСТИ

Всемирный роботический конгресс

Это самое представительное мероприятие, полностью посвященное одной теме — роботической хирургии, проводится уже 15 лет. В нынешнем году конгресс проходил с 20 по 23 июня в Орландо (США) и собрал более 1,5 тыс. очных и около 600 онлайн-участников со всего мира. Россию представляли главный редактор нашей газеты академик Дмитрий Юрьевич Пушкар и заместитель руководителя Московского урологического центра (МУЦ) Боткинской больницы, профессор Константин Борисович Колонтарев.

Роботическая хирургия — одно из самых быстроразвивающихся направлений последних лет. Операции с помощью роботических систем проводятся во многих странах в разных вариациях и модификациях. Своими исследованиями и сделанными из них выводами специалисты поделились на Всемирном роботическом конгрессе, в ходе которого активно обсуждалась тема применения искусственного интеллекта (ИИ) в роботической хирургии, в том числе на полноценной сессии, посвященной этому вопросу.

Коллеги рассказали о собственных наработках, предложили инновационные системы оценки квалификации хирургов и механизмы обучения специалистов на основании так называемой «ДНК-операции», представляющей собой графическое отображение действий хирурга в ходе вмешательства.

Окончание на с. 7 →

Обо всем по порядку: урологическая помощь населению Свердловской области

← Продолжение, начало на с. 1

Должен сказать, что МКБ не только эндемичная для нашего региона, но и самая затратная урологическая патология, причем как у женщин, так и у мужчин. Мы часто применяем различные виды эндоскопов для диагностики МКБ и такие современные методы ее лечения, как дистанционная ударно-волновая и лазерная литотрипсия. Техническое обслуживание подобных устройств, а тем более их модернизация и замена на более современные установки, стоят немалых денег. Большим опытом должны обладать и врачи — операторы данных приборов.

Достаточно затратным представляется и лечение мужчин с ДГПЖ с использованием роботизированной хирургии и других высокотехнологических методик, в том числе лазерных. Например, мы применяем такой современный метод лечения аденомы простаты, как лазерная энуклеация, гарантирующая высокую эффективность с минимальными осложнениями.

— **Хватает ли вашей службе урологов?**

— В государственных и частных медицинских учреждениях Екатеринбурга и Свердловской области сегодня работают около 170 урологов. К сожалению, кадровый дефицит у нас есть. Причем, как правило, урологов не хватает не в Екатеринбурге, а в малых городах нашего региона. В целом по области подобный дефицит составляет примерно 30 %, а в некоторых отдаленных малых городах он доходит до 50 %. Компенсировать нехватку врачей мы стараемся за счет подготовки все большего числа соответствующих специалистов в ординатуре на базе кафедры урологии, нефрологии и трансплантологии УГМУ.

— **А не случается ли так, что вы готовите ординатора для восполнения кадрового дефицита в возглавляемой вами службе, но, получив сертификат специалиста, он уходит в коммерческую клинику?**

— В подавляющем большинстве случаев молодые урологи, которые только что закончили ординатуру, стараются устроиться в государственные лечебные учреждения. Там, в отличие от частных клиник, они смогут получить уверенность в себе как в специалисте, а также сравнительно быстро приобрести серьезный опыт, знания и навыки в хирургической урологии, относящиеся ко многим заболеваниям мочеполовой системы. И только поработав несколько лет в государственной медицине, молодые урологи начинают искать вакансии в частных клиниках. Это и понятно. Сегодня в Екатеринбурге есть коммерческие учреждения, где уролог может не только работать на амбулаторном приеме, но и полноценно оперировать. К тому же такие клиники хорошо оборудованы, в них трудятся высококвалифицированные врачи с опытом высокотехнологических операций, например, на работе «Да Винчи».

— **Можете ли вы как руководитель службы повлиять на молодых урологов, чтобы те выбирали работу в малых городах?**

— Решить эту проблему способно только государство, проведя реформы, потребность в которых назрела уже давно. Кое-что

оно уже делает для улучшения кадровой ситуации. Например, сегодня высшее образование предполагает постепенный переход на целевое обучение (ЦО). В УГМУ за последние 3 года произошло значительное увеличение ЦО — как в университете в целом, так и в ординатуре по специальности «урология». Надеюсь, что в ближайшие годы эти меры помогут облегчить кадровый дефицит.

Как главный специалист я веду большую работу с руководителями медицинских учреждений Свердловской области. Объясняю коллегам, что сегодня уролог, которого мы подготовили в ординатуре, охотно начнет работать на высокотехнологическом оборудовании, применяя новые методы лечения. Разумеется, для этого необходимо, чтобы ЛПУ было оснащено

Пятеро из ста жителей Среднего Урала страдают мочекаменной болезнью, что существенно больше, чем в других регионах, и связано с физико-химическими особенностями и минеральным составом употребляемой населением воды, способствующими образованию камней в мочевыводящих путях. Это самая затратная урологическая патология для здравоохранения Екатеринбурга и Свердловской области

лазерными, эндоскопическими и другими современными устройствами. Вот в такие учреждения молодые специалисты и стараются устроиться на работу, чтобы остаться на ней на многие годы.

Но есть, к сожалению, в нашем регионе больницы, даже в Екатеринбурге, где довольно большая текучесть кадров. Убежден, что это происходит главным образом из-за того, что такие учреждения практически лишены современного оборудования. А значит, лечат по старинке, не используя новые методы.

— **На каких базах в Свердловской области осуществляется подготовка урологов?**

— Главной структурой для этих целей служит кафедра урологии УГМУ. А основная практическая база для обучения наших ординаторов — это Свердловская областная клиническая больница № 1, в состав которой входит Свердловский областной урологический центр (СОУЦ), одна из крупнейших в России урологических клиник, основанная в 1924 году. СОУЦ в современном виде был организован в 1994 году профессором Владимиром Николаевичем Журавлевым и сегодня состоит из пяти урологических отделений (четырёх клинических и одного амбулаторно-поликлинического) с общим коечным фондом в 131 койку. Отделения центра имеют различную специализацию (андрология, онкология, урогинекология, нейроурология, реконструктивно-пластическая урология). СОУЦ хорошо оснащен современным диагностическим и лечебным оборудованием.

На базе именно этого центра в 2007 году впервые в России начали выполняться операции с использованием роботизированного комплекса «Да Винчи». Одними из первых в нашей стране мои коллеги внедрили

низкодозную брахитерапию рака предстательной железы с использованием ¹²⁵I, создали лабораторию нейроурологии. Сегодня СОУЦ накопил большой опыт в проведении этих и ряда других высокотехнологических вмешательств.

Наша кафедра готовит урологов и на базах еще некоторых учреждений. Это городская клиническая больница № 40 и несколько районных больниц, где оказывают экстренную помощь и где наши ординаторы проходят циклы обучения по неотложной урологии. Мы также используем как базу и одну частную клинику, как раз ту, где сейчас располагается роботизированный комплекс «Да Винчи». Это многопрофильный медицинский центр в Екатеринбурге «УГМК-Здоровье», открытый при содей-

крови, мочи, расшифровка спермограммы, оценка секрета простаты и другие исследования, необходимые для оценки функций мужской репродуктивной системы.

— **Как обстоят дела с современным оборудованием для лечения пациентов?**

— Мы начали урологические роботические операции еще в 2007 году, оказавшись пионерами в России в этой области. Первый робот проработал у нас до 2019 года, пока не перестал технически поддерживаться компанией-производителем. Год назад нам удалось договориться с руководством УГМК, которое помогло приобрести аппарат «Да Винчи» уже четвертого поколения для медицинского центра «УГМК-Здоровье». Этот многофункциональный робот может применяться для целого ряда хирургических вмешательств. Используем его в урологии для удаления злокачественных и доброкачественных новообразований простаты, а также для операций по поводу различной патологии мочеточников, мочевого пузыря и почек.

— **Какова ситуация с остальным лечебно-диагностическим оборудованием?**

— У нас есть практически все, что необходимо для современной борьбы с урологическими заболеваниями, включая лазерное, эндоскопическое, лапароскопическое оборудование и инструменты.

— **Насколько доступна урологическая помощь рядовому жителю Свердловской области?**

— Вполне доступна всем, кто в ней нуждается. Причем я говорю именно о качественной помощи. Об этом свидетельствует практически полное отсутствие жалоб на большие очереди перед операцией или амбулаторным приемом, а также на недоступность каких-то видов диагностики и лечения, обозначенных Минздравом России в стандартах и порядках оказания специализированной медицинской помощи.

— **А как насчет квот на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в связи с урологическим заболеванием?**

— Очереди на их получение у нас, к счастью, нет, поскольку в Екатеринбурге активно работают два урологических отделения пятого уровня, позволяющих выполнять практически весь спектр высокотехнологичных операций, включая сложные многоэтапные вмешательства при онкологических заболеваниях или реконструктивно-пластические операции. В тех же немногих случаях, когда возникает необходимость в лечении в федеральных центрах Москвы, Санкт-Петербурга или Новосибирска, вопросы быстро решаются на уровне Минздрава Свердловской области.

— **Какая служба в области ведет онкоурологических больных? Онкологическая или урологическая? И если таких больных ведут урологи, то видите ли вы здесь какие-то серьезные проблемы?**

— В нашем регионе нет проблем с ведением онкоурологических пациентов. Правда, у нас сложилась необычная маршрутизация таких больных, но, по-моему, она работает

стии Уральской горнометаллургической компании.

— **Хорошо ли подготовлены молодые специалисты, которые приходят на работу в руководимую вами службу?**

— За два года мы стараемся дать молодому врачу столько знаний по терапевтической урологии и опыта в выполнении операций, сколько позволяет столь краткий срок обучения. С учетом того, что времени на него абсолютно недостаточно, из ординатуры к нам приходят специалисты с удовлетворительной подготовкой, которую можно считать лишь первым этапом последипломного обучения. Вторым же этапом обязательно должна стать углубленная подготовка на рабочем месте.

— **Как организована урологическая служба Екатеринбурге и Свердловской области?**

— Прием пациентов ведется в урологических кабинетах, которые работают в составе поликлиник и больниц. Также у нас развернуто 14 кабинетов ранней экспресс-диагностики. Кроме осмотра и консультации врача в них можно провести комплекс исследований — например, выполнить биопсию предстательной железы, осуществить скрининг или раннюю диагностику рака простаты, провести УЗИ органов мочеполовой системы, проверить уровень половых гормонов. На базе этих кабинетов планируем еще до конца года начать реализацию программы «Репродуктивное здоровье мужчин» согласно соответствующим методическим рекомендациям Минздрава России. В Свердловской области такая региональная программа стартует первой в стране. Наряду с урологами в этих кабинетах будут трудиться и андрологи, а кроме того, здесь будут выполняться анализы

достаточно эффективно. Исторически до 2000 года специализированное онкоурологическое отделение располагалось на базе областной клинической больницы в составе областного урологического центра. С появлением Свердловского областного онкодиспансера, который в 2000 году разместился в новом здании, мы организовали там еще одно онкоурологическое отделение, договорившись на уровне нашего минздрава о распределении всех онкологических больных Свердловской области и Екатеринбурга примерно в равном соотношении между этими двумя учреждениями. Урологическое отделение онкодиспансера рассчитано на 35 коек. Столькими же располагает отделение Свердловской областной клинической больницы.

Итак, половина наших пациентов с опухолями мочеполовой системы лечится на базе онкодиспансера, а другая — в областной больнице. Как врачу, который очень давно занимается онкоурологией, мне кажется, что сегодня далеко не каждому пациенту можно оказать помощь на базе онкодис-

пансера. Ведь любой онкодиспансер — это достаточно профильная клиника, которая специализируется на лечении определенных, а именно онкологических, заболеваний. В то же время в онкодиспансерах нет ни гемодиализа, ни сосудистых хирургов, ни кардиологов, нефрологов, эндокринологов, неврологов и других специалистов, которые нередко оказываются необходимы для ведения пожилого коморбидного пациента. Зато такие специалисты есть в Свердловской областной клинической больнице № 1, которая является многопрофильным учреждением. Здесь сегодня и лечатся самые трудные пациенты со злокачественными новообразованиями мочеполовой системы, а больные с относительно несложным течением онкологического заболевания проходят терапию в онкодиспансере.

Вот почему, когда коллеги говорят, что всю медицинскую помощь онкобольным нужно сосредоточить в таких специализированных учреждениях, как онкологические диспансеры, не могу с этим согласиться.


— **Чем гордитесь из сделанного за последние годы?**

— Нам действительно есть чем гордиться. Достаточно сказать, что в нашем регионе в 2005 году впервые в России была запущена программа по ранней диагностике онкоурологических заболеваний. Ее инициатором выступил наш учитель, профессор В.Н. Журавлев. Сейчас ему уже 82 года, он на пенсии, но нередко появляется в нашей клинике. Владимир Николаевич много сделал для развития урологии не только в Свердловской области, но и во всей стране. Так, например, упомянутый выше проект, начатый без малого 20 лет назад, в дальнейшем перерос во всероссийскую программу ранней диагностики уже любых урологических заболеваний у мужчин.

— **Есть ли проблемы в работе службы и что делаете для их решения?**

— Начну с проблемы кадров. Речь идет об ограниченном согласно позиции

Минздрава России числе ординаторов, которых мы можем взять на обучение. Считаю, что если бы такого ограничения не было, то нам скорее бы удалось справиться с проблемой кадрового дефицита в нашей службе.

Вторая проблема — финансовая. По моему, пришло время пересмотреть правила расчета стоимости законченного случая лечения по клинко-статистическим группам для урологических заболеваний, по которым сегодня мы работаем. Стоимость этих случаев оказания медицинской помощи, которые нам оплачивает территориальный фонд медицинского страхования, должна быть изменена в сторону существенного увеличения. Это позволит нам, во-первых, качественнее и более успешно лечить наших пациентов, а во-вторых, получить дополнительные ресурсы на переоснащение клиник и закупку более современного оборудования. 

Александр Рылов, к.м.н.

НОВОСТИ

Мотопробегом — по урологической заболеваемости!



На базе Кузбасской клинической больницы скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского состоялась межрегиональная конференция «Научный мост Кемерово — Томск», в рамках которой прошел второй урологический мотопробег.

сообществу урологи придумали весьма оригинальное — «Урайдеры». Видимо, английское rider — «наездник» — звучит приятнее для их слуха.

Участники второго урологического мотопробега ввели новую традицию — остановились по пути своего следования, чтобы провести благотворительный прием пациентов Асиновской районной больницы, причем команда была мультидисциплинарная (урологи, онкологи и другие специалисты)

По словам Николая Александровича Байкова, заведующего урологическим отделением НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневого МО РФ (который ездит на мотоцикле уже шестой год, экономя время в московских пробках), конгресс — это, как правило, большая научная программа, а в данном случае на нем присутствует и так называемая живая хирургия (live surgery), когда специалисты показывают операции экспертного класса широкой публике через мониторы, имея с ней обратную связь, чтобы находящиеся в зале могли напрямую общаться с хирургом в режиме реального времени, задавать ему вопросы, получая на них незамедлительно ответы. При этом

28 июня в Кемерово принимали участников урологического мотопробега. Ведущие врачи Сибирского федерального округа и России приехали на байках на межрегиональную конференцию, посвященную проблемам лечения органов мочеполовой системы. В больнице имени М.А. Подгорбунского урологи сменили кожаные куртки на белые халаты и провели серию сложнейших высокотехнологичных показательных операций с онлайн-трансляцией, а также представили свои доклады по основным направлениям развития оперативной онкоурологии. После чего 30 июня отправились на мотоциклах в Томск, где конференция продолжилась в местном онкологическом диспансере с живой хирургией из операционных хирургического корпуса.



Первая в стране сборная мотокоманда урологов «Урайдеры» совершила в 2023 году первый в истории России урологический мотопробег, в котором принял участие заведующий урологическим отделением НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневого МО РФ с говорящей фамилией — Николай Александрович Байков

По пути в Томск, проехав сотни километров на мотоциклах, урологи по собственной инициативе сделали остановку в городе Асино (административный центр Асиновского района Томской области с населением 25 тысяч человек), где провели благотворительный амбулаторно-консультативный прием пациентов районной больницы, осмотрев около 50 человек. Кстати, за рулем мотоциклов были представители не только нашей специальности, но и смежных дисциплин — онкологи и хирурги ведущих медицинских учреждений страны. Так что мотобригада сложилась мультидисциплинарная!

Урологический мотопробег — уникальное мероприятие, которое проводится уже второй раз. Как и в прошлом году, оно подарило врачам возможность не только обменяться профессиональным опытом, но и с пользой провести время за пределами больницы.

В прошлом году маршрут был другой. Стартовали в Абакане, а Кемерово стало конечным пунктом. Здесь на базе Кузбасской областной клинической больницы имени С.В. Беляева тогда прошла научно-практическая конференция «Научный мост Абакан — Кемерово». Путешественники преодолели более 700 километров на своих байках. Они двигались в колонне, любясь прекрасными сибирскими пейзажами и останавливаясь по дороге для ярких снимков, обмена впечатлениями и отдыха у костра. Вот только осмотром пациентов по пути следования в прошлом году урологи не занимались.

Кстати, они предпочитают не использовать в отношении себя слово «байкер». Для большинства людей это брутальный мужчина с длинной бородой и грязными волосами в косухе, который любит давить на газ, демонстрируя на дороге опасные пируэты. А кто такой мотоциклист? Это обычный человек, который ездит на мотоцикле. Поэтому и название своему



В дороге

сами врачи, выполняющие операцию, имеют возможность комментировать свои действия.

Подобный формат обмена опытом уже достаточно давно практикуется и в госпитале Вишневого. Со слов врачей, он стал для них привычным и даже немного приелся. Возникла необходимость придумать что-то новое. Два года назад группа урологов-единомышленников загорелась идеей приурочить научную программу с демонстрацией хирургических операций к мотопробегу. Энтузиасты просмотрели массу литературы и выяснили, что за последние 50–60 лет не было ни одного мотопробега среди врачей, тем более урологов. Так и появилось название мероприятия — «Первый урологический мотопробег», который плавно перетек во второй, и, надеемся, на этом все не закончится.

Иван Белокрылов

На острие науки и современных тенденций

Развитию отечественной медицины во многом способствуют стартапы — созданные с нуля инновационные компании, способные выводить на фармацевтический рынок наиболее востребованные оригинальные лекарственные препараты (ЛП). Компания PeptidPRO®, создание и развитие которой стало ярким событием последних лет, представляет собой один из таких успешных стартапов. О пути, пройденном компанией, ее планах и перспективах рассказывает Роман Юдович, директор по маркетингу PeptidPRO®.



Роман ЮДОВИЧ

Директор по маркетингу
ООО «ПептидПро», MBA,
врач акушер-гинеколог

— PeptidPRO® — новая российская фармкомпания, сконцентрировавшая усилия на разработке ЛП на основе регуляторных пептидов. Чем обусловлен такой выбор и каковы особенности пептидных препаратов? Что предшествовало созданию компании, какова ее история, цели и задачи?

— С 1970-х в нашей стране, тогда еще СССР, началось формирование концепции пептидной регуляции, а также предпринимались первые попытки применить полученные научные данные для создания новых высокоэффективных лекарств на основе регуляторных пептидов. Пионерами в развитии этого перспективного направления были отечественные ученые И.П. Ашмарин, В.Х. Хавинсон, В.Г. Морозов и другие. К слову, изначально пептидные разработки носили секретный характер, поскольку имели прямое отношение к военной медицине, поиску средств, повышающих устойчивость к тяжелым физическим нагрузкам, радиоактивному излучению и т.д. В те же годы начались научные изыскания, посвященные влиянию пептидной регуляции на продление жизни. Сейчас это называется геропротекцией или модным термином «anti-age терапия».

Многочисленные доклинические и клинические исследования доказали огромный потенциал пептидных регуляторов в борьбе с заболеваниями, которые плохо поддаются терапии или же не лечатся вовсе. Взять хотя бы геропротекцию, задача которой — не только увеличить продолжительность жизни, но и значительно улучшить ее качество, поэтому неслучайно обеспечение активного (!) долголетия — ключевой тренд мировой медицины.

О важности пептидной терапии свидетельствует широкое применение пептидных препаратов во всем мире — начиная с инсулина, впервые полученного в 1922 году

из поджелудочной железы телят, и заканчивая синтетическими пептидами, такими как мировой блокбастер семаглутид, оказывающий гипогликемическое действие, и глатирамера ацетат (Копаксон), предназначенный для лечения рассеянного склероза.

В России же большое распространение получили лекарственные средства (ЛС) натурального происхождения, получаемые путем экстракции из тканей молодых здоровых животных. Именно такие продукты разрабатывает, регистрирует и выпускает наша компания PeptidPRO®, которая де-юре была образована в 2016 году и все эти годы детально изучала и регистрировала первые три инновационные ЛС в своем портфеле. Компания выбрала не очень типичный для российской фармы путь — стратегию инноваций. Сложно, долго, рискованно, но компания решила, что это правильная дорога. Известно, что на создание абсолютно нового ЛП требуется 7–10 и более лет, а регистрация и выпуск дженерика могут занять 1–2 года.

Компания PeptidPRO® выбрала нетипичный для российской фармы путь — стратегию инноваций. Сложно, долго, рискованно, но компания решила, что это правильная дорога

Ступив на инновационный путь развития, PeptidPRO® последовательно занимается разработкой, регистрацией и внедрением в клиническую практику абсолютно новых рецептурных препаратов для патогенетического лечения заболеваний высокой социальной значимости. Сейчас в портфеле компании имеются три оригинальных ЛП на основе регуляторных пептидов.

— Каким пациентам они показаны?

— Прежде всего нужно еще раз подчеркнуть, что все наши препараты — инновационные, аналогов которым сегодня нет. Их объединяет ряд общих важных особенностей: это экстракты, содержащие регуляторные пептиды; все препараты имеют патогенетический механизм действия, беспрецедентную безопасность, высокую органоспецифическую эффективность, которая длительно сохраняется даже после окончания курса лечения. Отдельно стоит отметить, что ЛС на основе регуляторных пептидов нормализуют функцию соответствующего органа, приводя ее в исходное гармоничное, сбалансированное состояние. Речь идет о препаратах, которые действительно лечат, а не просто устраняют симптомы!

Один из них (Тестивелл®) предназначен для решения проблемы мужского бесплодия, актуальной для многих стран, включая Россию. К этому вызову приковано особое внимание государства, заинтересованного

в поиске эффективных решений демографических задач. Отвечая на этот запрос, компания PeptidPRO® создала Тестивелл® — первый негормональный ЛП для лечения различных форм мужского бесплодия, уже успевший хорошо зарекомендовать себя в профессиональном сообществе урологов-андрологов.

Еще одна актуальная разработка компании — препарат Везустен® для курсового патогенетического лечения гиперактивности мочевого пузыря. Казалось бы, эта проблема жизни не угрожает, но оказывает огромное негативное влияние на ее качество у страдающих нарушениями мочеиспускания и достоверно коррелирует со снижением ее продолжительности у пожилых пациентов.

Также наша компания приложила усилия к решению проблемы атеросклероза — одной из ведущих причин смертности во всем мире. Мы разработали и создали Славинорм® — первый прямой ангиопротектор для патогенетической терапии периферического атеросклероза.

Следует добавить, что все наши препа-

раты — рецептурные и инъекционные, они выпускаются в форме лиофилизата. Их назначают курсами по 10 инъекций, которые можно повторять несколько раз в год.

— В чем главная особенность и преимущество первого продукта компании PeptidPRO® — препарата для лечения различных форм мужского бесплодия?

— Тестивелл® (ранее носивший название Фертивелл) вышел на российский рынок чуть менее двух лет назад и уже хорошо известен урологам-андрологам, внедряющим в практику инновационный подход к терапии мужского бесплодия. Препарат вызвал интерес и у международного медицинского сообщества благодаря публикациям и выступлениям наших ученых на международных конференциях.

В отличие от большинства средств для лечения мужского бесплодия Тестивелл® — это первый органоспецифический ЛП (а не БАД!) с уникальным патогенетическим механизмом действия. Как и все препараты PeptidPRO®, Тестивелл® прошел три фазы клинических исследований по международным стандартам GCP и имеет высокий уровень доказательности. Отмечу, что качество наших исследований — отдельный предмет гордости и существенный аргумент при работе с врачами.

Важно также упомянуть, что Тестивелл® не только демонстрирует положительное дей-

ствие на показатели спермограммы, но и достоверно увеличивает вероятность зачатия, вынашивания и рождения здорового ребенка, а это главная цель терапии бесплодия в паре. Сегодня Тестивелл® — единственный в своем роде препарат не только в России, но и в мире. Он пользуется заслуженным признанием практикующих врачей.

— Примерно 17 % взрослого населения России страдает синдромом гиперактивного мочевого пузыря (ГМП), что нередко приводит к социальной изоляции больного...

— Действительно, ГМП заметно снижает качество жизни пациентов, ведь его последствия могут быть крайне негативными. Нарушается социализация, страдает сексуальная жизнь... Более того, для пожилого человека ночные подъемы, связанные с императивными позывами к мочеиспусканию, могут заканчиваться падениями и даже инвалидизацией. Это свидетельствует о высокой социальной значимости проблемы и необходимости использования продуманной и взвешенной терапии для повышения качества и продолжительности жизни пациентов.

До недавнего времени в арсенале врача было всего несколько препаратов симптоматической терапии ГМП, которые оказывают эффект той или иной степени выраженности только во время их приема. После окончания курса или его отмены из-за плохой переносимости либо недостаточной эффективности ЛП симптомы возвращаются. Но теперь таких проблем можно избежать. Везустен® — первый препарат патогенетической терапии, прямо влияющий на механизм развития заболевания, обладает пролонгированным эффектом и отличным профилем безопасности. Назначают его курсами 2–3 раза в год, чего обычно достаточно для выраженного улучшения качества жизни.

— Большой интерес у врачей разных специальностей вызывает Славинорм®...

— Мы создали и вывели на рынок этот инновационный препарат, учитывая жизнеугрожающую распространенность атеросклеротического поражения сосудов. Славинорм® представляет собой комплекс регуляторных пептидов, выделенных из аорты крупного рогатого скота. Он обладает комплексным механизмом действия, направленным на восстановление функции эндотелиоцитов — высокофункциональных клеток внутренней выстилки сосудов. Применение препарата позволяет значимо увеличивать дистанцию безболевого ходьбы, возвращая пациента к активной жизни.

Хотя Славинорм® адресно показан пока только больным с диагностированным поражением артерий нижних конечностей, его потенциал существенно шире. Эндотелиоциты выстилают стенки всех сосудов

(в том числе венозных), поэтому ангиопротекция и коррекция эндотелиальной дисфункции — необходимые составляющие лечения атеросклеротического поражения не только коронарных, брахиоцефальных и других артерий, но и вен. Уже стартовали клинические исследования применения препарата при хронической венозной болезни.

Славинорм® пользуется популярностью не только у сосудистых хирургов, но и у кардиологов, эндокринологов и даже урологов-андрологов в связи с необходимостью эндотелиальной коррекции у пациентов с эректильной дисфункцией.

— Абсолютно все препараты компании PeptidPRO® — инновационные. Какую роль в их разработке играет партнерство с другими лидерами отрасли?

— В современном мире практически невозможно, да и не имеет смысла создавать инновационный ЛП в одиночку. Необходимо подключение и внешних центров экспертизы. Для изучения свойств и преимуществ наших препаратов мы активно консультируемся с практикующими врачами-экспертами, взаимодействуем с самыми авторитетными научными организациями: НИИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, Институтом биоорганической химии им. акад. М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова, Институтом проблем биорегуляции, Первым МГМУ им. И.М. Сеченова, РНИМУ им. Н.И. Пирогова и другими научными учреждениями. PeptidPRO® ведет активную исследовательскую и экспериментальную работу, осуществляет контроль производства и качества продукции, а также фармакологический надзор. Внутри самой компании проводится гигантская работа, лишь малая часть которой видна врачам.

— Занимаетесь ли вы импортозамещением, производством дженериков оригинальных препаратов, ушедших с российского рынка?

— Сейчас компания PeptidPRO® нацелена исключительно на создание собственных оригинальных ЛП. Весь производственный цикл, вся исследовательская деятельность полностью осуществляются на территории нашей страны! Так или иначе мы можем рассматривать наши препараты как продукты для импортозамещения. Мы не производим дженерики и не хотели бы просто конкурировать с оригинальными зарубежными брендами в соответствующих нозологиях. Но наши препараты могут применяться в составе комбинированной терапии с другими ЛС, присутствующими на рынке. Это безопасно, и такова передовая клиническая практика.

— Насколько существенно повлияли на бизнес компании события двух последних лет и текущая ситуация в России?

— Последние события на нас никак не повлияли, поскольку, как я уже говорил, весь цикл производства — от подготовки субстанций до выпуска готовой продукции — организован на территории нашей страны. Реализуем препараты в российских аптеках. Для развития бизнеса и расширения компании используем отечественные инвестиции. Поэтому мы практически не зависим от внешних условий. Предвосхищая вопрос о возможном нарушении цепочек поставок и ухудшении логистики, могу уверенно сказать, что таких проблем у нас нет и мы их не ожидаем.

— Изменился ли за последнее время маркетинг компании? На каких активностях сегодня делается акцент?

Для изучения наших препаратов мы активно консультируемся с практикующими врачами-экспертами, взаимодействуем с самыми авторитетными научными организациями

— Ведем свою деятельность, опираясь на специфику наших продуктов и на реалии рынка. Важно подчеркнуть, что все наши препараты имеют рецептурный статус. Поэтому модель продвижения и весь инструментарий маркетинга в основном нацелены на взаимодействие с opinion-лидерами, научно-профессорским составом и, главное, с практикующими врачами. Мы участвуем в конференциях, проводим круглые столы, вебинары, различные онлайн-коммуникации с докторами и, конечно же, используем визитную активность наших региональных сотрудников. То есть применяем весь классический арсенал «рецептурного» маркетинга. Действуем поступательно, с очень хорошим охватом и скоростью погружения в рынок. Хотя наша компания является еще очень молодой (де-факто она появилась на рынке в 2022 г.), благодаря грамотному и успешному лончу мы довольно громко заявили о себе, и значительная часть профильных специалистов в России уже знакомы с нашими препаратами.

Что касается современных тенденций в маркетинге, то, с одной стороны, мы видим все возрастающую роль многоканального онлайн-продвижения, а с другой — отмечаем стремление врачей к живому общению, которое невозможно ничем заменить.

— Какие меры предпринимает компания, чтобы продолжить стабильно развиваться?

— Используем немало современных технологий продвижения препаратов, но в первую очередь в PeptidPRO® огромное внимание уделяется формированию команды, занимающейся маркетингом и продажами. Очень тщательно проводится процедура подбора персонала, создана система обучения, учитывающая специфику сложных наукоемких препаратов компании. Много сил уделяем подготовке сотрудников, ведущих исследования и разработку новых препаратов. Для нас это вопрос репутации и, в конце концов, нашего будущего. Важно, что к нам приходят лучшие специалисты отрасли, готовые активно включаться в работу.

— Насколько важна для компании образовательная деятельность, направленная как на врачей, так и на пациентов?

— Несомненно, важна. Для врачей мы организуем большое количество образовательных и научно-практических мероприятий с насыщенной программой. Вовлекаем докторов в активную коммуникацию, призываем их обмениваться опытом применения наших препаратов. Нам исключительно важно получать обратную связь от практикующих врачей, и мы всегда открыты к честному диалогу, поскольку ведем созидательный бизнес. И, конечно, наша компания поддерживает стремление врачей развивать свои профессиональные компетенции. Например, сейчас планируется участие делегатов из регионов России в крупнейшей урологической конференции.

Не менее важно повышать уровень медицинской грамотности пациентов. Для них на сайте компании есть специальный раздел, где освещается проблематика заболеваний, о которых мы сегодня говорили. Затрагиваем вопросы симптоматики, диагностики и воз-

можностей лечения, при этом мы не информируем пациентов о своих препаратах: это задача врача. Наша цель — актуализировать проблему, чтобы человек вовремя обратился к специалисту. Как раз в этом и заключается наша образовательная миссия.

— Какие требования к кадрам предъявляете? Много ли у вас сотрудников и как им работается?


— В компании функционирует очень серьезная многоступенчатая система поиска, подбора и обучения персонала. Поэтому попасть к нам непросто. Но тот, кто приходит в PeptidPRO®, как правило, всегда оказывается полезным для компании и при этом сам получает удовольствие от работы.

Главные требования к соискателям — способность к обучению, развитый интеллект и высокая степень мотивации, желание глубоко погрузиться в новые области знаний, профессиональный рост. Сотрудникам нравится заниматься инновационными ЛП, преодолевать естественные барьеры рынка. Следует отметить, что у нас достаточно молодой коллектив, мы рады перспективным, мотивированным людям, которые хотят сделать карьеру в современной российской компании. В PeptidPRO® присутствуют все атрибуты стартапа: скорость принятия решений, горизонтальная

организационная структура, открытый демократичный стиль управления и тактическая гибкость. Многим современным молодым специалистам это нравится, у нас они могут найти комфортный корпоративный климат.

Когда я пришел в компанию три с лишним года назад, ее штат насчитывал менее 10 человек. Большая часть функций была отдана на аутсорсинг, многие бизнес-процессы выполнялись с помощью наших партнеров. Спустя два года компания вышла с препаратами на коммерческий рынок, и тогда ее штат увеличился до 30–40 человек. Сегодня в PeptidPRO® около 100 сотрудников.

— Не могли бы вы поделиться планами компании?

— Среди ближайших планов — расширение показаний к применению нашей первой тройки препаратов. Каждый из них сейчас проходит дополнительные клинические исследования для регистрации показаний в новых терапевтических областях. Также на финальной стадии регистрационных исследований находятся три абсолютно новых продукта в области нефрологии, кардиологии и пульмонологии. Кроме того, мы продолжаем вести очень активную исследовательскую работу, направленную на появление в стране новых эффективных ЛС. Планируем разработку 10–15 инновационных пептидных молекул для применения в гепатологии, гастроэнтерологии и т.д. Рассчитываем, что все наши препараты займут достойное место в арсенале врачей, настроенных на современные подходы к терапии. 

Ирина Красавина

Новые препараты для патогенетического лечения заболеваний, имеющих высокую социальную значимость



Лекарственный препарат для лечения мужского бесплодия

Единственный* лекарственный ангиопротектор



Патогенетическое курсовое лечение гиперактивного мочевого пузыря без значимых побочных эффектов



*единственный препарат в основной терапевтической группе «Ангиопротекторы» (C05) по АТХ классификации ЛС

ООО «ПептидПро» 115054, г. Москва, Космодамианская наб., д. 52, стр. 1В. Тел.: +7(495) 230-09-09. www.peptidpro.com

 PeptidPRO®

Информация для специалистов здравоохранения. Подробная информация содержится в инструкции по медицинскому применению

Реклама

С заботой о пациентах

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) — самое частое заболевание мочеполовой сферы у мужчин пожилого и старческого возраста, проявляющееся уже в 40–50 лет. Распространенность ДГПЖ составляет 11 % в 40–50 лет, достигая 82 % у 80-летних. Острота проблемы связана в том числе с увеличением доли пожилых мужчин в структуре населения планеты из-за роста продолжительности жизни в целом.



Дмитрий Юрьевич ПУШКАРЬ

Д.м.н., профессор, академик РАН, главный уролог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, руководитель Московского урологического центра, заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва



Александр Николаевич БЕРНИКОВ

К.м.н., доцент кафедры урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва

Новые подходы

До 1990 года основными направлениями лечения ДГПЖ были трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРПЖ) или открытая операция. В одном только 1987 году в США выполнили более 250 тыс. ТУРПЖ. Однако с введением в медицинскую практику эффективной медикаментозной терапии и альтернативных видов хирургического лечения число ТУРПЖ снизилось до 90 тыс. в год к 2000-му. Фармакотерапия стала методом выбора лечения симптомов со стороны нижних мочевых путей (СНМП) при ДГПЖ.

Сегодня применяются три основных вида лекарственных препаратов (ЛП):

- антагонисты α -адренорецепторов, снижающие тонус гладкой мускулатуры ПЖ и шейки мочевого пузыря (МП);
- ингибиторы 5- α -редуктазы, сокращающие объем ПЖ;
- фитопрепараты, а также альтернативные группы ЛП (созданные на основе градуальной технологии и биорегуляторные пептиды).

Антагонисты $\alpha 1$ -адренорецепторов — препараты выбора для лечения пациентов с ДГПЖ/СНМП, эффективность которых подтверждена в 27 из 30 клинических исследований. Около 80 % врачей применяют их в качестве ЛП первой линии у пациентов с СНМП, обусловленными гиперплазией простаты.

С введением в медицинскую практику принципов доказательной медицины подход к лечению ДГПЖ изменился. При выборе терапии большое значение имеет информация об эффективности длительного лечения — в частности, о снижении числа осложнений, связанных с ДГПЖ (например, эпизодов острой задержки мочи), безопасности и переносимости препарата.

Все ЛП из группы альфа-адреноблокаторов изначально разрабатывались для больных артериальной гипертонией. Тамсулозин оказался первым ЛП, специально созданным для лечения СНМП при ДГПЖ.

Важные подробности

Тамсулозин — это селективный антагонист $\alpha 1A$ - и $\alpha 1D$ -адренорецепторов. Первые находятся преимущественно в ПЖ, ее капсуле, простатической части уретры и МП. Расслабление гладкой мускулатуры ПЖ и МП сопровождается улучшением максимальной скорости потока мочи (Q_{max}) и симптоматики со стороны нижних мочевых путей у пациентов с ДГПЖ.

Тамсулозин обладает большей избирательностью к тканям ПЖ, где преобладают $\alpha 1A$ -адренорецепторы, по сравнению с сосудистой тканью с преобладающими в ней $\alpha 1B$ -адренорецепторами. В отличие от тамсулозина другие антагонисты $\alpha 1$ -адренорецепторов (например, празозин, теразозин, доксазозин и альфузозин) демонстрируют минимальную селективность к подтипам рецепторов. При использовании тамсулозина потенциальный риск вазодилатации и связанных с ним побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС) минимален.

Тамсулозин обладает линейной кинетикой после назначения как однократной, так и многократных доз. Лекарственная форма тамсулозина с модифицированным высвобождением обладает стопроцентной биодоступностью при приеме натошак. При назначении препарата после еды площадь под кривой (AUC), отражающей зависимость между концентрацией препарата в плазме и временем, сокращается на 30 %, а средние значения максимальной концентрации препарата в плазме (C_{max}) уменьшаются на 40–70 %. Время достижения C_{max} (t_{max}) составляет 6 часов при приеме 0,4 мг тамсулозина во время еды и 4 часа — при приеме натошак.

После назначения однократной или многократной дозы концентрация препарата в плазме подвержена значительным индивидуальным колебаниям, а ее устойчивый уровень обычно достигается в течение 4–7 дней. Тамсулозин метаболи-

зируется в печени ферментной системой цитохрома P450 (CYP), преимущественно CYP3A4 и CYP2D6. Большая часть препарата в плазме остается неизменной. Данные исследований на здоровых добровольцах свидетельствуют о том, что метаболиты препарата не играют существенной роли в развитии эффекта.

Общая эффективность различных адреноблокаторов при лечении СНМП/ДГПЖ сопоставима. Однако результаты сравнительного анализа клинических исследований могут быть неточными в связи с различиями между популяциями пациентов и исходной тяжестью симптомов, особенностями протоколов исследований и эффектом плацебо. Широкий профиль НЯ неселективных адреноблокаторов значительно ограничивает их применение. Тамсулозин вызывает меньше побочных эффектов, приводящих к выбыванию из краткосрочных клинических исследований, чем теразозин (5,9–15 %) или доксазозин (10–14 %). Более низкая частота головокружения и других НЯ при приеме тамсулозина связана с более выраженной аффинностью препарата к $\alpha 1A$ -подтипу адренорецепторов по сравнению с $\alpha 1B$. Исследования подтвердили возможность назначения тамсулозина без титрования дозы. В них не было отмечено клинически значимых эффектов от приема первой дозы препарата.

Сегодня оригинальный тамсулозин представлен на российском рынке двумя брендами: Омник (в капсулах) и Омник Окас в таблетках особой формы. Это разработка японской фармацевтической компании «Яманучи», впоследствии переименованной в «Астеллас».

Наблюдательная программа

На территории России в условиях реальной клинической практики была проведена проспективная многоцентровая наблюдательная программа по оценке применения препарата Омник Окас пациентами с СНМП на фоне ДГПЖ.

О.Б. Лоран и А.А. Серегин в 2018 г. в журнале «Урология» опубликовали статью «Эффективность и безопасность при-

менения препарата Омник Окас для пациентов с СНМП на фоне доброкачественной гиперплазии простаты в рутинной клинической практике в Российской Федерации (проспективная многоцентровая наблюдательная программа)». Целью исследования было изучить степень уменьшения СНМП по шкале IPSS (International Prostatic Symptom Score — Международная шкала оценки симптомов со стороны предстательной железы) после 6-месячного применения препарата Омник Окас и его влияние на качество жизни пациентов в рутинной урологической практике нашей страны.

В программу вошли 7 тыс. пациентов с установленным диагнозом СНМП/ДГПЖ, получавших в качестве основной терапии Омник Окас (тамсулозин), назначавшийся урологами отечественных лечебных учреждений сроком на 6 мес. Обследовали пациентов в соответствии с рутинной клинической практикой — один визит каждые 3 месяца (всего 3 визита).

В исследовании участвовали 700 поликлинических урологов и 7000 пациентов с СНМП, обусловленных ДГПЖ, принимавших Омник Окас. У всех участников были собраны данные об эффективности и безопасности препарата. Тридцать больных были исключены из исследования по разным причинам. Средний возраст пациентов составил 64 года, средний объем ПЖ — 46,41 (12–150) мл, средний уровень ПСА — 2,3 (0,2–47) нг/мл. В ходе 6-месячного лечения средний балл по шкале IPSS снизился на 51,5 % ($n = 6970$), что свидетельствует о клинически значимом уменьшении симптоматики на фоне лекарственной терапии. При анализе динамики симптомов наполнения и опорожнения, оцененных по соответствующим подшкалам опросника IPSS, констатировали уменьшение среднего балла на 48,4 % ($n = 6970$) и 51,1 % ($n = 6970$) соответственно. Индекс качества жизни по опроснику IPSS на фоне регулярного приема препарата снизился на 48,5 % ($n = 6970$) по сравнению с первым визитом, что свидетельствует об устойчивом улучшении показателя у пациентов всех возрастных групп.

Развернутая оценка качества жизни была проведена с помощью опросника EQ-5D-5L. Число больных с проблемами, связанными с подвижностью, после 6 мес. терапии уменьшилось с 39,9 до 25,7 %, с самообслуживанием — с 28,7 до 17,2 %, болью/дискомфортом — с 64,5 до 26,5 %, проблемами при повседневной активности — с 50,1 до 28,2 %, тревогой/депрессией — с 54,1 до 20,8 %. Таким образом, применение препарата Омник Окас привело к уменьшению выраженности СНМП и улучшению качества жизни после 6 мес. терапии.

Динамика симптоматики по шкале IPSS (среднее значение) через 6 мес. по возрастным группам несколько различалась в зависимости от объема ПЖ и уровня ПСА. Максимальный эффект наблюдался у молодых мужчин, у пациентов с объемом ПЖ <30 мл и с уровнем ПСА <1,5 нг/мл. В рамках исследования препарата Омник Окас зарегистрировано 42 (0,6 %) НЯ у 36 больных, из них у 29 — несерьезные, у 7 — серьезные. Серьезные НЯ у 4 пациентов послужили причиной отмены препарата: гипотензия — у одного, острая глаукома — еще у одного пациента, ретроградная эякуляция — у двух больных.

Острая задержка мочи (ОЗМ) — одно из частых и наиболее грозных осложнений ДГПЖ у пожилых мужчин. По данным опросов, именно перспектива возможного развития ОЗМ больше всего пугает пациентов и становится наиболее частой причиной обращения к урологу. Данные

Тамсулозин стал наиболее распространенным антагонистом α -адренорецепторов, выписываемым урологами по поводу ДГПЖ в США в последние годы, что объясняется целым рядом факторов:

1	2	3	4
Нет необходимости в титровании дозы.	Быстрый эффект, поскольку начальная доза (0,4 мг) является терапевтической.	Не требуется изменять сопутствующую гипотензивную терапию.	Меньше нежелательных явлений (НЯ) со стороны ССС (головозкружение, астения, ортостатическая гипотензия), чем при приеме теразозина или доксазозина.


эпидемиологических исследований свидетельствуют о повышении риска развития ОЗМ в 3–4 раза при увеличении объема ПЖ > 40 см³ и уровня простатического специфического антигена (ПСА) > 1,4 нг/мл. Возрастание риска развития ОЗМ также связывают с увеличением возраста и выраженности СНМП по различным опросникам (IPSS, AUA, Boyarsky). Вероятность ОЗМ у мужчин старше 70 лет в 8 раз выше, чем у 40-летних.

Доказано, что использование α -адреноблокаторов может увеличить вероятность восстановления самостоятельного мочеиспускания у больных ДГПЖ с впервые возникшей ОЗМ после удаления уретрального катетера и уменьшить необходимость выполнения в последующем хирургического вмешательства. Так, 70,5 % опрошенных урологов начинают терапию α -адреноблокаторами непосредственно в день установки уретрального катетера.

Основой подобных действий является понимание патогенеза расстройств мочеиспускания у больных ДГПЖ. В нижних отделах мочевого тракта таких пациентов протекают два параллельных процесса: формирование уретральной обструкции и нарушение энергетического метаболизма детрузора (митохондриальная недостаточность). Причина обструкции состоит в увеличении ПЖ с постепенным сужением просвета мочеиспускательного канала (механический компонент) и повышением тонуса гладкомышечных волокон ПЖ, задней уретры и шейки МП (динамический компонент). Гипертонус гладкой мускулатуры стромы ПЖ, занимающей до 60 % объема гиперплазированной железы, устраняют α -адреноблокаторы, что позволяет нивелировать динамический компонент инфравезикальной обструкции. С другой

стороны, доказанное в экспериментах улучшение кровоснабжения МП на фоне лечения α -адреноблокаторами приводит к улучшению биоэнергетики детрузора и восстановлению его сократительной способности.

К наиболее часто встречающимся побочным эффектам, связанным с лечением тамсулозином, относятся ретроградная эякуляция (8,3 %), обмороки (1,7 %) и постуральная гипотензия (1,3 %). При сравнении с годовым и другими краткосрочными исследованиями частота всех побочных эффектов не увеличилась. Частота побочных эффектов, связанных с лечением, снижалась на протяжении всего шестилетнего периода. После первых двух лет лечения показатель составил менее 5 %.

В заключение хотелось бы отметить тот факт, что субстанция для всех оригинальных тамсулозинов, включая Омник и Омник Окас, выпускается только на заводах «Астеллас», а дальнейшее производство локализовано в разных странах, чтобы быть ближе к пациенту (потребителю) и снизить издержки на логистику, а значит, сохранить доступную цену препаратов. В России производственная площадка расположена в Подольске Московской области — там проходят конечные стадии производства препаратов Омник и Омник Окас под контролем «Астеллас». Благодаря грамотной политике компании Омник и Омник Окас может купить каждый пациент с ДГПЖ — цена составляет 700–800 рублей на месяц лечения. Приобрести их можно в любой аптеке России — из препаратов данной группы у Омника самая широкая представленность на аптечных прилавках. Такая организация производства вместе с политикой компании, нацеленной на заботу о пациентах, делает Омник и Омник Окас доступными каждому больному с СНМП. 

Омник Окас*

astellas



Пероральная система контролируемого всасывания:

Уникальная технология доставки лекарственного препарата, позволяющая создать непрерывное высвобождение действующего вещества на протяжении всего желудочно-кишечного тракта¹

Тамсулозин значительно улучшает скорость потока мочи (Повышение Q_{max} на 0,7–1,8 мл/с по сравнению с исходным уровнем)²

Тамсулозин Ocas[®] значительно снижает балл по IPSS (на 43% по сравнению с плацебо)³

Частота побочных эффектов при приеме Омника Окас существенно ниже, чем на тамсулозине в капсулах^{4,5}

Действие 24 часа и удобный прием в любое время дня^{3,6}



Реклама
ИАТ-РУ-ОМНИКОАС-2023-00015-1МАР-2023
Информация для специалистов здравоохранения
ООО «Астеллас Фарма Продакшн» 109147, Россия, Москва, ул. Марксистская, д. 16 Тел. +7 (495) 737-07-56
* Ocas – Oral Controlled Absorption System
Omax – максимальная скорость потока мочи
IPSS – Международная шкала оценки симптомов заболеваний предстательной железы (International Prostate Symptom Score)
1. Michel M. et al. European Urology Supplements 4 (2005) 15–24
2. Schulman CC et al. Eur Urol. 1999;36(6):609–20
3. Flynn B. et al. Eur Urol Suppl. 2003;4(2):63–68
4. Charpele CR et al. Eur Urol Suppl 2005; 4: 33–44
5. Michel MC. Et al. Eur Urol Suppl 2005; 4: 53–60
6. Инструкция по медицинскому применению препарата Омник Окас (ЛС-000849 от 20.07.2022) доступна на сайте <https://grts.rosmindzdrav.ru/Default.aspx>

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА

НОВОСТИ

Всемирный роботический конгресс

← Окончание, начало на с. 1

Активно обсуждались и вопросы кинематики движений специалиста при работе на роботической системе. Результаты зарубежных коллег коррелируют с нашими собственными данными, полученными при разработке математической модели робот-ассистированной радикальной простатэктомии в МУЦ.

Второе дыхание на конгрессе получил вопрос телехирургии — одной из основополагающих идей робот-ассистированной техники оперативного вмешательства. Произошло это прежде всего благодаря появлению и быстрому развитию соответствующих систем из Китая. Коллеги представили результаты успешного выполнения дистанционных оперативных вмешательств с использованием сотовой сети 5G.

Академик РАН Д.Ю. Пушкарь модерировал пленарную сессию, посвященную раннему удержанию мочи у пациентов, перенесших робот-ассистированную радикальную простатэктомию. Дмитрий Юрьевич также представил пленарный доклад на данную тему, один из ключевых на этом конгрессе.

Еще два доклада на мероприятии сделал профессор К.Б. Колонтарев. Обе работы были завершены на базе МУЦ Боткинской

больницы. Первое выступление Константина Борисовича было посвящено методам предотвращения развития лимфогенных осложнений после удаления тазовых лимфоузлов в ходе радикальной робот-ассистированной простатэктомии. Доклад вызвал большой интерес и завоевал второе место среди всех поданных на конгресс работ (а их было около трехсот). Второй доклад содержал сравнительный анализ двух методов робот-ассистированной простатэктомии с использованием нервосберегающей техники, позволяющей сохранить потенцию. Одна из методик модифицирована непосредственно в МУЦ.

На конгрессе было представлено много совсем новых роботических систем производства США, Китая, Ирана, Индии, Испании, Японии, Южной Кореи и других стран. Отдельного внимания заслуживает da Vinci 5 — новое поколение системы da Vinci. В некоторых медучреждениях США эта новейшая система уже активно используется. Несмотря на множество альтернативных машин, компания Intuitive Surgical, Inc. в очередной раз доказала свое превосходство и по праву остается неоспоримым лидером в области разработки, производства и продаж роботизированных продуктов.

РООУ

#яонкоуроолог



XIX Международный Конгресс Российского общества онкоурологов

Конгресс РООУ — мероприятие, давно переставшее быть локальным. В текущем году конгресс продлится 3 дня!

Традиционно Ежегодный конгресс РООУ собирает большую междисциплинарную команду урологов, онкологов, радиологов, радиотерапевтов, патологоанатомов, анестезиологов. Приглашаем к участию всех профессионалов, стремящихся расширить горизонты своего опыта и знаний.

2-4 октября 2024 г.

Москва

очный

Мастер-класс «РМП: мастерство в клинике, операционной, на конгрессе»

Специально для молодых ученых (и не только) мы сформировали курс, направленный на тренинг мастерства представления научных данных. В ходе мастер-класса в маленьких подгруппах слушатели смогут отработать навыки сторителлинга и использовать их для научного доклада.

23 августа 2024 г.

Санкт-Петербург

Очно и онлайн

Региональная конференция в Приволжском федеральном округе

Передовой опыт и инновационные подходы лечения пациентов с ЗНО мочеполовой системы обсудим с коллегами, которые на самом деле лидируют в этой области. Диагностика, хирургия, реабилитация и лечение распространенных форм — с лучшими специалистами РФ.

25 октября 2024 г.

Уфа

Очно и онлайн

Конференция «30 лет развития онкоурологии в РФ: успехи и перспективы»

Конференция посвящена юбилею с момента проведения на базе Медицинского радиологического научного центра РАМН в г. Обнинске (Калужская обл.) Первой всероссийской конференции с участием стран СНГ «Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний».

8 ноября 2024 г.

Обнинск

Очно и онлайн

November`2024. «Усабрь»

Ежегодная конференция РООУ, прицельно сфокусированная на вопросах диагностики, лечения и реабилитации пациентов с различными формами РПЖ. С отечественными и мировыми лидерами комплексно обсуждаем помощь мужчинам с РПЖ.

15 ноября 2024 г.

Москва

Очно и онлайн

Реклама

По вопросам участия в научной программе мероприятий — пишите на roou@roou.ru

www.roou.ru

Детским и взрослым урологам важно работать вместе

Детская урология отличается от взрослой не только возрастом пациентов. Разнятся приоритетные заболевания, подходы и даже — пока еще — технические возможности. А объединяет и ту и другую главное — забота о здоровье пациента. И здесь исключительно важна преемственность терапии при переходе мальчиков в 18 лет во взрослую сеть.

Об этом нашему корреспонденту рассказал профессор Герман Владимирович Козырев, детский уролог-андролог ГБУЗ «Морозовская ДГКБ», заведующий кафедрой детской урологии-андрологии РУДН имени Патриса Лумумбы, профессор кафедры детской хирургии и урологии-андрологии им. Л.П. Александрова ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, руководитель комитета по детской урологии-андрологии Российского общества урологов.

— **Чем детская урология отличается от взрослой по структуре заболеваемости и другим параметрам? Например, большая часть взрослых пациентов уролога страдают онкологическими заболеваниями. А много ли мальчиков со злокачественными новообразованиями (ЗНО) урологического профиля и каковы их прогнозы?**

— В детской урологии в отличие от взрослой преобладают врожденные аномалии. Мы лечим большой спектр врожденных заболеваний, начиная от относительно простых (гидроцеле, крипторхизм) и до самых сложных (обструктивные уropатии, экстрофия/эписпадия, гипоспадия, нарушение формирования пола, различные синдромы в сочетании с урологической патологией — мегауретером, нейрогенным мочевым пузырем, клапанами задней уретры, пузырно-мочеточниковым рефлюксом).

Детские урологи в основном онкологией не занимаются, в редких случаях мы можем помогать онкологам (например, при резекции почки) или выполняем реконструктивно-пластические вмешательства после онкологических операций. У меня накоплен опыт создания мочекаменного резервуара у пациентов после комплексного лечения рабдомиосаркомы мочевого пузыря, периодически выступаю с докладами по этой теме.

Детская урология — часть взрослой, будущее — за их совместным развитием. В будущем станет больше роботических операций, эндоскопических и лазерных методов лечения мочекаменной болезни. Инструменты будут меньше и с лучшей визуализацией

— **Врожденные аномалии связаны с наследственностью?**

— Наследственный фактор — причина небольшой части всех урологических заболеваний детского возраста. Основное — это внутриутробная патология, негативные факторы, влияющие на развитие плода и формирование половых органов во время беременности. Я провел исследование, проанкетировал 500 родителей, у которых дети родились с гипоспадией, то есть с врожденной аномалией развития зоны мочеиспускательного канала и области полового члена. Оказалось, что в 60 % случаев при-



Герман Владимирович КОЗЫРЕВ
Детский уролог-андролог

существовала патология первого триместра беременности. Это угроза прерывания, прием некоторых препаратов, вредные производств рядом с домом или местом работы матери, нездоровые привычки.

— **Насколько нарушения, обнаруженные во время скрининга, угрожающие? Требуется ли они прерывания беременности?**

— Многие решают сохранить ее, а после рождения детей передают их нам на лечение. Самая тяжелая патология мочеполовых органов — врожденная аномалия мочевого пузыря, наружных половых органов и костей таза — экстрофия. Это значит, что отсутствует передняя стенка мочевого пузыря и в распахнутую слизистую открываются устья мочеточников, из которых постоянно выделяется моча. Кости таза не образуют замкнутого кольца, так как части лонного сочленения разведены в стороны и между ними находится мочепузырная

площадка. Пупок отсутствует. У мальчиков всегда имеется эписпадия — расщелина передней стенки мочеиспускательного канала с укорочением и расщеплением спереди полового члена. У девочек — расщепленный на две половины клитор, влагалище смещено вперед, отсутствует передняя спайка половых губ. У всех детей наблюдается тотальное недержание мочи. Еще совсем недавно при внутриутробном выявлении экстрофии женщине действительно предлагали прервать беременность. Но хирургия сейчас настолько продвинулась, что этот порок можно скорректировать — потре-

буется несколько операций. Как правило, в дальнейшем у таких деток не бывает отклонений в физическом и психическом развитии.

— **В случае экстрофии мы говорим об анатомической патологии. Но недержание мочи у детей часто связано и с психологическими проблемами.**

— Таких действительно немало. Если на прием пришли 10 ребятшек, один обязательно окажется либо с ночным энурезом, либо с дневным подтеканием мочи. Истоки проблемы — стрессы в семье, детском саду, школе. Ребенок реагирует на них подобным образом, привлекает к себе внимание взрослых.

В таких случаях мы пытаемся устранить нашу урологическую проблему. Например, у ребенка гиперактивность, выявлена гиперрефлексия мочевого пузыря. Назначаем лечение, расслабляющее мочевой пузырь. Ну и, конечно, пытаемся на приеме в какой-то степени поработать и как психологи тоже, чтобы разобраться в причинах проблемы. Если есть необходимость, передаем ребенка психоневрологам, реабилитологам.

— **В какой мере урологические проблемы мальчиков влияют на их фертильность и способствуют формированию мужского бесплодия?**

— Врожденные аномалии половых органов, такие как уже упомянутые выше гипоспадия, крипторхизм (неопущение яичка в мошонку), а также орхит, оказывают самое негативное влияние на фертильность. И наша задача как детских урологов — помочь ребенку, восстановив нормальную анатомию половых органов. Но это проблема не только детских, но и взрослых урологов. Тут важна преемственность. Допустим, мы сделали ребенку прекрасную операцию и опустили это яичко. А как оно себя поведет дальше? Ведь ту же спермограмму, дающую представление о статусе фертильности, можно сделать только после 18 лет. Это уже задача взрослых урологов. В идеале, конечно, такую работу стоит делать вместе.

— **Часто ли встречается в практике детского уролога варикоцеле?**

— У подростков достаточно часто — в трех из десяти случаев. Как правило, проблема обнаруживается во время диспансеризации в школе или спортивной секции. Вот у меня вчера было на приеме 15 человек, из них три подростка с варикоцеле. К счастью, такие юные пациенты крайне редко нуждаются в операции (к слову, у взрослых этот вопрос тоже требует дополнительного обследования, осмысления и дальнейшего наблюдения). Операция необходима только при выраженном варикоцеле, то есть при значительном расширении вен гроздьевидного сплетения (более 4–5 мм при ультразвуковой доплерографии), наличии ретроградного кровотока и когда при этом левое яичко меньше, чем правое. Что касается выбора

операции, то, так же как и урологи, которые лечат взрослых, отдаю предпочтение операции Мармара и реже — лапароскопической варикоцелэктомии.

— **Вы консультируете детей от 0 до 18 лет. Как отличаются подходы к пациентам разного возраста?**

— Безусловно, операции в разном возрасте требуют разных подходов. Отличается и послеоперационное ведение пациентов.

У детей первого года жизни после хирургического вмешательства по поводу гипоспадии можно использовать два памперса и наладить удобный уход. Если младенец практически не замечает, что была какая-то операция, то у подростка после нее совсем другие болевые ощущения, он сложнее переносит вмешательство и физически, и психологически.

Проблемы, с которыми сталкиваются детские урологи, заключаются не только в особенностях самой хирургии (проведении операции и заживлении раны) и не только в области урологии (принципы отведения мочи), но и в необходимости найти психологический подход к малышу, поагукать с ним, если он совсем еще кроха, уметь взять на руки и даже поменять памперс. А с двух-, трех-, пятилетним ребенком необходимо наладить контакт, поиграть, обсудить героев книг и мультфильмов.

После операций с малышами проще. Например, у ребенка стоит уретральный катетер. Можно опустить его в памперс, и нет проблем. Дети до двух лет очень быстро адаптируются. А ребенок чуть постарше, трехлетний, уже капризничает. Сложнее всего с подростками: они боятся, они мнительные, у них другой болевой порог, поэтому тинейджеры негативно реагируют на каждое прикосновение. Приходится тратить много времени на общение, объяснения, успокоение.

— **Как вы относитесь к проблеме обрезания? Много ли выполняется таких операций по религиозным и иным соображениям?**

— Это одна из самых частых операций в мире. Считаю, что она должна выполняться по показаниям: есть религиозные традиции, существуют и медицинские (рубцовые изменения крайней плоти). Делаем обрезание под наркозом, уделяя особое внимание хорошим косметическим результатам.

Основная же моя специализация — реконструктивно-пластические вмешательства у детей с врожденными аномалиями половых органов и нижних мочевых путей. Сегодня разработаны и с успехом применяются универсальные алгоритмы лечения всех форм гипоспадии и эписпадии, экстрофии мочевого пузыря, нарушения формирования пола у детей.

— **Что встречается чаще всего? Какие операции наиболее сложные?**

— Чаще всего встречается гипоспадия — по 300–400 случаев в год. В прошлом году я сделал 350 таких операций. Напомню,

что при этом врожденном пороке полового члена отверстие мочеиспускательного канала открывается не на головке, а ниже. Гипоспадии бывают разные в зависимости от расположения этого отверстия, от искривления полового члена, строения крайней плоти. Методы лечения тоже отличаются в зависимости от формы заболевания. Чаще всего удается устранить проблему в ходе одной операции, и по прошествии времени даже специалисты не могут определить, что она когда-то была выполнена пациенту. Иногда требуется этапное лечение с использованием слизистой оболочки щеки для создания мочеиспускательного канала.

А самая тяжелая половая патология — нарушение формирования пола, когда даже врачи не могут точно сказать, мальчик перед ними или девочка. И только совместно с эндокринологами, генетиками, психологами мы определяем, к какому полу относится ребенок, и в соответствии с принятым решением начинаем свою часть работы. Делаем операции, которые позволят ребенку с интерсексуальным, то есть непонятно каким, строением гениталий стать либо мальчиком, либо девочкой. Вот эти операции — маскулинизирующая или феминизирующая пластика, пожалуй, для меня одни из самых сложных.

И еще одна тяжелая патология — это упомянутая ранее экстрофия мочевого пузыря. Тут мы создаем его, выполняя цистопластику, потом через год — пластику гениталий и далее, по прошествии 5–7 лет, операции по устранению недержания мочи. Части больных требуется вмешательство по увеличению мочевого пузыря участком кишки (его аугментация с созданием удерживающей мочевой стомы).

— **Это ведь огромная ответственность! Насколько точно можно определить пол ребенка в спорных случаях?**

— Проблема действительно серьезная. Недавно меня пригласили в Российскую детскую клиническую больницу (работал там раньше) помочь в одном сложном случае. Поступил ребенок с интерсексуальным строением гениталий и мозаичным кариотипом с элементами мужского (XY) и женского (XX). У ребенка справа есть яичко, слева — что-то похожее на яичник. Директор РДКБ, доктор медицинских наук, профессор, эндокринолог Елена Ефимовна Петрайкина объяснила, что проведено обследование, состоялся консилиум, в котором участвовали все специалисты, включая психологов и психиатра. Было решено выполнить операцию по адаптации ребенка в мужском паспортном поле. Я провел первый этап, то есть мы уже сразу сделали все как у мальчика. Удлинил половой член, устранил его искривление, создал мошонку, вшил трансплантат слизистой щеки на нижнюю поверхность полового члена для последующей уретропластики. При этом эндокринологи присутствовали в операционной, мы обсуждали строение гонад, возможность их сохранения или удаления.

Через полгода планируется второй этап операции — создание мочеиспускательного канала из уже прижившейся слизистой щеки, чтобы ребенок мочился, как все мальчики, из наружного отверстия мочеиспускательного канала, которое будет располагаться на головке.

Второй случай: в небольшом городе жила-была девочка, и вдруг у нее в 12 лет в паховых областях появляются какие-то образования, похожие на грыжи, клитор увеличивается и становится похожим на половой член, голос грубеет. Девочка поступает в РДКБ, где окончательно определяют, что пол при рождении установлен

неверно. Это мальчик, что подтверждается эндокринологами, психологами, урологами. Тогда мы в два этапа выполнили операцию с успешным результатом. Прошло уже больше 5 лет, ребенку изменили имя, семья переехала в другой город. Созваниваемся с ними, у подростка все благополучно.

— **Вы возглавили первую в России кафедру детской урологии и андрологии на базе РУДН. Какие у нее задачи?**

— Создано три курса: по урогенитальной хирургии, лапароскопии и общей



На приеме у детского уролога

урологии. Это образовательные курсы для врачей, которые хотели бы расширить свои компетенции в различных областях детской урологии. Мы с коллегами готовы поделиться своими знаниями и опытом. На курсах будут преподавать эксперты по лечению врожденных аномалий верхних мочевых путей, урологи-эндоскописты Артур Владимирович Кулаев и Олег Сергеевич Шмыров.

— **Какие новые методы лечения, препараты, диагностические и хирургические методики пришли в детскую урологию в последнее время?**

— Все активнее используются внутрипросветная эндоскопия (трансуретральная), лапароскопия и уже достаточно привычная для взрослых урологов, но абсолютно новая для детских роботическая хирургия. А также лазерные технологии в лечении мочекаменной болезни и сосудистых мальформаций уретры и мочевого пузыря.

— **В каких случаях применяются роботические операции?**

— Роботическая хирургия пришла к нам несколько лет назад. Редко когда в детской больнице сейчас есть необходимое оборудование. По-моему, в Иркутске есть робот; в ЕМС-клинике взрослых и детей оперируют с помощью робота. Роботическую хирургию сейчас запускают в Ростове-на-Дону.

В основном такая технология используется при аномалиях верхних мочевых путей, гидронефрозе, мегауретере. У детей подобные вмешательства не так развиты, как у взрослых. Ребенок маленький, а робот — это все же большой порт. Даже применение лапароскопии у детей тоже несколько ограничено, опять-таки из-за размеров инструментов.

Поэтому такого грандиозного глобального опыта, как у урологов для взрослых,

как у Дмитрия Юрьевича Пушкаря и других наших коллег, конечно, в детской урологии еще ни у кого нет, мы просто не успели его набрать. Думаю, что это вопрос времени, ведь технологии развиваются, инструменты становятся все меньше и лучше, они обязательно войдут в наш арсенал.

Второе направление, пришедшее к нам из урологии для взрослых, — это лечение мочекаменной болезни с помощью лазера. В последние годы становится все больше детей с этим диагнозом. Мы взяли на вооружение все инструменты, которые по-

зволяют удалить камень, раздробить или извлечь его различными способами.

— **Вы неоднократно проходили стажировку в ведущих европейских и американских клиниках. Отличаются ли подходы западных специалистов от российской практики?**

— Все мы работаем приблизительно по одним стандартам. Хорошо знаем европейские и американские клинические рекомендации (КР) и солидарны в подходах с нашими зарубежными коллегами. Огромная работа ведется сейчас в Российском обществе урологов (где я руковожу комитетом по детской урологии). Обсуждаем вопросы создания отечественных КР. К 2025 году, как известно, необходимо разработать максимальное число КР, по которым будем работать в дальнейшем. Все должно быть унифицировано, универсализовано, и это правильно.

Ну, а что касается зарубежного опыта, тут я несколько субъективен. Несколько раз был в госпитале Джона Хопкинса, дружил с одним из лучших детских урологов Америки Джоном Герхартом, с руководителем детской урологии в Филадельфийской детской больнице Дугласом Каннингом, ведущим детским урологом Франции Алаа Эль Гонейми.

Да, американская и европейская медицина — хороший стандарт лечения, но я не скажу, что это что-то космическое. Мы вполне можем этому стандарту соответствовать.

Что касается именно урогенитальной хирургии, которой я, собственно говоря, в основном и занимаюсь, для меня здесь главный учитель — Радош Джинович. Этот серб — просто урологический гений, который подхватил знамя своего не менее гениального учителя Савы Перовича (к сожалению, умершего в 2010-м).

Радош научил меня уникальным подходам в урогенитальной хирургии, о которой мы с вами сегодня говорили (нарушение формирования пола, гипоспадия, экстрофия, то есть все сложные пороки и аномалии).

— **Расскажите о ваших патентах...**

— За время подготовки диссертации, помимо написания статей, я зарегистрировал два патента. Оба запатентованных изобретения позволили улучшить результаты лечения самой сложной группы пациентов с проксимальными формами гипоспадии. Первый патент мы сделали вместе с доктором Джиновичем и моей женой, детским урологом Диной Манашеровой. Он позволяет улучшить результаты применения трансплантата слизистой щеки при создании мочеиспускательного канала. Дина прошла обучение в Колумбийском университете в Нью-Йорке, свободно владеет английским, итальянским и французским. Это позволило наладить международные коммуникации, мы неоднократно выступали на конференциях, включая самые престижные, например на конгрессе Американской урологической ассоциации.

Второй патент: для лечения тяжелых форм гипоспадии мной был придуман способ устранения транспозиции мошонки при нарушениях формирования пола — восстановление нормального расположения полового члена над мошонкой путем перемещения кожных лоскутов.

— **С какими трудностями сталкиваются юные пациенты при переходе во взрослую сеть?**

— Здесь важна преемственность в лечении. Чтобы уже повзрослевший пациент продолжал наблюдение и лечение по тем же самым протоколам и схемам, как и ранее. Для этого мы проводим конференции, участвуем в Московской урологической школе, конгрессах Российского общества урологов и т.п., где поднимаем данную тему. И приглашаем урологов из сети для взрослых на свои педиатрические конференции для обмена опытом, выработки единых алгоритмов лечения и наблюдения. Это важный вопрос, решение которого позволит пациенту быть спокойным за результат лечения, за свое будущее.

— **Каковы, на ваш взгляд, перспективы развития детской урологии? Какие направления будут востребованы?**

— Детская урология — часть взрослой, ее будущее — только в совместном развитии этих двух дисциплин. Как я уже говорил, будет расти сегмент роботических операций, эндоскопических и лазерных методов лечения мочекаменной болезни. Все инструменты будут меньшего диаметра и с лучшей визуализацией.

Детская урология в России активно и успешно развивается. Многие самые современные методики применяются в нашей стране на очень высоком уровне и с хорошими результатами. Если мы в 2010-м, даже в 2015 году, приезжая на международные конгрессы, слушали спикеров, раскрыв рты, и вздыхали: «Ой, мы у себя никогда такого не сделаем!» — то сейчас в основном все, что делают за рубежом, умеют выполнять и наши коллеги. Понятно, что всегда есть над чем работать. Например, в части закупок оборудования, расходных материалов хочется, чтобы у всех было все необходимое! И еще — чтобы врачей разгрузили от бумажной работы и они больше времени посвящали пациентам, могли постоянно совершенствоваться. ☺

Алена Жукова

Препарат бовгиалуронидазы азоксимер (Лонгидаза®)

при заболеваниях предстательной железы

Симптомы нижних мочевых путей (СНМП) вследствие доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) и хронического простатита (ХП) широко распространены в мужской популяции и приводят к существенному снижению качества жизни. ХП — одно из наиболее трудных для диагностики и лечения в амбулаторной практике урологических заболеваний — поражает мужчин преимущественно в молодом и трудоспособном возрасте — от 20 до 45 лет.



Дмитрий Юрьевич ПУШКАРЬ

Д.м.н., профессор, академик РАН, главный уролог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, руководитель Московского урологического центра, заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва



Сергей Владиславович КОТОВ

Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и андрологии лечебного факультета ФГАУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, руководитель Университетской клиники урологии, онкоурологии, андрологии ММКЦ «Коммунарка», ГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова, главный специалист ГК МЕДСИ по направлению «Урология», Москва



Сергей Александрович ПУЛЬБЕРЕ

Д.м.н., профессор кафедры урологии и андрологии лечебного факультета ФГАУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, заведующий отделением урологии ГБУЗ «ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова» Департамента здравоохранения Москвы, член Американской и Европейской ассоциаций урологов, Москва



Андрей Дмитриевич БОЛОТОВ

К.м.н., уролог отделения урологии ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова; ассистент кафедры урологии и андрологии ФГАУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Спектр элиминации

Клинические проявления ХП — дизурия, болевой синдром, нарушение копулятивной и репродуктивной функций. Половина мужчин хотя бы раз в жизни испытали эти симптомы. У 5 % из них диагностируется бактериальный простатит, у 65 % — абактериальный и еще у 30 % — синдром хронической тазовой боли (СХТБ). ХП — распространенное полиэтиологическое заболевание, в 30 % случаев связанное с рецидивирующими инфекциями мочевыводящих путей.

Среди возбудителей хронического бактериального простатита (ХБП) наибольшую роль играет *Escherichia coli*, гораздо реже встречаются другие представители семейств *Enterobacteriaceae* и *Pseudomonas spp.* Роль грамположительных кокков *Ureaplasma urealyticum* и *Chlamydia trachomatis* до сих пор подвергается сомнению, поскольку считать выделенный микроорганизм непосредственным патогеном можно лишь при обнаружении специфического иммунного ответа.

Основная цель лечения состоит в обеспечении элиминации всего спектра возможных возбудителей. Проблемы терапии бактериального простатита связаны с биологическим статусом микроорганизма, с одной стороны, и с барьером, препятствующим проникновению многих антибиотиков, с другой. Недостаточное проникновение препаратов в предстательную железу (ПЖ) — очаг воспаления у больных ХП — отрицательно отражается на результатах лечения. Причины этого феномена связывают с персистенцией экссудативной и пролиферативной фаз воспаления, что ведет к гиперплазии соединительной ткани на фоне склерозирования. Бактериальному воспалению в ПЖ сопутствует усиленный синтез коллагена.

Формирование хронического воспалительного процесса уже после элиминации возбудителя в конечном итоге приводит к рецидивам инфекции мочевыводящих путей (ИМП), развитию рубцового процесса в ткани ПЖ, а также к возникновению СХТБ и последующему ухудшению качества жизни пациентов. Смешанный характер инфекции и высокая частота бесконтрольного многократного использования антибактериальных препаратов (АБП) способствуют развитию антибиотикорезистентности (АБР), что затрудняет лечение и ухудшает прогноз для пациентов.

Лечат ферменты

Термины «протеолитические ферменты», «протеазы» или «протеиназы» часто используются как синонимы, а лечение описывается как ферментная терапия (ФТ). Она подразумевает пероральное введение гидролаз растительного и животного происхождения, их гастроинтестинальную абсорбцию и системное воздействие на происходящие в организме физиологические

и биохимические процессы путем распределения в его жидкостях. Ключевая роль заключается именно в этом их влиянии.

Ферментные препараты применяются в медицине более ста лет. Так, в 1928 г. испанский ученый Франсиско Дюран-Рейналь (1899–1958) сообщил о способности экстракта из семенников быка увеличивать проницаемость тканей. Был предложен термин «фактор распространения», «фактор диффузии» (англ. spreading factor) вследствие способности данного фактора увеличивать скорость распространения вирусных вакцин от места подкожных инъекций.

В 1931 г. аналогичный фактор был выделен из сперматозоидов. В 1937 г. американский ученый Карл Фридрих Мейер (1884–1974) доказал способность фактора распространения деградировать полисахаридные кислоты, выделенные из стекловидного тела глаза, пупочных канатиков и бактерий рода *Streptococcus*, показав, что его действие аналогично автолитическому ферменту бактерий рода *Pneumococcus*. Авторы исследований именовали этот фермент по-разному — фактором диффузии, муколитическим ферментом, муциназой. В 1949 г. К. Мейер назвал это вещество гиалуронидазой, обозначив этим термином группу ферментов различного происхождения, способных расщеплять кислые мукополисахариды.

Теоретические основы использования пероральных энзимных смесей разработал американский профессор Макс Вольф. Совместно с биохимиком Хеленой Бенитез он провел эксперименты, завершившиеся созданием лекарственных средств (ЛС) на основе энзимных смесей. Датой рождения ФТ можно считать 1959 год, когда было налажено производство соответствующих ЛС. Таким образом, с 1960-х энзимы, в том числе гиалуронидазы, активно применяются в медицине. Выдающуюся роль в развитии ФТ и обосновании ее применения в различных областях клинической медицины сыграл ученик и соратник М. Вольфа — профессор Карл Рансбергер.

Гиалуронидазы — группа ферментов, способных расщеплять кислые полисахариды, в частности гликозаминогликаны, — основное вещество соединительной ткани. Идентифицировано несколько типов гиалуронидазы, локализованных как в цитоплазме клеток, так и во внеклеточном матриксе. Специфическим субстратом тестикулярной гиалуронидазы служат гликозаминогликаны (гиалуроновая кислота, хондроитин, хондроитин-4-сульфат, хондроитин-6-сульфат), составляющие основу матрикса соединительной ткани. В результате деполимеризации (разрыва связи между C₁ ацетилгликозамина и C₄ глюкуроновой или индуровой кислот) гликозаминогликаны изменяют свои основные свойства: снижается их вязкость, уменьшается способность связывать воду

и ионы металлов, временно увеличивается проницаемость тканевых барьеров, облегчается движение жидкости в межклеточном пространстве, увеличивается эластичность соединительной ткани, что проявляется в уменьшении отечности ткани, уплощении рубцов, увеличении объема движения суставов, уменьшении контрактур и предупреждении их формирования, уменьшении спаечного процесса.

Действие гиалуронидазы носит обратимый характер. При снижении ее концентрации вязкость гиалуроновой кислоты восстанавливается. Таким образом, модификация свойств гиалуроновой кислоты с помощью гиалуронидазы позволяет эффективно управлять регенераторным потенциалом клеток внеклеточного матрикса и тем самым значительно влиять на течение воспалительных и репаративных процессов в тканях.

Наглядный пример

Примером препарата, удачно сочетающего стабилизацию гиалуронидазы и положительные эффекты, является Лонгидаза® — бовгиалуронидазы азоксимер, экзогенный источник фермента гиалуронидазы, который представляет собой конъюгат протеолитического фермента гиалуронидазы с высокомолекулярным носителем из группы производных N-оксида поли-1,4-этиленпиперазина. Оригинальность молекулы признана Всемирной организацией здравоохранения. В 2015 г. препарату Лонгидаза® присвоено международное непатентованное наименование (МНН) — бовгиалуронидазы азоксимер. Оригинальный лекарственный препарат Лонгидаза® производит российская фармацевтическая компания ООО «НПО Петровакс Фарм» по международным и российским стандартам GMP. Препарат был выведен на рынок в 2005 году, в 2021-м производитель получил европейский патент.

Пролонгирование действия фермента достигается ковалентным связыванием с физиологически активным высокомолекулярным (полимерным) носителем (азоксимером, активированным производным N-оксида поли-1,4-этиленпиперазина, аналогом полиоксидония), обладающим собственной фармакологической активностью. Стабилизация гиалуронидазы полимерным носителем приводит к двадцатикратному повышению стабильности во внешней среде, пятидесятикратному росту устойчивости к действию ингибитора гепарина, а также в 1,5 раза увеличивает ферментативную активность по сравнению с нативной гиалуронидазой. Ферментативная активность Лонгидазы® сохраняется при нагревании до 37 °С в течение 20 суток, в то время как нативная гиалуронидаза в этих же условиях начинает утрачивать свою активность в течение суток.

Бовгиалуронидазы азоксимер обладает всем спектром фармакологических

свойств, присущих лекарственным средствам с гиалуронидазной активностью. Лонгидаза® воздействует на сосудисто-тканевые барьеры, иммунную систему и соединительную ткань, проявляет противомембранозные свойства, ослабляет течение острой фазы воспаления, регулирует (повышает или снижает в зависимости от исходного уровня) синтез медиаторов воспаления (интерлейкина-1 и фактора некроза опухоли-альфа — ФНО-α), повышает гуморальный иммунный ответ и резистентность организма к инфекции.

Борьба с биопленками

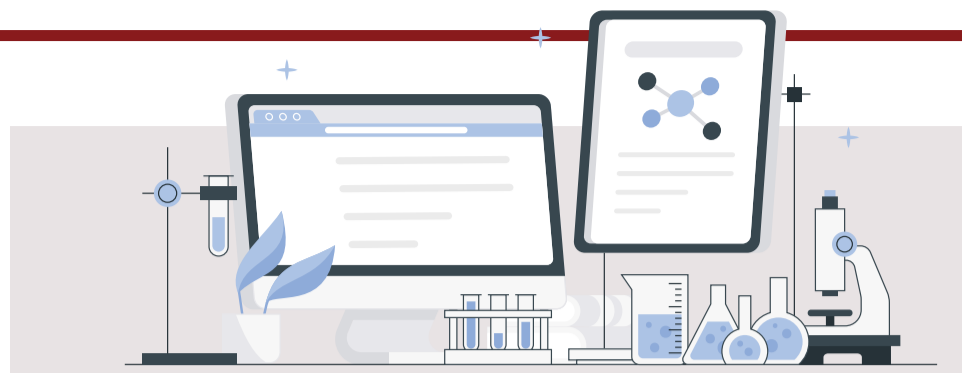
Установлено, что многие штаммы патогенов, выявленных при хроническом простатите, мультирезистентны и в 90 % случаев связаны с образованием биопленок. Бактериальные биопленки — комплексные полимикробные структуры, состоящие из бактериальных клеток, заключенных во внеклеточный полимерный матрикс, продуцируемый этими клетками. Внеклеточный полимерный матрикс биопленок, состоящий из белков, углеводов и нуклеиновых кислот, выполняет скелетную функцию, поддерживая структуру биопленки, и, как считается, затрудняет действие противомикробных препаратов, делая бактерии более устойчивыми к АБП и другим ЛС по сравнению с их планктонными аналогами. Важно, что сегодня нет общепринятых методов лечения биопленочных инфекций. Таким образом, чрезвычайно актуальна разработка методов терапии, позволяющих разрушать целостность биопленок.

Способность энзимов активировать действие антибиотиков и облегчать их проникновение в ткани, повышая тем самым эффективность терапии, установлена в ряде экспериментальных и клинических наблюдений. Перспективным представляется использование ферментативной деструкции матрикса сформированной биопленки с помощью различных ферментов, что считается лучшим вариантом для борьбы с биопленками. Замечено, что сочетанное применение препарата Лонгидаза® с антибиотиком увеличивает шансы на эрадикацию возбудителей. В результате деполимеризации гликанов происходит увеличение проницаемости тканевых барьеров, а вследствие этого — лучшее обеспечение эффективной доставки антибиотиков в очаг воспаления.

В работе Е.Е. Брагиной и соавт. было доказано, что при комбинированной АБТ совместно с бовгиалуронидазы азоксимером изменяется матрикс биопленок с переходом бактерий в планктонную форму. Продемонстрировано уменьшение количества колоний микробов, окруженных матриксом различной природы, чаще мукполисахаридной (биопленки), либо изменение морфологии самих микроколоний. Исчезновение межклеточного матрикса и переход бактерий в планктонную форму существования служат показателями разрушения бактериальных биопленок.

В исследовании Е.Ю. Тризиной и соавт. изучалось действие Лонгидазы на биопленки *E. coli*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*. Исследования показали, что препарат Лонгидаза® уже через четыре часа обработки обеспечивает разрушение матрикса зрелых биопленок грамположительных и грамотрицательных бактерий, более выраженное через 24 часа обработки.

Также была исследована способность Лонгидазы разрушать *in vitro* биопленки *Candida albicans*. Было продемонстрировано, что обработка Лонгидазой в концен-



Комплексный эффект

Воздействуя на все этапы патологического воспаления, ферментный препарат Лонгидаза® обладает комплексным действием, включающим:

- 1** Противомембранозное: препятствует разрастанию соединительной ткани и уменьшает выраженность уже сформированного фиброза (связывание ионов железа, гидролиз гликозаминогликанов, восстановление микроциркуляции и нормализация тканевого гомеостаза).
- 2** Микроциркуляторное: уменьшает отек и восстанавливает микроциркуляцию в тканях (гидролиз гликозаминогликанов, снижение их вязкости, повышение проницаемости тканей, уменьшение отеков).
- 3** Противовоспалительное: ослабляет воспаление (регуляция выработки медиаторов воспаления — интерлейкина-1, ФНО-α — и ослабление острой фазы воспаления).
- 4** Эффект повышения гуморального иммунного ответа и резистентности организма к инфекции.

трации 750 МЕ приводит к снижению биомассы биопленки на 30 %. Известно, что *S. albicans* может образовывать смешанную грибково-бактериальную биопленку, которая проявляет более высокую устойчивость к различным вариантам лечения. Смешанные сообщества бактерий *S. aureus*, *E. coli*, *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae* с *S. albicans* были обработаны Лонгидазой® с оценкой степени сокращения остаточной биопленки. Внешение максимальной концентрации препарата приводило к снижению биомассы консорциума *S. albicans* — *P. aeruginosa* на 50 %. В то же время использование Лонгидазы® в концентрации 750 МЕ в отношении сообществ *S. albicans* — *E. coli* и *S. albicans* — *K. pneumoniae* приводило к снижению на 20–30 %, а уменьшение биомассы матрикса всех смешанных культур имело дозозависимый характер.

Множество клинических работ, посвященных применению препарата Лонгидаза® у мужчин при ХП, демонстрируют положительные результаты. Более того, ректальные свечи Лонгидаза® с целью диагностики латентно-бактериальной формы хронического простатита хорошо зарекомендовали себя, поскольку способствуют выявлению инфекционного агента и воспаления, снижая частоту абактериального простатита при обследовании мужчин.

При добавлении Лонгидазы к стандартной АБТ в лечении ХП отмечено снижение его клинического индекса, а также уменьшение размера очагов плотности и фиброза в тканях ПЖ, обогащение сосудистого рисунка, повышение скорости потока крови в сосудах. При анализе результатов лечения больных ХП выяснилось, что в основной группе, применявшей ректальные свечи Лонгидаза® 3000 МЕ, клинические эффекты были лучше, чем в контрольной. Это подтверждалось количественным и качественным уменьшением симптоматики (боли, дизурии), улучшением показателей шкал оценки, клинических анализов мочи, параметров иммунологического статуса, данных ректального пальцевого и трансректального ультразвукового исследований.

В работе Э.А. Баткаева включение в комплексную терапию бактериального простатита протеолитического фермент-

ного препарата Лонгидаза® совместно с антибиотиком позволило добиться более высоких результатов этиологического и клинического излечения по сравнению с контрольной группой больных. В работе А.С. Кайсиновой и соавт. дополнение программы санаторно-курортного лечения пациентов с хронической болезнью

почек лимфотропной терапией с ферменто- и антибактериальными препаратами обеспечило значимое повышение общей эффективности терапевтических мероприятий. Так, отмечено снижение интенсивности болевого синдрома в основной группе на 68,2 % ($p < 0,01$), улучшение процесса мочеиспускания на 55,3 % ($p < 0,01$), качества жизни — на 59,7 % ($p < 0,01$), отмечалось восстановление физического здоровья по шкале SF-36 на 26,2 % ($p < 0,01$), психического — на 24,9 % ($p < 0,01$) при значимом сохранении достигнутого положительного эффекта до 12 месяцев.

Доказанная эффективность

Применение Лонгидазы® у мужчин в рамках как консервативного, так и оперативного лечения ДГПЖ доказало свою эффективность. По результатам исследования ADAM у мужчин старше 45 лет с ДГПЖ использование препарата Лонгидаза® в составе комбинированной терапии с альфа-адреноблокаторами позволило ускорить положительную динамику показателей IPSS уже через 26 дней терапии ($p < 0,001$), сохраняя значимое преимущество на 60-й ($p < 0,05$) и 130-й ее дни ($p < 0,01$). Выявлена статистически значимая разница в пользу комбинированной терапии по показателю качества жизни на 26-й ($p < 0,05$), 60-й ($p < 0,001$) и 130-й ($p < 0,001$) дни лечения.

После трансуретральной резекции (ТУР) ПЖ раннее назначение Лонгидазы® позволило снизить частоту повторного применения АБП и инфекционных осложнений

Окончание на с. 13 →



ЛОНГИДАЗА®
Бовгиалуронидаза азоксимер

СВОБОДА ОТ ФИБРОЗА

Лонгидаза® в составе комплексной терапии способствует:

- ◆ снижению выраженности спаечного процесса в очагах хронического воспаления¹
- ◆ уменьшению выраженности симптомов хронического простатита²
- ◆ профилактике рецидивов хронического простатита²
- ◆ повышению биодоступности антибиотиков за счет разрушения биопленок³
- ◆ уменьшению выраженности симптомов при ДГПЖ⁴



Petrovax

1 Инструкция по медицинскому применению препарата Лонгидаза® ЛСР-002940/07 от 11.08.2022.
2 Кульчавеня Е.В. и др. Новые возможности применения гиалуронидазы при хроническом простатите. Журнал Урология, №2, 2020, 2.
3 Тризна Е.Ю., Байдамшина Д.Р., Виницкий А.А., Каюмов А.Р. Влияние in vitro изолированного и сочетанного с антибактериальными средствами применения бовгиалуронидазы азоксимер на целостность бактериальной биопленки и жизнеспособность микроорганизмов. Экспериментальная и клиническая фармакология. 2020, 83 (2): 38–44, Trizna E., Baidamshina D. et al. Pharmaceuticals. 2021, 13 (1): 1740.
4 Кузьменко А.В., Кузьменко В.В., Гургиев Т.А., Винник Ю.Ю. Наблюдательное рандомизированное исследование эффективности и безопасности препарата Лонгидаза® при терапии больных с симптомами нижних мочевыводящих путей на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Урология. 2021, 6: 57–65.

ООО «НПО Петровакс Фарм»
142143, Московская область,
г. Подольск, с. Покров, Сосновая ул., д. 1.
тел./факс: +7 (495) 730-75-45/60,
email: info@petrovax.ru,
www.petrovax.ru

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пембролизумаб в комбинации с ленватинибом

у пациентов с несветлоклеточным раком почки: результаты российского проспективного исследования на ASCO Breakthrough — 2024

8 августа 2024 года в Японии на конгрессе Американского общества клинической онкологии, посвященном прорывным технологиям (ASCO Breakthrough), были представлены результаты российского проспективного исследования II фазы по оценке эффективности и безопасности пембролизумаба и ленватиниба у пациентов с папиллярным почечно-клеточным раком (ПКР). На вопросы о лечении несветлоклеточного ПКР (нПКР) отвечает главный исследователь этого проекта — онколог, химиотерапевт Илья Валерьевич Тимофеев.

— Что вы понимаете под нПКР?

— Несветлоклеточный почечно-клеточный рак представляет собой большую гетерогенную группу опухолей почки. Под светлоклеточным типом подразумевается ПКР, состоящий из $\geq 50\%$ светлых клеток. Все остальные варианты ПКР относятся к нПКР. Это определение использовалось в рандомизированных исследованиях лекарственных препаратов (ЛП) и впоследствии было включено в клинические рекомендации (КР) и практику. Между тем опухоли, относящиеся к группе нПКР, имеют мало общего. Напротив, они кардинально различаются по строению и биологии, что отражается на течении заболевания.

Кроме хорошо известных вариантов нПКР, таких как папиллярный, хромофобный ПКР и рак из собирательных трубочек, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 2022 году выделила еще более 20 гистологических подтипов, относящихся к нПКР, например, тубулярно-кистозный и светлоклеточный папиллярный ПКР, приобретенная кистозная болезнь, ассоциированная с ПКР, ПКР с транслокацией в семействе *MiT* (в частности, *t* [6;11] ПКР) и наследственный лейомиоматоз, ассоциированный с ПКР. Эксперты включили в классификацию дополнительные редкие опухоли: ПКР с дефицитом фумаратгидратазы (в эту группу вошел и папиллярный ПКР 2-го типа), с транслокацией *ALK*, *ELOC*-мутированный, а также ассоциированный с недостаточностью сукцинатдегидрогеназы *B*. Однако наиболее часто встречающимся вариантом нПКР остается папиллярный ПКР.

— Есть ли отличия в классификации TNM между светлоклеточным и несветлоклеточным ПКР?

— Отличий в TNM-классификации между ними нет. Известно, что разделение ПКР по стадиям TNM основывается на прогнозе пациентов, на который влияют размер опухоли, вовлеченность лимфатических узлов и наличие отдаленных метастазов. Прогноз больных нПКР может отличаться по этим параметрам. Например, авторы нескольких ретроспективных исследований продемонстрировали отсутствие влияния метастазов в региональные лимфатические узлы (N0 по сравнению с N1–N2) на опухолеспецифическую выживаемость (ОСВ) пациентов с различными подтипами папиллярного ПКР, существенные различия в ОСВ больных с кистозным и светлоклеточным ПКР со стадией pT1b/T2, достоверное повыше-



Илья Валерьевич
ТИМОФЕЕВ
Главный исследователь проекта

ние частоты синхронного метастазирования у пациентов со светлоклеточным ПКР по сравнению с папиллярным ($p = 0,002$) и хромофобным ($p = 0,02$) вне зависимости от размера первичной опухоли или наличие только одного независимого фактора, влияющего на общую выживаемость (ОВ) больных медулярным ПКР, — метастазов на момент постановки диагноза.

В многоцентровом ретроспективном исследовании, объединившем 4941 пациента со светлоклеточным и папиллярным ПКР, было отмечено значимое влияние гистологического подтипа рака почки, вне зависимости от других факторов многофакторного анализа (пол, возраст, стадия по критерию «Т», степень дифференцировки), на ОСВ пациентов с pT1–4, N/M0 стадией. Пятилетняя ОСВ составила 94,5% в группе пациентов с папиллярным ПКР и 86,9% — в группе светлоклеточного ПКР (HR = 0,45, $p < 0,001$). Также авторы выявили отличия в 5-летней общей выживаемости: 90,0% по сравнению с 81,2% ($p < 0,001$) соответственно. Напротив, пациенты с метастатическим папиллярным ПКР имели худшие результаты выживаемости, чем пациенты со светлоклеточным ПКР: 5-летняя опухолеспецифическая выживаемость составила 17,9% и 23,5% ($p = 0,05$), 5-летняя ОВ — 15,9% и 22,1% ($p = 0,035$).

Малое число наблюдений и проспективных исследований ограничивает возможность проведения полноценного метаанализа, который позволил бы составить представление о различиях в TNM-классификации светлоклеточного и несветлоклеточного рака почки.

— Является ли группа опухолей нПКР реальной проблемой по частоте встречаемости?

— Я бы не стал относить нПКР к редким новообразованиям. Если сослаться на известную частоту встречаемости, то это приблизительно 15% от всех опухолей почки. Давайте посчитаем. Ежегодно в России выявляется около 23 тысяч новых случаев рака почки, а значит, 3500 у пациентов диагностируется нПКР — это достаточно много!

Тем не менее точная доля пациентов с нПКР неизвестна. Из статьи в статью кочует цифра 15% от всех больных ПКР, но насколько она точна? Эти данные появились за много пересмотров классификации ВОЗ. За прошедшие годы наши представления о нПКР изменились, улучшилось качество патоморфологической диагностики, поэтому возможно изменение доли нПКР в структуре опухолей почки. Сейчас Бюро по изучению рака (БИР) проводит эпидемиологическое исследование под руководством Владислава Владимировича Петка по оценке частоты встречаемости различных типов нПКР. Для репрезентативности в работу планируется включить более тысячи пациентов приблизительно из 10% регионов России.

— Давайте поговорим о лечении нПКР и начнем с хирургического.

— Принципы хирургического лечения едины для всех типов ПКР. Однако в двух крупных ретроспективных анализах с включением 7 тысяч пациентов было показано, что резекция почки выполняется достоверно чаще, чем радикальная нефрэктомия ($p < 0,001$) у больных с нПКР и стадией $\leq T3a$ по сравнению со светлоклеточным ПКР. В первом исследовании отличий по ОВ между гистологическими типами ПКР не наблюдалось ($p = 0,25$; HR = 0,90). В другом исследовании авторы выявили преимущества в ОВ у больных нПКР. У пациентов с локализованным кистозным ПКР (T1–2) радикальная нефрэктомия выполнялась чаще (60%), а резекция почки — в 40% случаев ($p < 0,001$). Отличия в выборе радикальной нефрэктомии в группе кистозного ПКР были достоверны по сравнению со светлоклеточным ПКР ($p < 0,001$), хотя в этом исследовании частота маленьких опухолей (T1a) была достоверно выше в группе кистозного ПКР.

Если при локализованном раке почки выживаемость пациентов с различными гистологическими типами опухоли после хирургического лечения не отличается или даже оказывается лучше для нПКР,

то в группе больных с опухолями $\geq T3a$ тенденция обратная. Несветлоклеточный ПКР расценивается как неблагоприятный прогностический фактор, особенно у пациентов с опухолевым тромбом.

По результатам многофакторного анализа Zargar-Shoshtari и соавт. отметили отрицательное влияние несветлоклеточного гистологического типа на безрецидивную ($p = 0,02$, HR = 2,98) и общую выживаемость ($p = 0,01$, HR = 4,03) пациентов, перенесших радикальную нефрэктомия с тромбэктомией. В другом ретроспективном многоцентровом анализе с включением 465 больных ПКР с опухолевым тромбом нПКР оказался одним из независимых факторов, влияющих на риск рецидива после операции (HR = 2,13).

Негативное влияние нПКР на исходы хирургического лечения больных с тромбом подтверждает крупный анализ Tilki и соавт., в который вошли 1774 пациента с ПКР и опухолевым тромбом после нефрэктомии и тромбэктомии в 22 центрах США и Европы. Общая 5-летняя ОСВ составила 53,4%. Светлоклеточный ПКР был у 89,9% пациентов, папиллярный ПКР — у 8,5%, хромофобный — у 1,6%. В однофакторном анализе наличие папиллярного ПКР было связано с ухудшением ОСВ по сравнению со светлоклеточным ПКР ($p < 0,001$). В многофакторном анализе было подтверждено, что папиллярный ПКР является независимым прогностическим фактором, влияющим на выживаемость (HR = 1,62; $p < 0,05$). Другими независимыми неблагоприятными факторами оказались высокий уровень тромба, наличие метастазов в лимфатических узлах и отдаленных метастазов, а также вовлечение жировой клетчатки.

— Если риск рецидива даже выше при местно-распространенном нПКР, чем при светлоклеточном, что насчет адьювантной терапии?

— Мы знаем, что в новых рекомендациях ESMO 2024 года появился адьювантный пембролизумаб у пациентов со светлоклеточным ПКР и высоким риском прогрессирования после хирургического лечения. К сожалению, сегодня не существует адьювантной терапии нПКР, которая бы снижала риск прогрессирования. Наблюдение и участие в клинических исследованиях являются единственными возможными опциями после операции.

— Ваша работа, представленная на ASCO Breakthrough — 2024, касается лекарственного лечения метастатического папиллярного ПКР. Какие подходы в терапии существуют и что вы изучали?

— Если мы говорим о папиллярном ПКР, то есть ощущение, что лед тронулся — новые опции стали чаще изучаться в этой группе пациентов. Раньше вариантами первой линии терапии были темсиrolimus у больных с плохим прогнозом (на основании рандомизированного исследования III фазы ARCC, где была группа участников с нПКР), а также сунитиниб при благоприятном и промежуточном прогнозе — на основании положительных результатов в рандомизированных исследованиях ESPN и ASPEN, в которых препарат использовался в группе контроля.

Также в некоторых случаях применялся эверолimus, изученный в исследованиях RAPTOR, ESPN и ASPEN. В среднем частота объективных ответов (ЧОО) вращалась вокруг 10%, медиана выживаемости без прогрессирования (ВВП) составляла 6 месяцев, а продолжительность жизни — 1 год. Трудно было такие результаты назвать позитивными. Затем состоялась рандомизированное

исследование II фазы SWOG 1500, продемонстрировавшее преимущество кабозантиниба над сунитинибом в первой линии терапии папиллярного ПКР, что сделало кабозантиниб рекомендуемым препаратом. Действительно, ЧОО возросла до 23 %, медиана ВВП — до 9 месяцев, а медиана ОВ составила 20 месяцев.

Тем временем в лечении метастатического светлоклеточного ПКР происходила революция, связанная с внедрением ингибиторов контрольных точек и их комбинаций с ингибиторами тирозинкиназы. Логично было попробовать изучить новые опции и для лечения нПКР. Первой такой попыткой (и сразу позитивной) стало исследование II фазы KEYNOTE-427, в котором оценивалась эффективность монотерапии пембролизумабом у 165 пациентов с нПКР, преимущественно с папиллярным подтипом. ЧОО составила 26,7 %, медиана ВВП — 4,2 месяца, медиана ОВ — 28,9 месяца на фоне удовлетворительной переносимости.

Далее началось изучение комбинаций иммунотаргетной терапии, чему и было посвящено наше проспективное исследование II фазы, представленное на ASCO Breakthrough — 2024. В исследование включались пациенты с метастатическим папиллярным ПКР, ранее не получавшие терапию. Все они начинали лечение пембролизумабом в комбинации с левватинибом в стандартных

При локализованном раке почки выживаемость пациентов с различными гистологическими типами опухоли после хирургического лечения не отличается или даже оказывается лучше для нПКР

дозах. Протокол подразумевал использование двухстадийного дизайна Саймона. На первой стадии нужно было включить 5 пациентов, и, если хотя бы у одного был бы ответ, набор продолжился бы на вторую стадию. С 2021 года 5 пациентов получили комбинацию пембролизумаба и левватиниба, и все они ответили на лечение, то есть ЧОО составила 100%! У одного пациента был полный ответ и у четырех — частичный.

Следовательно, первая стадия исследования была позитивной, и нужно было открывать вторую стадию. В этот момент на конгрессе ASCO — 2023 Chung-Han Lee с соавторами представили результаты крупного проспективного многоцентрового исследования II фазы KEYNOTE-B61 с включением 158 пациентов, получивших пембролизумаб с левватинибом. Первичная конечная точка была достигнута, и исследование оказалось позитивным. ЧОО составила 49,4 %, медиана ВВП — 17,9 месяца и одно-

летняя ОВ — 82,2 %. Такие результаты мы наблюдаем впервые, и это дало нам основание приостановить включение пациентов во вторую стадию российского исследования. Опция «пембролизумаб + левватиниб» теперь доступна для использования в реальной клинической практике.

Мы продолжили наблюдение за включенными пациентами: трое по-прежнему находятся на терапии пембролизумабом и левватинибом, у одного было отмечено прогрессирование болезни через 14,3 месяца, еще один участник был снят из-за неконтролируемой диареи 3-й степени. Все пациенты живы уже более года.

— Вы говорите о комбинации пембролизумаба и левватиниба. Изучалась ли комбинация пембролизумаба и акситиниба?

— Я начал с пембролизумаба и левватиниба, так как это было самое крупное

исследование для нПКР. Комбинация пембролизумаба с акситинибом изучалась в когортном исследовании NEMESIA при участии 32 пациентов с метастатическим папиллярным и хромофобным раком. ЧОО составила 43,7 %, медиана ВВП — 10,8 месяца и однолетняя ОВ — 94,6 %.

— Судя по всему, в этих исследованиях использовался оригинальный пембролизумаб. Как вы относитесь к Пемброриа® — первому российскому биоаналогу пембролизумаба?

— Совсем недавно на форуме «Белые ночи — 2024» были озвучены новые результаты исследования PERFECTION, ценность которого состоит во включении в него отдельной когорты пациентов с метастатическим ПКР. Согласно дизайну исследования 53 участника со светлоклеточным ПКР получили биоаналог пембролизумаба Пемброриа® в комбинации с левватинибом (42 %) или акситинибом (58 %). ЧОО составила 58,5 %, то есть 31 пациент ответил на лечение, что соответствовало запланированной статистической гипотезе (не менее 25 ответов). Поэтому я считаю, что сегодня мы можем экстраполировать сравнимость биоаналога и оригинального препарата и на когорту пациентов с нПКР. Наблюдение продолжается. 📄

▶▶ АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Препарат бовгиалуронидазы азоксимер (Лонгидаза®) при заболеваниях предстательной железы

← Окончание, начало на с. 10

по сравнению с контрольной группой (17,7 % против 20,7 %), а также добиться достоверно меньшего объема ПЖ к шестому месяцу наблюдения за счет снижения отека, улучшения микроциркуляции, усиления обмена веществ в тканях, облегчения движения жидкости в межклеточном пространстве, рассасывания воспалительных экссудатов, гематом и инфильтратов.

Похожие результаты были получены и в других работах. Так, включение Лонгидазы в традиционное лечение мужчин после ТУР ПЖ нормализует содержание в крови CD3-, CD8- и CD16-клеток, ФНО-α, интерлейкинов (ИЛ) 1β и 8; повышает активность кислородсодержащих систем нейтрофилов, оценивавшуюся по реакциям спонтанного и стимулированного восстановления нитросинего тетразолия (тесты НСТ-сп. и НСТ-ст. соответственно), а также концентрацию ФНО-α в секрете ПЖ. Включение в терапию свечей с Лонгидазой® более эффективно корректирует показатели иммунного статуса в секрете ПЖ.

По результатам работы О.В. Теодоровича, у мужчин с ДГПЖ и ХП после ТУР ПЖ на фоне использования свечей Лонгидаза® уменьшалась частота инфекционно-воспалительных изменений (17,9 % против 32 % в контрольной группе). В частности, было отмечено снижение содержания в моче таких провоспалительных цитокинов, как ФНО-α, ИЛ-1β,

ИЛ-2 и ИЛ-8, С3, а также повышение противовоспалительного маркера ИЛ-10, изменение уровня маркеров оксидативного стресса. Стоит отметить, что в проведенных работах не было выявлено нежелательных явлений, связанных с добавлением к лечению препарата Лонгидаза®.

ФП представляет собой принципиально новый метод терапевтического воздействия с применением перорально вводимых стабильных ферментов. Высокая клиническая эффективность препарата пролонгированного действия бовгиалуронидазы азоксимера (Лонгидаза®) у мужчин при ХП и ДГПЖ связана со способностью ослаблять течение воспаления, повышать гуморальный иммунный ответ и резистентность организма к инфекциям. На фоне комбинированной терапии отмечены увеличение проницаемости тканей, улучшение их трофики, уменьшение отека, рассасывание гематом, повышение эластичности рубцовоизмененных тканей, увеличение биодоступности АБП. Клинически это проявляется в улучшении как субъективных, так и объективных показателей эффективности лечения. Лонгидаза® более 15 лет активно применяется в России и за рубежом, и за это время были доказаны ее эффективность и безопасность. 📄

Список литературы находится в редакции



19-я МОСКОВСКАЯ УРОЛОГИЧЕСКАЯ ШКОЛА

14-15 ноября 2024 г.

Конференц-центр МонАрх
г. Москва, Ленинградский проспект,
31А строение 1

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМАТИКИ

- Актуальные вопросы организации оказания урологической помощи и обучения специалистов
- Мочевая инфекция
- Вопросы андрологии и СНМП / ДГПЖ
- Детская урология
- Хирургические мастер-классы на стендах компаний
- Урогинекология
- Мочекаменная болезнь
- Мужское здоровье
- Междисциплинарная лекция с адвокатом
- Квиз «Продленка»

КОНТАКТЫ

Научная программа
Департамент
здравоохранения
города Москвы,
приемная проф.
Д.Ю. Пушкаря
+7 (499) 760-70-08

Организационный комитет
Ассоциация
врачей-урологов
"Московская Урологическая Школа"
info@urostandart.moscow
+7 (495) 748-75-71

Общая координация
проекта и работа
с участниками
Монашова Анна
+7 (916) 971-67-84

<https://urostandart.moscow/2>

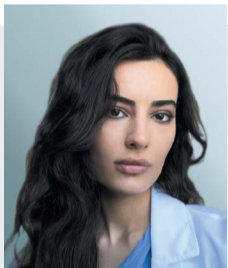
Стрессовое недержание мочи у женщин репродуктивного возраста

Недержание мочи — это ее непроизвольное выделение из уретры вне акта мочеиспускания. Принято считать, что оно возникает только у пожилых пациенток, но это не так. Хотя распространенность стрессового недержания мочи достигает максимума в возрасте 45–59 лет, многие молодые пациентки тоже могут страдать от этого состояния, в том числе от его наследственной формы.



Геворг Рудикович КАСЯН

Д.м.н., профессор, заведующий урологическим отделением № 66 ГБУЗ «ГКБ имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения Москвы»



Бэлла Хусенова АУШЕВА

Акушер-гинеколог, аспирант кафедры урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва

Как это происходит

Недержание мочи у молодых женщин ассоциировано с повышенным уровнем тревожности и депрессией, ухудшением социального и эмоционального здоровья, негативно влияет на сексуальную и репродуктивную функцию. Механизм удержания мочи требует координированной работы мочевого пузыря, уретры, мышц тазового дна и поддерживающих связок. Существуют два основных вида недержания мочи:

- ургентное, вызванное непроизвольным сокращением детрузора. Это состояние может быть связано с нейрогенными проблемами, такими как снижение ингибирующего контроля со стороны центральной нервной системы (ЦНС), или нарушениями функции уретера;
- стрессовое, когда непроизвольная потеря мочи происходит при повышении внутрибрюшного давления (кашель, чихание, прыжки). Это объясняется двумя механизмами: гипермобильностью уретры, возникающей при повреждении внутритазовой фасции, или же недостаточностью сфинктера уретры. К факторам риска (ФР) стрессового недержания мочи относятся менопауза, множественные роды, ожирение, заболевания легких, гистерэктомия в анамнезе и другие операции на органах малого таза. У молодых пациенток причинами возникновения проблемы могут быть другие ФР.

Стрессовое недержание можно классифицировать как неосложненное или осложненное недержание мочи. Пациентки, не переносившие ранее хирургическую коррекцию недержания мочи, заболевания органов малого таза, лучевую терапию, не имеющие неврологических заболеваний, — это женщины с неосложненным стрессовым недержанием мочи.

Диагноз осложненного стрессового недержания мочи ставится перенесшим ранее его хирургическую коррекцию, а также лучевую терапию, имеющим патологию органов малого таза и неврологические заболевания. Молодых пациенток, которые планируют беременность и роды, принято относить к категории сложных больных, их лечение требует особых навыков и знаний.

Беременность и роды

Число и травматичность родов — основные факторы развития недержания мочи у женщин. Акушерское пособие (эпизиотомия, перинеотомия), особенно инвазивное (наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода), роды крупным плодом способствуют развитию недержания мочи. При изучении 46 исследований, включающих около 73 тысяч пациенток, было продемонстрировано, что вагинальные роды, поздний возраст гестации, отклонение индекса массы тела (ИМТ) матери от нормы во время беременности, эпизиотомия, акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода были связаны с послеродовым недержанием мочи. По данным Hage-Fransen и соавт., риск недержания мочи значительно повышается при ИМТ более 30 кг/м², возрасте матери более 35 лет и массе новорожденного более 4000 г. В то же время следует отметить, что кесарево сечение не устраняет полностью вероятность возникновения недержания мочи, так как беременность является отдельным ФР. Таким образом, качественное оказание акушерско-гинекологической помощи — наиболее эффективный путь решения проблемы.

Нет единого мнения относительно того, можно ли беременеть и рожать женщинам, которым ранее установили синтетические протезы по поводу недержания мочи. По данным исследования A.F. Ruffolo и соавт. беременность после слинговых операций не увеличивала вероятность рецидива недержания мочи и повторных операций. Имплантированные слинги не повышали риски спонтанного родоразрешения. Беременность не является абсолютным противопоказанием к слинговым операциям, что также подтверждается нашими наблюдениями.

Чрезмерные нагрузки

Недавние исследования показали увеличение распространенности стрессового недержания мочи среди молодых нерожавших женщин, в особенности профессиональных спортсменок. Высокоэнергетические нагрузки во время занятий спортом повышают внутрибрюшное давление. Молодые женщины перестают заниматься профессиональным спортом из-за недержания мочи и становятся менее активными. По данным многочисленных исследований среди спортсменок, недержание мочи особенно часто встречается у волейболисток и бегуний на длинные дистанции.

Известно, что физическая активность укрепляет мышцы тазового дна, но перенапряжение и высокие спортивные нагрузки могут вызвать противоположный эффект. Недержание мочи у нерожавших спортсменок

зачастую диагностируется недостаточно. Несмотря на высокую распространенность данного заболевания, женщины, как правило, не обращаются к специалисту из-за смущения и отсутствия знаний о недержании мочи. Примерно 23 % женщин с недержанием мочи либо сокращают количество упражнений, либо прекращают их. В то же время хорошо известно, что снижение интенсивности спортивных нагрузок, например переход в любительский спорт из профессионального, может полностью устранить проблему.

Влияние генетики

В этиопатогенетических исследованиях дефектов тазового дна и стрессового недержания мочи ведется поиск генов, ассоциированных с этими заболеваниями. Необходима оптимизация методов молекулярной биологии для определения возможных мутаций генов или сайта полиморфизма. Наиболее важной проблемой являются коллагенопатии. Синдром Элерса — Данлоса — это группа наследственных системных дисфункций соединительной ткани, вызванных дефектом синтеза коллагена. Проведенное нами генетическое исследование в московской популяции женщин показало, что коллагенопатии не являются ведущей причиной возникновения проблемы, а значит, профилактика недержания мочи возможна и необходима.

Лишний вес

Это причина множества заболеваний. T.J. Lamerton и соавт. провели исследование для выяснения причины недержания мочи и ФР у 8457 молодых женщин от 22 до 27 лет. Из них 11 % (986) сообщили о данной проблеме. Каждая пятая участница исследования верила, что проблема исчезнет сама собой. Женщины, у которых было зарегистрировано подтекание мочи, были в среднем на 7 кг тяжелее. Те, чей ИМТ превышал 30 кг/м², рожавшие молодые женщины и пациентки с тяжелым психологическим расстройством (депрессия и тревожность), а также курильщицы чаще страдали недержанием мочи. Несколько исследований показали, что недержание мочи может спровоцировать развитие тревоги и депрессии, но эти состояния сами по себе тоже способны привести к недержанию мочи (то есть может существовать двунаправленная ассоциация, или порочный круг). Механизмы подобного взаимовлияния связаны с недостаточным уровнем серотонина и чрезмерной активацией гипоталамо-гипофизарного пути. Упомянутые исследования подтверждают, что ожирение и высокий психологический стресс ассоциированы с недержанием мочи у молодых пациенток.

Сексуальная жизнь

Недержание мочи при половом акте встречается у четверти женщин, обращающихся за врачебной помощью. Недержание может быть связано со слабостью сфинктера уретры и возникать во время коитуса или, в других ситуациях, во время оргазма. Лечение недержания мочи у сексуально актив-

ных женщин приводит к улучшению качества жизни и половой функции. Существует мнение, что хирургические влагалищные вмешательства могут вызывать проблемы с половой функцией. В различных научных публикациях, как правило, описано улучшение или отсутствие изменений сексуальной функции вследствие уменьшения коитального недержания мочи, тревожности и избегания полового акта.

Самой частой причиной ухудшения сексуальной жизни после влагалищных операций является диспареуния, точную встречаемость которой трудно оценить. Результаты нашего исследования, проведенного на анализе более чем 1000 операций, показали существенное преимущество позадилоного доступа над трансобтураторным по количеству влагалищных протрузий и травм латеральных сводов. Наиболее часто ощущение протеза партнером регистрировалось при трансобтураторном доступе. Сексуально активным пациенткам предпочтительнее выполнение операций с имплантированием субуретральных слингов позадилоным доступом. Это полностью нивелирует риски возникновения болезненности при половом акте у женщины и ее партнера.

Общие рекомендации

Модификация факторов риска, уменьшение потребления кофеина и увеличение потребления жидкости, снижение веса, отказ от курения — вот общая рекомендация для таких больных. Согласно результатам Кокрейновского систематического обзора, в котором сравнивали тренировку мышц тазового дна с отсутствием лечения у женщин со стрессовым недержанием мочи, в группе мышечной тренировки в 8 раз чаще наблюдалось уменьшение симптомов недержания мочи — в 56 % и 6 % случаев соответственно. Тренировка мышц тазового дна способствует уменьшению числа эпизодов стрессового недержания мочи у женщин. Добавление биологической обратной связи к тренировкам мышц тазового дна может принести дополнительную пользу. Регулярное выполнение упражнений Кегеля крайне важно для обеспечения тазового здоровья, особенно в послеродовом периоде.

Особенности хирургии

К основным методам устранения недержания мочи у женщин относится оперативное восстановление функции уретры путем имплантации субуретральных слингов. В исследованиях показано, что слинги должны быть сделаны из монофиламентного нерасщепляющегося материала, обычно полипропилена, и сконструированы в виде сетки шириной 1–2 см с большим размером пор (меньше риск бактериального обсеменения).

По хирургическому доступу эти операции можно разделить на две группы — позадилоные и трансобтураторные. Трансобтураторные петли можно имплантировать как доступом со стороны влагалищного разреза к разрезу кожному (изнутри кнаружи, илиTVT-O), так и обратным доступом — снаружи

Окончание на с. 16 →



К 95-летию со дня рождения Юрия Антоновича Пытеля — основателя университетской школы классической урологии

Вклад члена-корреспондента РАМН, профессора А.Я. Пытеля в развитие отечественной урологии неocenim. Но след, оставленный им в сердцах пациентов и учеников, пожалуй, даже важнее научных достижений. Юрий Антонович воспитал несколько поколений отечественных урологов, причем преподавал им не только основы специальности, но и самую главную для любого врача науку милосердия и человеческой порядочности.

СЕМЕЙНОЕ ДЕЛО

14 февраля 1929 года у Варвары Михайловны и Антона Яковлевича (1902–1982) Пытелей родился сын Юрий (1929–1998), которому было суждено продолжить не просто врачебную, а урологическую династию. К моменту рождения сына отец был хирургом-урологом, а впоследствии стал главным урологом СССР, членом-корреспондентом АМН СССР, заслуженным деятелем науки РСФСР, основателем собственной урологической школы. В его врачебной карьере были и переезды, и тревоги военного времени с бессонными ночами в операционной под бомбежками.

После окончания в 1924 году медицинского факультета 2-го МГУ Антон Яковлевич в течение пяти лет работал ординатором хирургического отделения московской больницы им. Н.А. Семашко, а с 1929 года служил в пропедевтической хирургической клинике.

В 1937 году, вскоре после защиты докторской диссертации «Печеночнопочечный синдром в хирургии (гепатонефриты)», Пытель-старший был избран по конкурсу профессором кафедры хирургии и курса урологии Сталинградского медицинского института и возглавил хирургическую клинику. Так за 4 года до начала Великой Отечественной войны семья оказалась в Сталинграде. Здесь на базе областной больницы Антон Яковлевич организовал первое урологическое отделение, обслуживавшее население города и области.

Во время войны А.Я. Пытель работал хирургом в эвакогоспиталях Сталинграда и Астрахани. Чтобы поделиться накопленным опытом с коллегами, он опубликовал руководство о показаниях и противопоказаниях к переливанию крови у пациентов с сепсисом. После освобождения Сталинграда Антон Яковлевич одним из первых вернулся в практически стертый с лица земли город. Помогал восстанавливать здравоохранение в Сталинградской области и местный мединститут, который в 1951 году окончил его сын Юрий, отработавший потом два года ординатором в областной больнице водников.

ПУТЬ В ПРОФЕССИЮ

В 1953 году семья Пытелей вернулась в Москву: отец возглавил кафедру урологии 2-го Московского мединститута, а сын поступил в клиническую ординатуру по той же специальности в Центральном

институте усовершенствования врачей. После ее окончания работал ординатором, а затем заведовал отделением столичной больницы № 60. В 1964 году Юрий Антонович стал ассистентом, а с 1967-го — доцентом кафедры урологии второго меда.

В 1960 году защитил кандидатскую диссертацию «Интрамуральный нервный аппарат верхних мочевых путей человека», а еще через 9 лет — докторскую, предметом которой избрал совершенно не изученную проблему некроза почечных сосочков. После защиты докторской диссертации Юрия Антоновича избрали на должность заведующего кафедрой урологии и назначили директором урологической клиники 1-го Московского ордена Ленина медицинского института им. И.М. Сеченова, а в 1970-м утвердили в звании профессора. Кафедрой и клиникой Ю.А. Пытель руководил без малого 30 лет — до самой смерти.

С его приходом клиника урологии приняла «направление, характеризующееся стремлением решать крупные мало-

ской хирургии и дистанционной ударно-волновой литотрипсии.

Впервые в первом меде был создан учебный отдел по урологии, оборудованы тематические классы по основным нозологическим формам этой дисциплины. Усилиями профессора Ю.А. Пытеля классы обеспечили замкнутой телевизионной системой, позволяющей показывать во время занятий учебные фильмы, созданные сотрудниками кафедры. Сейчас демонстрацией видеоматериалов никого не удивит, но в 1960-х такое было в новинку! Во всех медицинских вузах страны студенты учились по составленной сотрудниками кафедры единой методической программе по урологии. Основной курс читал профессор Ю.А. Пытель, наполнявший лекции богатым фактическим материалом и множеством запоминающихся примеров из практики. Студенты охотно посещали эти лекции и полвека спустя, уже став опытными специалистами, написали о них яркие воспоминания, к которым мы еще вернемся.



Ю.А. Пытель с певицей Людмилой Зыкиной

изученные проблемы исходя из анатомо-функциональных, физиологических и патогенетических предпосылок развития патологического процесса в органах мочеполовой системы». В клинике появились отделение интенсивной терапии, кабинеты функциональной и ультразвуковой диагностики, операционные для эндоурологиче-

ских больных с данной патологией, изучали ее патогенез.

Важное место в исследованиях заняли рентгенологические методы диагностики. Опыт их использования еще в 1966 году был обобщен отцом и сыном Пытелями в фундаментальной монографии «Рентген-диагностика урологических заболеваний». В практику внедрялись инновационные по тем временам методы обследования: селективная почечная артерио- и венография, фармакоартерио- и венография, фармакоурография, урорентгенокинематография, телевизионная пиелоскопия. Диагностические возможности и нежелательные последствия использования рентгенологических методов нашли отражение в монографии «Ошибки и осложнения при рентгенологическом исследовании почек и мочевых путей» (1987).

Возглавленная Ю.А. Пытелем клиника одной из первых в стране начала разработку ультразвуковой диагностики заболеваний почек, мочевого пузыря и предстательной железы, в том числе интра- и послеоперационных исследований. Этот опыт обобщен в монографии «Ультразвуковая диагностика в уронефрологии» (1989).

Под руководством Ю.А. Пытеля в урологическую практику внедрена аутогемотрансфузия — метод, имевший крупное народно-хозяйственное значение. За его разработку в 1986 году Ю.А. Пытель, В.Г. Цомык и В.Г. Насхлеташвили удостоились премии Совета министров СССР. В 1993 г. Ю.А. Пытель и М.А. Газимиев получили патент на созданный ими антирефлюксный мочеточниковый катетер-стент.

Юрий Антонович и его сотрудники разработали топографо-анатомическую и клиническую оценку оперативных доступов к почке при ее опухоли, туберкулезе этого органа и различных деформациях позвоночника. Под руководством ученого было внедрено патогенетическое лечение отечественным альфа-адреноблокатором празозином, разработаны основные принципы диагностики и терапии больных уратным нефролитиазом, отраженные в монографии «Уратный нефролитиаз» (1996).

Юрий Антонович — автор более 500 научных работ и монографий. Под его руководством защищены 12 докторских и 52 кандидатские диссертации. В 1972 г. ученый возглавил Всероссийское общество урологов, которым руководил четверть века. В 1991 г. Ю.А. Пытель был избран членом-корреспондентом РАМН. Последние два года Юрий Антонович тяжело болел и 29 декабря 1997 г. на утренней предновогодней конференции объявил о своем уходе с поста заведующего кафедрой, а через 4 месяца, 25 апреля 1998 года, его не стало. К счастью, сохранились воспоминания пациентов, студентов и коллег, в которых он предстает как живой.

СЛОВО ПАЦИЕНТА

Вот как вспоминает о встречах с Юрием Антоновичем Зинаида Федотова (Белухина) — бывшая пациентка и автор интервью с профессором Пытелем, а ныне корреспондент Российского информационного агентства «РОСА»: «Большой, грузноватый (так мне казалось), с серьезно-хитроватым прищуром пронизывающих глаз, Юрий Антонович входил в палату к больным энергично-радостно, провоцируя оптимизм даже у тех, кто только что постанывал от безысходности и боли:

— Где ж ты столько камней насобира- ла? Да и почки вовсе не для этого!

— Вы где живете? В Шеллапутинском переулке? Ну вот, и к себе отнеслись, как

Окончание на с. 16 →


Стрессовое недержание мочи у женщин репродуктивного возраста

← Окончание, начало на с. 14

вовнутрь, или TOT. С момента внедрения методики проведения петли трансобтураторным доступом в 2001 г. отмечается значительный рост числа операций данным доступом по сравнению с позадилоном. Данная тенденция объясняется меньшим риском опасных интраоперационных осложнений и отсутствием необходимости в проведении контрольной цистоскопии во время трансобтураторного доступа. Перфорация мочевого пузыря и тазовая гематома образуются реже при трансобтураторном проведении slinga. Однако травма влагалища, приводящая к протрузии петли, боль в бедре и паху чаще наблюдаются при операциях трансобтураторным доступом. При кажущейся схожести

и одинаковой эффективности эти доступы имеют свои различия в плане ранних и поздних послеоперационных осложнений. При доступе снаружи вовнутрь минимизируются риски повреждения запирающих нервов синтетической петлей, но в то же время увеличивается вероятность повреждения латеральных сводов влагалища. Предпочтения хирурга при использовании того или иного метода зачастую субъективны и зависят от его навыков. Кроме того, зачастую применяется тот набор инструментов, который определен для имплантации производителем slinga. Лишь немногие slingи поставляются с универсальным набором инструментов, позволяющих выполнять

операции из доступа, наиболее подходящего для пациента с учетом его анатомии и функции. Мы в своей практике используем трансобтураторную систему Steema dual TOT (Promedon), включающую в себя все необходимые инструменты для проведения операции методами как снаружи вовнутрь (OUT-IN), так и изнутри наружу (IN-OUT). Считаем, что методом выбора хирургического лечения стрессового недержания мочи у молодых пациенток может быть операция позадилоном доступом. Это позволит предотвратить возникновение паховых болей, снизить частоту диспареунии, протрузий синтетического slinga в латеральные влагалищные своды. Позадилоновый способ им-

плантации петли не ограничивает женщину репродуктивного возраста в плане будущих беременностей и родов. Позадилоновый доступ обладает пусть и небольшими, но преимуществами в плане эффективности при длительном послеоперационном наблюдении (более 17 лет), что крайне важно для решения проблем молодых женщин. Одним из вариантов позадилонового доступа является система Steema Retropubic (Promedon) в наборе с инструментом для установки. Материал slinga Steema обладает низкой эластичностью, что обеспечивает стабильную поддержку тканей. Врачи должны быть готовы обсуждать с пациентками различные варианты коррекции недержания мочи, а также оценивать их ожидания от выполненного оперативного вмешательства. Только такой комплексный подход позволит обеспечить должное качество лечения и здоровье наших женщин. 

Список литературы находится в редакции

МЕДИЦИНСКИЙ АРХИВ

К 95-летию со дня рождения Юрия Антоновича Пытеля — основателя университетской школы классической урологии

← Окончание, начало на с. 15

та самая, — болезнь-то пропустили, красавица! Погодите немного: вылечим, и пойдемте рожать. Не бегом только...

Тогда я попала в клинику пациенткой и в первый раз увидела доктора — смешной... Следующая встреча с Юрием Антоновичем произошла через несколько лет, уже как с героем публикации о новых способах диагностики и лечения урологических заболеваний по заданию невероятно популярного в те годы в СССР журнала «Здоровье».

Ох, и строг же был профессор с молодым журналистом! Не разрешил пользоваться диктофоном — велел стенографировать вручную, изучать материалы описываемых методик, присутствовать на рабочих обсуждениях сложных случаев. В общем, мне надо было стать своей в кабинете шефа, отделениях и коридорах клиники. На меня и правда сотрудники уже не реагировали, порой казалось — работаю наравне со всеми...

Не прошло и года, как в журнале вышло наконец интервью с Юрием Антоновичем Пытелем под названием «Болит голова — проверьте почки». На персонал руководимой им клиники урологии обрушился вал писем со всего Советского Союза от мечтающих попасть на лечение.

Младая поросль должна получать все самое современное в образовании, считал профессор, обеспечивая учебные аудитории телесистемой для демонстрации обучающих материалов.

— Смотри, что мы сделали, — Юрий Антонович подошел к мониторам, стоявшим друг на друге в его кабинете. — Теперь

можно наблюдать за ходом операции прямо из классов!

На нижнем экране работали руки хирурга, а сверху веселые певцы и танцоры шумно сменяли друг друга...

— В этом — правда жизни, — посерьезнел профессор, уловив мой растерянный взгляд.

Разлетелись по городам и весям родной страны и зарубежья птенцы гнезда Пытеля. Старенький журналистский блокнот хранит мгновения, зримо всплывающие в памяти. Среди них рассказы очевидцев о первых словах, произнесенных Юрием Антоновичем в 1969 году при знакомстве с сотрудниками клиники:

— Кто хочет иметь белую «Волгу» и черную совесть? Дверь открыта!

А ведь это, пожалуй, формула морального здоровья врачей и медицины в целом на все времена».

МЕДИЦИНСКИЙ АНЕКДОТ

Грызть гранит медицинской науки невероятно трудно: объем знаний огромный, а их содержательная часть может спровоцировать синдром первокурсника, обнаруживающего у себя симптомы всех болезней, о которых только что узнал. В медицинском образовании веселого мало, но профессор Пытель старался превратить каждое занятие в настоящее шоу, входя в образ эдакого Бармаля. Ведь на положительных эмоциях материал лучше усваивается!

«Довольно часто, — рассказывает бывший студент Юрия Антоновича, — свою блестящую лекцию по одному из разделов урологии непревзойденный профессор Пы-


тель начинал с того, что появлялся, как черт из табакерки, откуда-то сбоку, цыкал зубом, пропальывал пятерней бороду, брал в руки мел и молча начинал рисовать на доске громадный половой член. Затем дождался, когда возбужденная аудитория затихнет, делал характерный жест рукой а-ля «ааап, и тигры у ног моих сели!», клал мелок на полочку и говорил: «Тема нашей сегодняшней лекции, дорогие друзья, — пиелонефриты. А также то, что происходит при пиелонефритах с важнейшим органом мужской репродукции», — с этими словами Пытель поворачивался к изображению и эффектно вскидывал длань.

Для нас навсегда осталось загадкой: то ли профессор резвился и дурачился, то ли и вправду отводил серьезнейшую роль органу мужской репродукции. Но факт остается фактом: на экзаменах и зачетах Пытель использовал малейшую возможность, чтобы прицепиться со своим вопросом, употребляя в зависимости от настроения самые разные названия упомянутого органа — от нейтральных и устаревших до не слишком литературных. Эту особенность, если не сказать странность, в ректорских и проректорских, не говоря о деканатских, чертогах давным-давно заметили, взяли на карандаш и всевозможно не одобряли. Правда, никаких оргвыводов не делали: профессор был замечательным специалистом, поэтому на его клоунату в застойных 1970–80-х смотрели сквозь пальцы.

В те же годы в стенах первого меда на кафедре нормальной анатомии преподавала профессор Сатюкова. Она не толь-

ко великолепно знала предмет, но и была так же артистична и убедительна, как и Пытель. Для лучшей усвояемости материала профессор обожала прибегать к экстравагантным приемам. Например, читая лекцию по анатомии женской половой сферы, разводила руки в стороны, как крылья, и, магнетизируя аудиторию мессмерическим взором, басисто восклицала: «Представьте: я — матка. Это (дрожание растопыренных рук) мои маточные трубы. Вот (открытый рот) — влагалище. Вы — сперматозоиды!»

Однажды на госэкзаменах Сатюкова спросила студента: «Как ведет себя матка при менструации? Представьте: я — матка (и далее по тексту)». В этот момент внезапно в аудитории материализовался профессор Пытель. Услышав слова коллеги, он по косячку подкрался к столу экзаменаторов и моментально встрял со своим коронным вопросом: «Да-да, я тоже хотел спросить, что происходит при этом с органом мужской репродукции, а?» Студент сконфузился, но затем собрался с мыслями и дерзко ответил: «Ровным счетом ничего не происходит, профессор!» Пытель признал ответ в целом верным и предложил поставить студенту пять с минусом».

Нельзя не восхищаться преподавателем, способным вложить всего себя в процесс обучения. Можно прослушать сколько угодно лекций и ничего не запомнить, но картинка профессора Сатюковой с раскинутыми руками или театрально задающего свой знаменитый вопрос Пытеля запомнится на всю жизнь... 

Ирина Ковалева

Урология сегодня № 3 (78) 2024

УЧРЕДИТЕЛЬ

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

РЕДАКЦИОННАЯ ГРУППА

Главный редактор: Дмитрий Юрьевич Пушкарь
Шеф-редактор: А.Н. Берников
Выпускающий редактор: И.В. Ковалева
Руководитель контент-группы: О.А. Строковская

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

К.м.н. Б.Ш. Камолов
Д.м.н., проф. А.З. Винаров
Д.м.н. А.В. Говоров
К.м.н. А.А. Серегин
А.А. Киричек
О.А. Плеханова

РУКОВОДИТЕЛЬ ПРОЕКТА

Н.А. Ковалева
n.kovaleva@abvpress.ru

ВЕРСТКА

Дизайнер-верстальщик:
С.С. Крашенинникова
Корректор: И.Г. Бурд

ПЕЧАТЬ

Отпечатано в типографии
ООО «Юнион Принт».
Нижний Новгород, Окский съезд, д. 2, к. 1.
Заказ № 241617.
Общий тираж 5 000 экз.
АДРЕС РЕДАКЦИИ
115478, Москва, Каширское шоссе,
24, стр. 15. Тел. +7 (499) 929-96-19
E-mail: abv@abvpress.ru

РАСПРОСТРАНЕНИЕ

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



www.abvpress.ru