



От редактора



Николай Александрович ГРИГОРЬЕВ

Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии Медицинской школы АО «Европейский медицинский центр», Москва

Уважаемые коллеги!

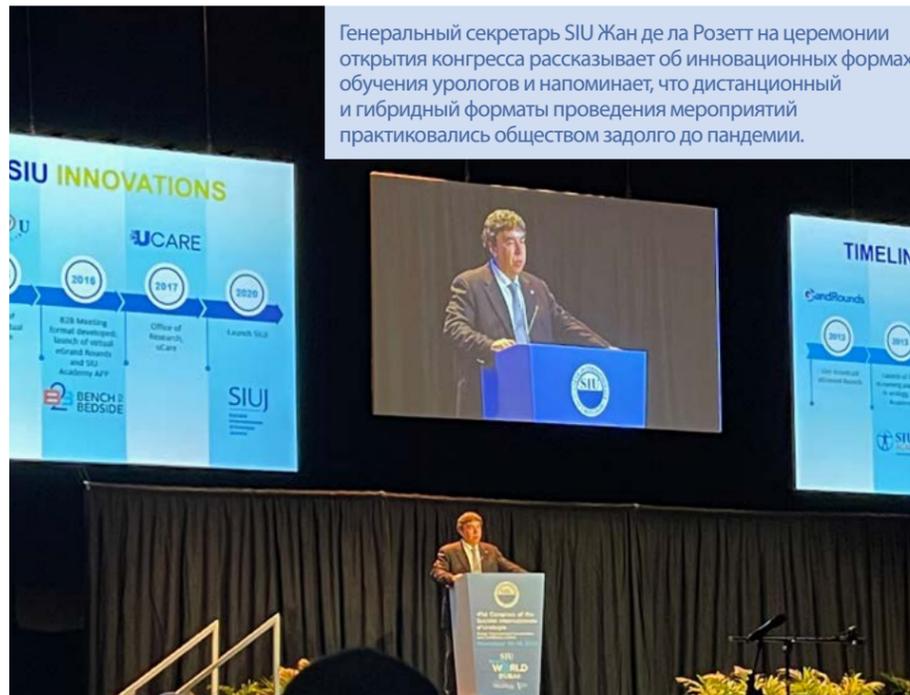
В этом номере нашей газеты мы постарались, как, впрочем, и всегда, представить интересные материалы из разных областей нашей специальности. Начинается он обзором 41-го конгресса Международного урологического общества (SIU), который прошел в ноябре 2021 года в Дубае, где наш большой друг, организатор отечественного общества эндоурологов профессор Алексей Георгиевич Мартов получил заслуженную награду за выдающуюся карьеру. Его имя давно стоит в ряду ведущих эндоурологов мира, что признается всеми международными экспертами в этой области, но теперь этот факт еще и официально зафиксирован! Мы поздравляем Алексея Георгиевича и желаем ему активного долголетия, сохранения творческого потенциала и оптимизма!

Благодаря стараниям таких профессионалов отечественная эндоурология сегодня не только не уступает лучшим мировым стандартам, но и в состоянии удивить наших зарубежных коллег рядом идей и достижений.

Вот только в 2022 году медицина перестала быть вне политики. Российские специалисты теперь неуютны в западных профессиональных сообществах и научных изданиях. Нас не желают там больше видеть.

Окончательную оценку этим антироссийским действиям в рамках профессионального международного сотрудничества можно будет дать только в будущем. Такого в истории не было никогда. Мы же, по моему глубокому убеждению, в это непростое для всех нас время должны продолжать честно и качественно делать свою работу.

Мы не можем себе позволить при любых обстоятельствах перестать быть врачами, перестать лечить, учить и учиться. Нам необходимы профессиональное сплочение и поддержка друг друга. Желаю всем вам мира и благополучия! Берегите себя!



Генеральный секретарь SIU Жан де ла Розетт на церемонии открытия конгресса рассказывает об инновационных формах обучения урологов и напоминает, что дистанционный и гибридный форматы проведения мероприятий практиковались обществом задолго до пандемии.

КРУПНЫМ ПЛАНОМ

41-й конгресс SIU: место встречи — Дубай

Société Internationale d'Urologie (SIU) является одним из трех самых крупных и авторитетных урологических профессиональных сообществ в мире наряду с европейской и американской ассоциациями (EAU и AUA). Поэтому интерес к проводимым им мероприятиям огромный. Очередной, 41-й конгресс SIU проходил с 10 по 14 ноября 2021 года в очном формате в Дубае (Объединенные Арабские Эмираты), при этом параллельно велась трансляция онлайн. В нем приняли участие эксперты из многих стран, в том числе из России.



Тарас Валерьевич ШАТЫЛКО

К.м.н., онкоуролог отделения андрологии и урологии ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

От науки — к практике

Поскольку президент SIU Рейнальдо Гомез, как и его предшественник Санджей Кулькарни, является специалистом по реконструктивной урологии, неудивительно, что большое количество докладов было посвящено именно этому направлению. Активно обсуждались последствия так называемого женского обрезания и военные травмы мужских половых органов и ниж-

них мочевых путей. К сожалению, эти проблемы остаются актуальными во многих странах.

Кроме того, была затронута тема трансгендерной хирургии. Марта Бизич из Белграда, где базируется одна из самых мощных школ по урогенитальной реконструкции, представила сразу несколько докладов по различным хирургическим аспектам перемены пола, в том числе по ведению пациентов, сожалееющих об уже выполненной операции. На эту же тему выступил известный уретральный хирург Ричард Сантуччи из США.

Самым ярким сообщением на симпозиуме International Society of Reconstructive Urology (ISORU), пожалуй, был доклад Дмитрия Николаевски (США) о трансуретральной хирургии стриктур ладьевидной ямки уретры. Следует уточнить, что речь шла не о прямой оптической уретротомии или бужировании, а об аугментационной пластике дистальной уретры без вскрытия ее просвета. Техника заключается в про-

Продолжение на стр. 2 →

Новости

Атака на мужское здоровье с воздуха

Согласно данным исследования китайских ученых, загрязнение воздуха может оказывать негативное влияние на функциональное состояние сперматозоидов, и прежде всего — на их подвижность. Результаты опубликованы в JAMA Networks.

В ретроспективном когортном обсервационном исследовании проанализированы данные 33 876 мужчин — жителей 340 городов Китая, чьи жены прошли процедуры вспомогательных репродуктивных технологий. Оказалось, что живущие в районах с более высоким уровнем содержания взвешенных твердых частиц (ВТЧ) в воздухе имели сниженные показатели качества спермы с явлениями астенозооспермии.



К наиболее распространенным ВТЧ относятся сульфаты, нитраты, аммиак, другие неорганические ионы (натрий, калий, кальций, магний, хлориды), углерод (сажа), металлы (ванадий, кадмий, медь, никель, цинк) и полициклические ароматические углеводороды.

Наибольшую опасность для мужского здоровья представляют частицы размером до 5 мкм. Почти не задерживаясь в верхних дыхательных путях, они попадают непосредственно в альвеолы и вступают практически в прямой контакт с кровью. При воздействии ВТЧ диаметром менее 2,5 мкм активность сперматозоидов снижалась на 3,6%, в то время как в случае частиц более 10 мкм — на 2,44%. При этом не было установлено очевидного влияния ВТЧ на общее количество сперматозоидов.

Данная работа подтверждает тенденцию роста распространенности мужской инфертильности, совпадающего с растущим загрязнением атмосферного воздуха.

41-й конгресс SIU: место встречи — Дубай

← Продолжение, начало на стр. 1



Слева направо: С.А. Рева, Т.В. Шатылко, А.Г. Мартов, Д.Н. Суренков, О.О. Бурлака, Е.Н. Болгов

дольном рассечении вентральной стенки мочеиспускательного канала скальпелем со стороны его просвета. При этом удаляется полоска измененной слизистой, в результате чего формируется площадка для графта. Затем буккальный графт протягивается внутрь через наружное отверстие уретры на нити. Фиксация графта осуществляется не традиционным способом, а полностью чрескожно. Данная методика, по мнению эксперта, позволяет полностью избежать таких осложнений, как образование свища или расхождение крыльев головки полового члена.

Другие доклады на секции ISORU были посвящены пластике бульбозной уретры без пересечения спонгиозного тела, двухэтапной уретральной реконструкции и т.д.

Особенности этиологии и маршрутизации пациентов со стриктурами уретры в своих странах представили специалисты из Кувейта и Южной Африки. Несмотря на востребованность, реконструкция уретры и мужских половых органов остается редкой специализацией во многих странах, даже в Австралии, традиционно относимой к категории развитых. Пакси Сатьяграха из густонаселенной Индонезии рассказал о судьбе «бродячего реконструктивного уролога», путешествующего по этому архипелагу с целью проведения выездных операций и хирургических мастер-классов, так как не во всех провинциях есть специалисты, обладающие достаточной квалификацией. Эта история может показаться знакомой и российским урологам.

Сообщество реконструктивных урологов (Society of Genitourinary Reconstructive Surgeons, GURS) организовало собственный симпозиум. Помимо прочего, на нем шла речь об осложнениях имплантационной хирургии, пластике мочеточников, осложнениях лучевой терапии, пузырно-влагалищных свищах и стриктурах уретры у женщин. Последняя тема вообще обсуждается довольно редко и имеет множество спорных моментов начиная от терминологии и заканчивая тактикой ведения пациенток (более подробно об этом читайте в интервью с докладчиком Мелани Об-Петеркин из McGill University [Канада] на стр. 3).

Профессор Эль-Гонейми поделился колоссальным опытом в реконструкции у взрослых пациентов при поздних осложнениях хирургического лечения гипоспадии. Насколько мне известно, сопоставимым опытом обладает только мой учитель — Сафар Исраилович Гамидов, и мы будем стремиться к тому,

чтобы более широко освещать его на международных конференциях.

Конечно, научная программа конгресса не ограничивалась реконструкцией мочевых путей, но секции проходили параллельно в нескольких залах, поэтому проследить за всеми интересными докладами было физически невозможно.

Проведение первого крупного очного урологического конгресса за два коронавирусных года было непростой задачей, с которой SIU успешно справилось



Награждение профессора А.Г. Мартова

Большое внимание уделялось фокальной терапии рака простаты, в том числе технологии высокоинтенсивного фокусированного ультразвука (HIFU). К сожалению, отбор пациентов для фокальной абляции до сих пор недостаточно хорошо проработан, как и протоколы послеоперационного наблюдения с критериями биохимического рецидива. Различные альтернативные виды дефинитивного лечения рака простаты были показаны в semi-live режиме в главном зале конгресса. Там же были продемонстрированы и некоторые методы лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ): трансуретральную энуклеацию с использованием биполярного электрода показал автор метода Томас Геррманн (Швейцария), а акваблацию — Михир Десаи (США). Последний метод является довольно изысканным с технической точки зрения,

но у меня, как и у некоторых других слушателей, остались вопросы относительно того, кто является идеальным пациентом для применения этой технологии и каковы ее принципиальные преимущества перед той же лазерной энуклеацией, которая сегодня претендует на роль «золотого стандарта» при ДГПЖ.

Нейроурологи на профильных секциях обсуждали проблему рефрактерной к терапии гиперактивности мочевого пузыря, ниши для применения уродинамических исследований и перспективы появления новых препаратов и способов их доставки в функциональной урологии.

Нельзя обойти вниманием практические тренинги с использованием оборудования, предоставленного спонсорами конгресса. Coloplast и Pusep провели тренинги по гибкой эндоскопии мочевых путей. Цистоскопы и уретроскопы становятся все более технически совершенными, растут возможности маневрирования при сложной анатомии мочеточника и чашечно-лоханочной системы. Были представлены данные, говорящие о том, что применение одноразового эндоурологического инструментария обладает большей экономической целесообразностью.

Любопытную новинку представила компания Coloplast — относительно недорогой одноразовый гибкий цистоскоп с встроенными щипцами, предназначенный для извлечения мочеточниковых стентов. Думаю, после появления на российском рынке ему найдется

много критиков, считающих доступ через брюшную полость избыточным, вряд ли робот-ассистированная хирургия станет активно применяться в урогинекологии. Но мне все же кажется, что этот метод заслуживает дальнейшего изучения, особенно при сопутствующем поражении мочеточников или матки, а также при рецидивах после операций, выполненных влагалитическим доступом.

Выступления российских экспертов

На конгрессе была представлена и российская урология. С докладами выступали представители коллективов Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова (НМИЦ АГП), Башкирского государственного медицинского университета (БГМУ) и Новосибирского НИИ туберкулеза. Ректор БГМУ, член-корр. РАН Валентин Николаевич Павлов рассказал о том, как предотвратить развитие недержания мочи и эректильной дисфункции при выполнении радикальной простатэктомии. Профессор Екатерина Валерьевна Кульчавена напомнила мировому сообществу о мочевом туберкулезе как возможной причине атипично протекающих инфекций мочевых путей.

Автор этих строк выступал на модерлируемых секциях, сформированных по пригласительным тезисам, с докладами о результатах корпоропластики при болезни Пейрони, фрагментации ДНК сперматозоидов при обструкции семенных путей и протеомике эякулята при необструктивной азооспермии. Последний доклад, подготовленный совместно с отделом системной биологии в репродукции НМИЦ АГП имени В.И. Кулакова, был удостоен сертификата за лучшую презентацию на андрологической секции.

Электронные постеры по результатам новых актуальных исследований были подготовлены урологами Сеченовского университета, Российского научного центра рентгенодиагностики, Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета и Казанской железнодородной больницы. В них были представлены данные по потенциальным новым мочевым биомаркерам рака мочевого пузыря, особенностям микрохирургических операций при рецидивах варикоцеле, лечению преждевременной эякуляции, хирургии аномалий развития мочевой системы, стереотаксической лучевой терапии при раке простаты, сексуальной функции при аденоме предстательной железы, экономической целесообразности микроперкутанной нефролитотрипсии и лечению легких форм недержания мочи с помощью введения стромально-васкулярной фракции, выделенной из аутологичной жировой ткани. Все это в совокупности демонстрирует широкий кругозор и большой научно-практический потенциал российских урологов. Следует обратить внимание и на то, что представлены были не только Москва и Санкт-Петербург, но и региональные урологические школы.

Но, пожалуй, главным событием для российского урологического сообщества стало вручение Алексею Георгиевичу Мартову заслуженной награды за выдающуюся карьеру (Distinguished Career Award). Эта награда подтвердила, что достижения профессора Мартова в области эндоурологии известны на весь мир, и станет для молодых специалистов хорошим примером того, к чему надо стремиться в профессиональной деятельности. Вторым получателем этой награды стал Атеш Кадиогулу из Турции, известный своей работой в сфере реконструктивной генитальной хирургии. ☺



Стриктуры уретры у женщин

в практике реконструктивного уролога

На проходившем в Дубае конгрессе SIU обсуждалась довольно редкая тема — стриктуры уретры у женщин. Доклад Мелани Об-Петеркин (Mélanie Aubé-Peterkin), реконструктивного уролога из медицинского центра при Университете Макгилла (McGill University Health Centre, Монреаль, Канада), вызвал долгую и интересную дискуссию. После заседания нашему корреспонденту Тарасу Шатылко удалось взять у нее интервью, чтобы отразить ключевые аспекты лекции и обсудить наиболее спорные моменты.

— Стриктуры уретры у женщин встречаются нечасто, а некоторые урологи могут быть вообще не осведомлены о такой нозологии. Много ли к вам на прием приходит таких пациенток? Какова наиболее частая этиология стриктур в вашей практике?

— Это действительно очень редкое состояние! Специализируясь на стриктурах уретры, я вижу за год около 50 случаев у мужчин и не более четырех у женщин. Чаще всего стриктуры уретры у женщин являются идиопатическими. На втором месте — ятрогенная этиология. Некоторым пациенткам с функциональными нарушениями мочеиспускания в прошлом выполнялось бужирование уретры до большого диаметра, что является ошибкой. При функциональных нарушениях рекомендованы физиотерапия и тренировки мышц тазового дна.

— Иногда женщины не знают, к кому обратиться по поводу нарушений мочеиспускания — к урологу или гинекологу. А что с этой категорией пациенток? Бывает, что к вам их направляют гинекологи? Нужно ли дополнительно информировать гинекологов о стриктурах уретры у женщин, чтобы избежать задержки в постановке диагноза?

— В нашем медицинском центре есть несколько урогинекологов. Пациенток со стриктурами уретры они направляют к реконструктивным урологам. Гинекологи должны знать, что такое заболевание существует, и уметь вовремя его заподозрить.

— Несмотря на все недостатки, рентгеновская уретрография остается краеугольным камнем в диагностике стриктур уретры у мужчин. Возможно, я неправ, но выполнение уретрографии у женщин затруднительно и имеет низкую диагностическую ценность. Какие методы визуализации предпочтительны у этих пациенток, и нужна ли визуализация вообще?

— При стриктурах уретры у женщин в диагностический план должны входить полноценный сбор анамнеза, осмотр и пальпация на гинекологическом кресле, урофлоуметрия, измерение объема остаточной мочи, цистоскопия (может потребоваться детский цистоскоп или антеградное введение инструмента по цистостомическому каналу), а также микционная цистоуретрография или видеоуродинамическое исследование. Микционная цистоуретрография у женщин гораздо более практична и информативна, чем ретроградная уретрография.

— Какова роль уродинамических исследований в обследовании пациенток со стриктурами уретры?

— Помимо урофлоуметрии, я не назначаю уродинамические исследования рутинно всем пациенткам со стриктурами. Рекомендую их выполнение только при подозрении на атонию или гипоактивность мочевого пузыря, которые могут повлиять на успех уретропластики.

— В своей презентации вы упоминали, что стриктуры уретры чаще встречаются в постменопаузальном периоде. Возникает вопрос о возможной эффективности топических эстрогенов в консервативном лечении. Есть ли у вас опыт применения эстрогенов?

— Стриктуры наружного отверстия уретры у женщин могут быть результатом тяжелой вульвовагинальной атрофии. Терапия эстрогенами в таких ситуациях может уменьшить выраженность симптоматики или снизить риск рецидива после меатопластики. Также я назначаю топические препараты с эстрогенами до и после уретропластики, чтобы улучшить состояние тканей, но, насколько мне известно, у такой тактики пока нет доказательной базы.

— К сожалению, некоторым пациенткам требуется аутокатетеризация. Как они воспринимают эту опцию? Это должна быть чистая интермиттирующая катетеризация, принятая в нейроурологии, или для этой группы больных есть какая-то специфика?

— Пациентки, отказывающиеся от выполнения уретропластики или имеющие к ней противопоказания, являются кандидатами для бужирования с последующей аутокатетеризацией в случае рецидива. Я рекомендую им применять чистый катетер калибра 14 Ch, но пациентки могут использовать и стерильные катетеры, если страдают от частых инфекций мочевых путей или имеют достаточно финансовых средств. Обычно мои пациентки начинают выполнять аутокатетеризацию с частотой один раз в день. Если катетер входит легко, частоту можно постепенно снизить до одного раза в неделю. Однако большинству все равно необходима катетеризация 2–3 раза в неделю. Но, опять же, на данный момент нет обоснованных, с точки зрения доказательной медицины, рекомендаций по периодичности катетеризации и типу катетеров.

— Эндоуретротомия у мужчин является хорошо описанной и стандартизированной процедурой. Учитывая различия в сосудистой анатомии уретры, в каких

участках лучше выполнять инцизию в женской уретре? Применимо ли здесь правило «не более одной попытки»? Стоит ли выполнять инцизию на 12 часах условного циферблата или высок риск повреждения клитора? Холодный нож или лазер? Применима ли трансуретральная резекция шейки мочевого пузыря?

— У женщин редко выполняется прямая оптическая уретротомия. Но чаще всего описывают инцизии на 3 и 9 часах условного циферблата. Я предпочитаю выполнять бужирование, а не эндоуретротомию. Если дело все-таки доходит до эндоуретротомии, использую холодный нож, как и при стриктурах у мужчин. Рецидив после бужирования или эндоскопического лечения требует обсуждения с пациенткой перспектив реконструктивной хирургии, если нет противопоказаний. Трансуретральная резекция допустима при стенозе шейки мочевого пузыря, но это самостоятельное заболевание.

— Если мы выбираем реконструкцию с использованием графта, а не лоскута, то к каким анатомическим структурам его надо фиксировать для обеспечения оптимального кровоснабжения?

— При дорсальном расположении графта (на 12 часах) его фиксируют к шерстистым телам клитора. Были предложены технические модификации, такие как частичная уретротомия вместо полной спатуляции уретры, которые гипотетически снижают риск сексуальной дисфункции. Но для того чтобы доказать их роль, требуются дополнительные исследования. Большинство пациенток в моей практике не сталкиваются с сексуальной дисфункцией после графтинга.

— А каковы в целом риски сексуальных нарушений и недержания мочи после хирургического лечения?

— Риск недержания мочи и сексуальной дисфункции очень низок.

— Наконец, есть ряд вопросов по поводу терминологии. У мужчин под стриктурой уретры подразумевают ее сужение, связанное с рубцовыми изменениями спонгиозного тела. У женщин как такового спонгиозного тела нет. Можем ли мы употреблять термин «стриктура»? Кроме того, после вашего выступления один из индийских коллег поднял закономерный вопрос о том, где у женской уретры находятся дорсальная и вентральная стенки. Принято ориентироваться по вентральной и дорсальной поверхностям полового члена, а у женщин эти термины становятся проблемными. Возможно, это буквоедство, но реконструктивные урологи должны разговаривать на одном языке. Мне лично кажется, что во избежание путаницы нужно говорить не о дорсальной и вентральной, а о передней и задней стенках женской уретры. А как считаете вы?

— Вопрос о наличии истинного спонгиозного тела у женщин остается спорным, но мне более корректным представляется термин «стеноз». Некоторые коллеги-урологи и анатомы действительно предлагают называть стенки уретры у женщин передней и задней. Но стриктуры уретры у женщин являются и без того сложной темой, чтобы заниматься переписыванием литературы. Я лично буду продолжать называть их дорсальной и вентральной, как это указано в большинстве источников. 📄

14-15 АПРЕЛЯ 2022 ГОДА

г. Москва, Рэдиссон Славянская Отель



МОСКОВСКАЯ
УРОЛОГИЧЕСКАЯ
ШКОЛА



urostandart.moscow/2

Трансплантация почки от донора, инфицированного COVID-19

первые известные наблюдения и выводы были сделаны в России

Врачи из медицинской школы при Университете Джонса Хопкинса сообщили об успешно выполненной в марте 2021 года пересадке почки 55-летнему мужчине от 30-летней женщины, которая умерла от осложнений, вызванных COVID-19. Однако американские медики были не первыми, кто решился на проведение подобной операции. В мае 2020 года их российские коллеги пересадили почки от умершего инфицированного донора сразу двум реципиентам.



Дмитрий
Владиславович
ПЕРЛИН

Д.м.н., профессор, главный врач
ГБУЗ «Волгоградский областной уронефро-
логический центр», Волгоград

Число трансплантаций трупных почек в большинстве стран мира с начала 2020 года значительно сократилось. Во многом это связано с тем, что многие отделения реанимации и интенсивной терапии были перепрофилированы на оказание помощи пациентам с COVID-19. Кроме того, вызывает опасение возможная передача коронавирусной инфекции от донора реципиенту. Но если стабильные пациенты с терминальной хронической почечной недостаточностью могут долгое время находиться на диализе в ожидании трансплантации, то так называемые urgentные больные нуждаются в ней как можно скорее. Поэтому определение риска трансмиссии COVID-19 с донорским органом имеет огромное значение для разработки стратегии трансплантации почки во время пандемии.

Первые известные наблюдения двух реципиентов, которым были пересажены почки от инфицированного COVID-19 донора, были описаны в нашей клинике в мае 2020 года.

Трупный донор — мужчина 45 лет, больной сахарным диабетом, в мае 2020 года был госпитализирован в районную больницу без сознания с левосторонним гемипарезом. При обследовании выявлен геморрагический инсульт в бассейне правой позвоночно-базиллярной артерии, кома III. Пациент был помещен в отделение интенсивной терапии, начата искусственная вентиляция легких. При рентгенологическом исследовании признаков пневмонии отмечено не было. Несмотря на лечение, кома прогрессировала, и на третий день пребывания в отделении была констатирована смерть мозга. Вызвана бригада трансплантологов. Из-за нестабильности гемодинамики, сахарного диабета, электролитных и биохимических отклонений у донора были изъяты только почки.

Поскольку при поступлении пациент не имел признаков внебольничной пневмонии, мазок из носоглотки был взят лишь для скрининга. Анализ на РНК коронавируса SARS-CoV-2 методом ПЦР в режиме реального времени с обратной транскрипцией (rRT-PCR) был выполнен только после его смерти. Тест оказался положительным, о чем были проинформированы отделение

интенсивной терапии и центр трансплантации. Анализ того же материала повторен в референс-лаборатории также с положительным результатом.

Патологоанатомическое исследование, произведенное через сутки, подтвердило основную причину смерти — субарахноидальное кровоизлияние в лобные доли, отек мозга, конкурирующее заболевание — двустороннюю полисегментарную пневмонию, отек легких и фоновое заболевание — сахарный диабет. РНК SARS-CoV-2 была обнаружена также в аутопсийном материале — трахее и левом бронхе. Ретроспективное ПЦР-исследование замороженных образцов крови и мочи выполнено через неделю после смерти в референс-лаборатории, РНК SARS-CoV-2 не обнаружено.

Первый реципиент — мужчина 49 лет с поликистозом почек, высоким индексом массы тела (35 кг/м²) находился на гемо-

диализе в течение 28 месяцев. В январе 2017 года по месту жительства была выполнена открытая нефрэктомия слева из-за безуспешного лечения инфекции кист почек. Пациенту трижды выполнялись операции по формированию и реконструкции сосудистого доступа в связи с повторными тромбозами.

Второй реципиент — мужчина 45 лет, тоже с поликистозом почек. Из-за того, что он проживал в отдаленном от диализных центров районе, в качестве метода заместительной почечной терапии был выбран постоянный амбулаторный перитонеальный диализ (ПАПД). Однако с самого начала ПАПД транспортная функция брюшины была неудовлетворительной (КТ/V = 1,21).

Первому реципиенту трансплантация почки была выполнена с периодом холодной консервации 22 часа. Трансплантация второй почки выполнялась параллельно в соседней операционной пациенту

с ПАПД. Продолжительность холодной ишемии составила 21 час.

Положительный результат исследования мазков донора на COVID-19 был получен центром на следующий день после выполнения трансплантаций. Несмотря на принятый в клинике протокол стартовой иммуносупрессии, включающей анти-тимоцитарный глобулин (АТГ) в случаях несовместимости по 5–6 HLA-антигенам донора и реципиента, в этой ситуации мы предпочли избежать использования антилимфоцитарных препаратов, существенно повышающих риск развития любой вирусной инфекции. Оба пациента получали только базисную терапию, включая интраоперационное болюсное введение 500–750 мг метилпреднизолона, затем, начиная с первых послеоперационных суток, — такролимус 0,19 мг/кг/д, микофеноловую кислоту 1440 мг/д и метилпреднизолон 0,3 мг/кг/д с быстрым снижением дозы до 12 мг/д. Концентрация такролимуса в крови поддерживалась на уровне 10–13 нг/мл.

Функция трансплантата у первого реципиента была отсроченная с увеличением диуреза на 8-й день после операции и снижением креатинина сыворотки до 122 мкмоль/л на 27-й день. Функция трансплантата у второго реципиента была немедленной, со снижением сывороточного креатинина до 95 мкмоль/л к 25-му послеоперационному дню.

В послеоперационном периоде оба пациента были помещены в одну палату, оснащенную ультрафиолетовым рециркулятором, с отдельным санузелом, где они находились постоянно до выписки. Во избежание послеоперационного заражения COVID-19 пациенты выходили из палаты только раз в сутки вечером на прогулку во внутренний дворик клиники. Все возможные процедуры, включая УЗИ, перевязки и т.д., осуществлялись непосредственно в палате. Все назначения в течение дня выполняла одна медсестра. Во время контактов с медперсоналом пациенты использовали респираторы.

Повторные исследования мазков из носоглотки (на 3-й, 9-й, 14-й, 21-й день после трансплантации) методом rRT-PCR у обоих пациентов были отрицательными. При дополнительном обследовании на 7-й, 14-й, 25-й, 35-й, 42-й день также не было обнаружено в сыворотке IgM и IgG к SARS-CoV-2. На рентгенограммах органов грудной клетки на 2-е, 7-е, 14-е сутки патологических изменений не определялось.

Основные лабораторные показатели реципиентов были в пределах нормы на протяжении всего послеоперационного периода. Анализ крови на ДНК/РНК ЦМВ, Эпштейна — Барр, гепатита В, С и ВИЧ были отрицательными.

С целью снижения риска внегоспитального инфицирования реципиенты

История в деталях

- 1902** Первые опыты по пересадке почки были проведены Эмерихом Ульманом (Австрия) на собаках, однако успеха они не принесли — пересаженные органы функционировали всего несколько дней.
- 1906** Матье Жабуле (Франция) пересадила почки свиньи и козы в конечности людей, страдающих хронической почечной недостаточностью; каждая из почек смогла проработать не более часа.
- !** В последующие годы предпринимались неоднократные попытки пересадить жизненно важный орган от животных (собак, обезьян, коз, ягнят) человеку, но все они также терпели неудачу.
- 1939** Советским хирургом Ю.Ю. Вороним была проведена первая в мире трансплантация почки от человека (умершего донора) человеку. Несмотря на то что после пересадки больная прожила всего 48 часов, эта операция сыграла большую роль в истории отечественной и мировой трансплантологии.
- 1954** Американский хирург Джозеф Мюррей произвел первую успешную пересадку человеческой почки между монозиготными близнецами — пересаженная почка функционировала 8 лет.
- 1962** При трансплантации почки между генетически неродственными пациентами впервые была применена иммуносупрессивная терапия, которая впоследствии стала неотъемлемой частью подобных операций.
- 1965** Академик Б.В. Петровский выполнил первую операцию трансплантации почки в России.

были выписаны лишь через 5 недель после операции с рекомендациями соблюдения максимально возможной изоляции. Спустя 18 месяцев оба пациента чувствуют себя хорошо, клинических или лабораторных признаков COVID-19 за этот период отмечено не было.

Несмотря на обилие публикаций по COVID-19 в отечественной и зарубежной литературе, сведения о заболевании реципиентов почечных трансплантатов ограничены отдельными случаями. Сразу после обнаружения COVID-19 у описанного донора мы экстренно провели тематический поиск во всех доступных базах данных, включая англоязычные. Не было обнаружено ни одного сообщения (в мае 2020 года), содержащего информацию о трансплантации органов от COVID-инфицированных доноров и сведений о возможности трансмиссии этой инфекции от донора реципиенту. Нам лишь удалось найти информацию о немногим более 400 пациентах после пересадки почки, инфицированных COVID-19. Из них только семеро заболели в раннем послеоперационном периоде.

Ввиду отсутствия понимания возможности передачи инфекции от COVID-положительного донора мы предпочли свести к минимуму факторы, которые теоретически могут повлиять на тяжесть заболевания. Поэтому полностью отказались от использования любых антилимфоцитарных препаратов, несмотря на расхождения по пяти HLA-антигенам и отсроченную функцию почки у одного из реципиентов.

В некоторых исследованиях были представлены доказательства того, что SARS-CoV-2 может специфически поражать



Несмотря на обилие публикаций по COVID-19 в отечественной и зарубежной литературе, сведения о заболевании реципиентов почечных трансплантатов ограничены отдельными случаями

почки. Однако патофизиология острогиповолемии (ОПГ) в основном опирается на неспецифические механизмы. Длительная лихорадка, тахипноэ и желудочно-кишечные расстройства нередко приводят к гиповолемии, сердечной недостаточности и последующему преренальному ОПГ. Нефротоксические препараты, в том числе антибиотики, противовирусная терапия и рентгеноконтрастные вещества, используемые при КТ, также

могут способствовать развитию ОПГ. Однако в любом случае повышение уровня креатинина сыворотки — надежный и довольно ранний критерий поражения почек. Это очень важный вопрос, потому что тесты rRT-PCR на SARS-CoV-2 с использованием назофарингеальных мазков зачастую бывают ложноотрицательными из-за некорректного отбора проб, проксимальной миграции основной вирусной нагрузки и мутаций гена вируса.

При быстром прогрессировании COVID-19 или сопутствующей фатальной патологии, как у описанного трупного донора, может не успеть развиться тяжелое поражение почек. Это подтверждается нормальным уровнем сывороточного креатинина непосредственно перед эксплантацией органов, а также относительно быстрым восстановлением функции трансплантата у обоих реципиентов, даже несмотря на использование нефротоксичного такролимуса. К моменту выписки реципиентов креатинин сыворотки составлял 122 и 91 мкмоль/л соответственно.

Заключение

В течение более 2 лет продолжающейся пандемии пока не получено доказательств возможности трансмиссии заболевания реципиенту от COVID-положительного донора через ренальный трансплантат. Также нет оснований предполагать прямое или косвенное поражение почек потенциального трупного донора с COVID-19 при сохранении нормального уровня креатинина плазмы.

Наши наблюдения и данные, полученные позднее американскими коллегами из Университета Джонса Хопкинса, позволяют теперь предположить возможность использования почек от доноров, инфицированных COVID-19. Исследования образцов крови, мочи и ренальных биоптатов с использованием SARS-CoV-2-rRT-PCR могут служить дополнительными мерами повышения безопасности. Однако для коррекции практических рекомендаций по трансплантации органов во время пандемии необходимы большее число наблюдений и их анализ. ⁵

Омник Окас



тамсулозин в инновационной форме доставки^{1,2}

Снижение ноктурии на 57% и улучшение качества жизни³

Минимальный риск ретроградной эякуляции среди селективных α1-адреноблокаторов^{**5}

Благоприятный профиль кардио-васкулярной безопасности⁴

Действие 24 часа и удобный прием в любое время дня^{1,2}

Премиальный продукт по доступной цене*



Реклама
ОМНОСАС_2021_0007_RU_DEC_2021_справки
Информация для специалистов здравоохранения АО «Астеллас Фарма» (03147-РФ), Москва, ул. Марксистская, д. 16. Тел.: +7 (495) 737-07-36
* на 50% снижена цена на Омник Окас в прайс-листе АО «Астеллас Фарма»
** По данным прямого сравнительного исследования с силдозином.
1. Michel M, et al. European Urology Supplements 4 (2005) 15-24.
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Омник Окас (№ 000849 от 24.02.2011) доступна на сайте <https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx>
3. Djavan B et al. Eur Urol Suppl. 2005;4:61-68.
4. Michel MC et al. Eur Urol Suppl. 2005;4:53-60.
5. Chapple C, et al. EUROPEAN UROLOGY 59 (2011) 342 - 352.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА

Классификации мочевого камня — взгляд эндууролога

В рекомендациях основных урологических ассоциаций представлено несколько классификаций мочевого камня. Самой простой является разделение по этиологии на три типа — инфекционные, неинфекционные и генетически детерминированные (наследственные). Кроме того, камни классифицируют по химическому составу — кальций-оксалатные, фосфатные, мочевинокислые, цистиновые и т.д. Наиболее полная классификация включает также их физические характеристики, такие как внешний вид и вид на срезе.



Кирилл Александрович ШИРАНОВ

Врач-уролог, МБУЗ «Клинико-диагностический центр „Здоровье“», г. Ростов-на-Дону

Прежде всего хотелось бы обсудить цель классификации камней. Начнем с оперирующих урологов. Для нас главный показатель — плотность камня и его рентгеноконтрастность. На их основе мы, как правило, выбираем тактику лечения — эндоскопические методы или ударно-волновую терапию.

Чтобы дать рекомендации по метафилактике, несомненно, нужно знать состав камня. Но какие назначения получит пациент с кальций-оксалатным камнем? Следуя рекомендациям, мы выполним биохимический анализ мочи и крови и, объединив результаты, постараемся подобрать оптимальный вариант метафилактики. Тем не менее биохимический анализ крови и мочи не всегда позволяет выявить причину образования камня. Кроме того, при рецидиве его состав может меняться, это происходит в 21 % случаев.

В настоящее время для определения состава камня используют физические и химические методы. Последние не позволяют выявить редкие минералы, определить относительное содержание каждого элемента в камнях смешанного состава и дифференцировать кристаллические фазы кальций-оксалатных и фосфатных камней.

Физические методы (рентгенофазовый анализ или инфракрасная спектроскопия) дают информацию о кристаллической фазе компонентов камня. Специалисты, которые занимаются консервативным лечением мочекаменной болезни, знают, что моногидрат и дигидрат оксалата кальция отличаются друг от друга этиологией и риск рецидива у них разный. Однако все ли моногидраты оксалата кальция имеют одинаковые условия образования и требуют одинакового подхода?

Во время эндоскопических операций можно увидеть обширную гамму цветов — моногидраты могут быть коричневыми, черными, бежевыми, желтыми и даже с розовым налетом. С чем это связано? Извест-

но, что мочекаменная болезнь может быть первым проявлением различной патологии и метаболических расстройств. В ряде случаев метаболические расстройства, обуславливающие формирование камня, не выявляются при стандартном обследовании, а камень может содержать компонент, позволяющий установить диагноз. Как следствие, точное определение состава камня может дополнять метаболическую оценку для этиологической диагностики. Камни схожего состава, например оксалатные, могут образовываться вследствие различных литогенных процессов. Кроме того, моногидрат оксалата кальция может образовываться при гипероксалурии, развивающейся на фоне этиопатогенетических состояний, например первичной или кишечной гипероксалурии, или быть проявлением идиопатического нефролитиаза. Напротив, дигидрат оксалата кальция в очень большом проценте случаев связан с гиперкальциемией. Соответствующие камни имеют различную морфологию, которая легко определяется по их поверхности и срезу.

Таким образом, анализ камня должен включать качественное и количественное содержание кристаллических фаз, их локализацию, относительные пропорции и структурные характеристики (морфо-конституциональный анализ). Во время исследования необходимо оценивать поверхность и срез камня для описания его морфологического типа.

Морфо-конституциональный анализ мочевого камня

В 2016 году в журнале *Comptes Rendus Chimie* была опубликована статья профессора Майкла Даудона (Michael Daudon), в которой представлена наиболее полная классификация мочевого камня на основе морфо-конституционального анализа. В ее основе лежит как химический состав камня, так и его внешний вид и вид на срезе. Согласно данной классификации все мочевые камни разделяют на семь типов.

Камни из моногидрата оксалата кальция относятся к I типу и, в свою очередь, разделяются на пять подтипов.

Подтипы I a и I b обычно имеют темно-коричневый цвет. Камни подтипа I a растут медленно на фоне пиков гипероксалурии. Это самый частый подтип кальциевых камней.

Напротив, камни подтипа I c очень светлые, коричнево-желтые и встречаются при первичной гипероксалурии первого типа, которая является тяжелой формой мочека-

Таблица 1. Основные взаимосвязи между камнями I типа и этиологией*

Подтип	Внешний вид / срез	Причины образования
I a		Диетическая гипероксалурия, низкий объем диуреза (высокая концентрация оксалата), бляшки Рэндалла
I b		Застой мочи, низкий объем диуреза. Полное превращение дигидрата в моногидрат оксалата кальция
I c		Первичная гипероксалурия
I d		Аномалии развития с нарушением пассажа мочи; множественные камни в ограниченных полостях
I e		Кишечная гипероксалурия, воспалительные болезни кишечника, синдром «короткой» кишки, хронический панкреатит

Таблица 2. Основные взаимосвязи между камнями II типа и этиологией*

Подтип	Внешний вид / срез	Причины образования
II a		Гиперкальциемия, низкий уровень цитрата
II b		Гиперкальциемия ± гипероксалурия ± гипоцитратурия Застой мочи, низкий объем диуреза
II c		Гиперкальциемия + аномалии развития с нарушением пассажа мочи; множественные камни в ограниченных полостях

Таблица 3. Основные взаимосвязи между камнями III типа и этиологией*

Подтип	Внешний вид / срез	Причины образования
III a		Низкий уровень pH, застой мочи, гиперплазия предстательной железы, метаболический синдром, нарушение синтеза ионов аммония
III b		Инсулинорезистентность, метаболический синдром, сахарный диабет 2 типа, нарушение синтеза ионов аммония, низкий объем pH
III c		Гиперурикозурия, нейтральная или щелочная моча (в том числе на фоне приема цитратных смесей), ИМП, связанные с уреазопродуцирующими бактериями
III d		Хроническая диарея, потеря электролитов и щелочей, высокая концентрация мочевой кислоты в моче, низкое потребление фосфатов, избыточный прием слабительных

В составе камней почек обнаружено более 100 химических компонентов и описано более 100 различных этиологических факторов мочекаменной болезни

Таблица 4. Основные взаимосвязи между камнями IV типа и этиологией*

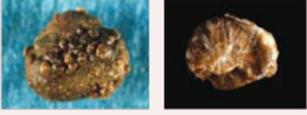
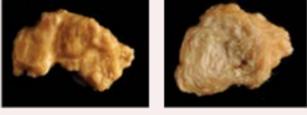
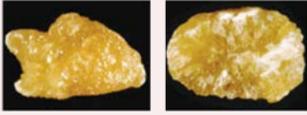
Подтип	Внешний вид / срез	Причины образования
IV a1		Гиперкальциурия, ИМП
IV a2		Наследственный или приобретенный дистальный тип почечного канальцевого ацидоза Синдром Шегрена Хронический гепатит
IV b		ИМП Гиперкальциурия, первичный гиперпаратиреоз
IV c		ИМП, связанные с уреазопродуцирующими бактериями
IV d		Гиперкальциурия, первичный гиперпаратиреоз, утечка фосфатов, медуллярно-губчатая почка

Таблица 5. Основные взаимосвязи между камнями V типа и этиологией*

Подтип	Внешний вид / срез	Причины образования
V a		Цистинурия
V b		Цистинурия + неправильная диета и (или) лекарственная терапия, застой мочи

менной болезни, часто приводящей к терминальной стадии хронической почечной недостаточности.

Подтип I d является маркером стаза у пациентов с гиперкальциурией в условиях обструкции: дивертикулы чашки, обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента или гиперплазия предстательной железы при неполном опорожнении мочевого пузыря (камни мочевого пузыря).

Наконец, подтип I e связан с тяжелыми формами кишечной гиперкальциурии.

Камни из кальция оксалата дигидрата соответствуют II типу.

Подтипы II a — II c часто связаны с гиперкальциурией, которая может сопровождаться другими нарушениями, например гиперкальциурией и гипоцитратурией.

Мочевая кислота и ураты относятся к III типу классификации и включают четыре подтипа.

Подтипы III a и III b соответствуют мочекислым камням, а III c и III d — уратам. Камни подтипа III a растут медленно, например при застое мочи, и образуются в основном в мочевом пузыре у мужчин с гиперплазией предстательной железы. Напротив, подтип III b является маркером активного литогенного процесса и недавнего появления камня. Подтипы III c и III d включают уратные камни, которые по своей этиологии отличаются от камней из мочевой кислоты, поскольку для их образования требуется высокая концентрация уратов в слабнокислой или щелочной среде.

Фосфат кальция (тип IV) является частым химическим компонентом, выявляемым в 85 % всех камней (пропорция от 0,5 до 99,0 %).

Камни подтипа IV a1 преимущественно состоят из карбоната и связаны с гипер-

кальциурией и (или) инфекцией мочевыводящих путей (ИМП).

Фосфатные камни из карбоната с примесью других фосфатов кальция или струвита (подтип IV b) свидетельствуют об ИМП. Они чаще встречаются у женщин, чем у мужчин.

Камни, состоящие преимущественно из струвита (подтип IV c), всегда образуются на фоне ИМП, вызванной уреазопродуцирующими бактериями. Даже небольшая примесь струвита является признаком ИМП.

Камни типа IV a2 формируются у 95 % больных с врожденным дистальным типом почечного ацидоза и у 65 % больных с фосфатными камнями и синдромом Шегрена, а также при тяжелой форме медуллярно-губчатой почки, которая приводит к повреждению собирательных трубочек и локальному нарушению ацидогенетической функции.

Камни из брушита (подтип IV d) образуются преимущественно у пациентов с выраженной гиперкальциурией и уровнем pH выше 6. Их клиническое значение связано с тем, что они не поддаются дистанционному дроблению и имеют высокую скорость роста и рецидива.

K V типу относят цистиновые камни, к VI — протеиновые, а к VII — редкие камни, которые являются патогномоничными для биохимических нарушений (например, 2,8-дигидроксиадениновые камни).

Продолжение на стр. 9 →

* Michel Daudon, Arnaud Dessombz, Vincent Frochet, Emmanuel Letavernier, Jean-Philippe Haymann, Paul Jungers, Dominique Bazin. Comprehensive morpho-constitutional analysis of urinary stones improves etiological diagnosis and therapeutic strategy of nephrolithiasis. Comptes Rendus Chimie, Volume 19, Issues 11–12, 2016, pages 1470–1491.

КЛАССИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ СНМП У МУЖЧИН¹

ОМНИК®



Омник® – референтный тамсулозин*



Омник® – лидер рынка препаратов для терапии ДГПЖ более 15 лет¹



Омник® – самый назначаемый урологами α-адреноблокатор согласно данным опроса в 21 городе России²



Долгосрочная эффективность и безопасность тамсулозина доказана и может быть альтернативой хирургическому вмешательству³



АО «Астеллас Фарма» 109147, Россия, г. Москва, ул. Марксистская, д.16, +7(495)737 07 56

* Референтный лекарственный препарат — это лекарственный препарат впервые зарегистрированный и разрешенный к применению (другое определение — оригинальный лекарственный препарат). Инструкция по медицинскому применению препарата Омник® (П N013915/01 от 21.05.2008) доступна на сайте gfrs.rosminzdrav.ru
¹ Согласно данным базы ООО «АЙКЪЮВИА Солюшнс» «Розничный аудит ГЛС и БАД в РФ», торговое наименование Омник® является лидером по объему продаж в рублях в оптовых ценах и в упаковках среди лекарственных препаратов группы G04 C2 «Препараты для лечения доброкачественной гипертрофии предстательной железы альфа-адренергические антагонисты, простые» (классификация EphMRA) ежегодно с 2004 года по январь-июль 2021 года
² Препарат Омник® – самый назначаемый урологами альфа-адреноблокатор среди урологов. Согласно данным Аудита врачебных назначений RxTest™ по количеству назначений врачами урологами 21 города России (по итогам 2020 год в АТХ-группа G04CA Альфа-адреноблокаторы, с участием 780 врачей), по данным информационно-аналитической базы «Система исследования Рынка Фармаэксплорер», лицензионные права на которую принадлежат ООО «Проксима Рисерч».
³ Narayan et al. REVIEWS IN UROLOGY 2005 VOL. 7 SUPPL. 4 S42-48.

OMN_2021_0001_RU_Oct_2021_onpoint

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Возможности растительной фармакотерапии

в лечении рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей и профилактике эпизодов цистита

Заболеваемость инфекциями мочевыводящих путей (ИМП) остается широко распространенной. К факторам риска относят аномалии развития мочевого тракта, нарушения пассажа мочи, незрелость иммунитета. Приблизительно у 30 % пациентов ИМП рецидивируют, при этом у большинства из них рецидивы возникают в течение 3 месяцев после ремиссии.



Николай Александрович ГРИГОРЬЕВ

Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии Медицинской школы АО «Европейский медицинский центр», Москва



Людмила Вячеславовна ТИХОНОВА

К. м. н., врач-уролог, АО «Европейский Медицинский Центр», Москва

Основной линией терапии ИМП являются антибактериальные препараты широкого спектра действия. Однако в последнее время во всех странах мира отмечается злоупотребление назначением антибиотиков, что вызывает появление большего количества резистентных штаммов микроорганизмов. Помимо этого, частый прием антибиотиков приводит к нарушениям иммунорегуляторных механизмов, дисбактериозу, нежелательным явлениям и тяжелым побочным эффектам. В связи с перечисленными факторами возникает вопрос о возможной замене антибактериальных препаратов на растительные, особенно если имеет место неосложненная форма заболевания. Также, что доказано многими исследованиями, применение фитопрепаратов способствует снижению количества и частоты рецидивов ИМП.

Мы провели анализ русскоязычной и англоязычной литературы по сравнительной оценке эффективности препарата растительного происхождения Канефрон Н в комплексной терапии рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей и в качестве монотерапии для профилактики эпизодов цистита.

Поиск публикаций велся в базах PubMed и eLibrary по ключевому слову «Канефрон». Всего было найдено 164 статьи. После этого был произведен отсев тех из них, которые касались следующих категорий и нозологий: дети, беременность, метафлактика, мочекаменная болезнь, гестационные заболевания, гломерулонефрит, онкологические заболевания, бессимптомная бактериурия, нефрологические состояния, субуретральные операции, эксперименты на животных, реактивный артрит, акушерство, заболевания предстательной железы. С учетом вышеуказанных критериев исключения было отобрано 16 работ. По отобранным публикациям составлена таблица с указанием основных рассматриваемых параметров. Анализируемая литература содержала информацию о применении

Таблица. Рекомендуемые схемы CDC при инфекции *S. trachomatis*

Авторы	Количество пациентов	Продолжительность терапии / наблюдения	Нозология	Результаты	Побочные эффекты
Комбинированная терапия (Канефрон Н + антибиотики)					
Тубанова Г.М. ¹	50	28 дней	Хронический пиелонефрит	Рецидивы у 15,1 % пациентов. В контрольной группе, принимавшей только антибиотики, — у 37,6 %	Не изучались
Попов А.И., Попова Т.А. ²	65	1 месяц / 9 месяцев	Хронический цистит	Отсутствие рецидива у 93,75 % пациентов	Не изучались
Аляев Ю.Г., Амосов А.В. ³	48	1 месяц	Хронический цистит	Эффективнее по сравнению с монотерапией антибиотиками на 21,8 %	Не выявлены
Неймарк А.И., Сульдина А.П., Батанин И.А. ⁴	48	1 месяц	Хронический пиелонефрит	Эффективнее по сравнению со стандартным лечением	Не изучались
Джакипбекова З.К. ⁵	102	10 дней + 3 месяца / 6 месяцев	Хронический цистит; хронический пиелонефрит	Эффективнее по сравнению с монотерапией антибиотиками (контрольная группа). Ремиссия у 56,20 % больных	Не выявлены
Монотерапия препаратом Канефрон Н					
Höller M. и соавт. ⁶	160 912	Ретроспективный анализ, 2,5 года	Острый цистит	Достоверно меньшее количество рецидивов ИМП через 30–365 дней после окончания лечения (ОШ = 0,66; 95 % ДИ: 0,58–0,72)	Нет данных
Ниткин Д.М. ⁷	651	8 месяцев	НИМП	Эффективна (частота рецидивов — 0,90 %)	2
Давидов М.И., Бунова Н.Е. ⁸	160	1 месяц / 1 год	Острый неосложненный цистит	Клиническая эффективность (выздоровление) у 93,75 % пациентов, бактериологическая — у 91,3 %; рецидивы цистита в течение 1 года — у 5 % В контрольной группе, принимавшей только антибиотики: клиническая эффективность у 93,75 %, побочные эффекты — у 18,8 %, рецидивы — у 12,5 %	Не выявлены
Амдий Р.Э., Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В. и соавт. ⁹	22	2 недели / 37 дней	Острый цистит	К 37-му дню: снижение лейкоцитурии до 37,5 % ($p < 0,05$); снижение симптоматики до 0,1 ± 0,3 балла Группа контроля (сравнения) отсутствовала	2 (боль в эпигастрии, аллергическая реакция)
Wagenlehner F.M. и соавт. ¹⁰	659	7 дней / 38 дней	Острый цистит	Эффективность сопоставима с антибиотиком: 83,5 % в группе Канефрона и 89,8 % в группе фосфомицина не потребовалось дополнительного назначения антибиотика	Описаны
Давидов М.И. ¹¹	51	30 дней / 1 год	Неосложненный цистит	К концу лечения отсутствие лейкоцитурии у 88,5 % пациентов Рецидив в течение 1 года отмечен только у 7,7 % пациентов	
Кульчавеня Е.В., Бреусов А.А. и соавт. ¹²	17	1 месяц / 6 месяцев	Неосложненный цистит	В 82,4 % случаев не потребовалось дополнительного назначения антибиотиков	Нет данных
Ivanov D. и соавт. ¹³	125	7 дней / 37 дней	Острый цистит	Эффективность составила 71,20 % к 7-му дню и 85,6 % — к 37-му	19 (все расценены как не связанные с приемом препарата)
Профилактика препаратом Канефрон Н					
Долженко Е.С. ¹⁴	118	1,5–2 месяца / 3 месяца	ИМП; острый пиелонефрит	Рецидивы у 2 % пациентов, в контрольной группе (без лечения) — у 16 %	Не изучались
Вилуха А.И. ¹⁵	118	3 месяца / 48 недель	Хронический цистит	Риск рецидивирования снижен до 0,75 (95 % ДИ: 0,42–1,33) по сравнению с контрольной группой	Не изучались
Синякова Л.А. и соавт. ¹⁶	90	1 год	ИМП	Отсутствие рецидивов	Не выявлены

препарата Канефрон Н при инфекциях как верхних, так и нижних мочевых путей (НИМП). Период наблюдения варьировал от 1 месяца до 2 лет. Во всех исследованиях, где изучалась эффективность антибактери-

альной терапии с фитопрепаратом, авторы отмечают положительное влияние Канефрона Н на результаты лечения [1–5]. Так, у пациентов с хроническим пиелонефритом частота рецидивов при такой схеме состави-

ла 6 %, тогда как в контрольной группе, принимавшей только антибиотики, — 15 % [1]. Другое исследование показало, что добавление Канефрона Н к антибиотикам улучшило результаты лечения хронического цистита

Фитопрепарат широкого действия

Канефрон Н разработан немецкой компанией Bionorica и производится уже более 80 лет. За это время он нашел широкое применение в клинической практике по всему миру, его эффективность и высокий профиль безопасности подтверждены в большом количестве клинических исследований и ретроспективных анализов. Данный препарат является официально зарегистрированным в РФ лекарственным средством и показан при заболеваниях почек и мочевыводящих путей. Он обладает диуретическим, противовоспалительным, спазмолитическим и противомикробным действием. Это обусловлено входящими в его состав растениями — золототысячник (трава), любисток лекарственный (корень) и розмарин (листья). **Золототысячник** тонизирует и укрепляет ослабленный организм, обладает противомикробным, спазмолитическим, противовоспалительным действием. Улучшает микроциркуляцию в почках, оказывает диуретическое воздействие и легкий обезболивающий эффект. **Любисток** выводит лишнюю жидкость из организма, оказывает анальгетический эффект, усиливает действие некоторых антибиотиков. Снимает неприятные ощущения при болях в почках, останавливает воспалительный процесс. **Розмарин** дает тонизирующий эффект, нормализует кровообращение. Он полезен при пониженном давлении, физическом истощении, ослаблении иммунитета. Положительно влияет на состояние различных органов, в том числе на мочевыделительную систему. Оказывает противомикробное, обезболивающее, кровоостанавливающее, противовоспалительное действие.

на 21,8 %, побочные эффекты на фоне приема фитопрепарата не наблюдались [5].

Что касается монотерапии препаратом Канефрон Н, то ее эффективность также была доказана [6–13]. Самый крупный ретроспективный обзор, включавший 160 912 пациентов с ИМП, показал, что этот растительный препарат по лечебному действию практически не уступает антибиотикам [6]. Схожие результаты были получены Ф.М. Вагенленером и соавт. при наблюдении 659 пациентов [10]. В исследовании М.И. Давидова и соавт. с участием 160 больных с неосложненным циститом рецидивы в течение года возникли лишь у 5 % (для сравнения: в контрольной группе, принимавшей только антибиотики, данный показатель составил 12,5 %) [8].

Канефрон Н хорошо зарекомендовал себя и в качестве профилактического сред-

ства. Данные, полученные Е.С. Долженко и А.И. Вилухой, демонстрируют значительное снижение риска рецидивирования заболевания при такой профилактике [14, 15]. Полное отсутствие рецидивов отмечено в исследовании Л.А. Синяковой и соавт., которое длилось 1 год и включало 90 пациентов с ИМП [16].

Выполненный нами обзор показал, что на сегодняшний день накоплен большой клинический опыт, подтверждающий эффективность препарата Канефрон Н как в комбинированной терапии с антибиотиками, так и в качестве монотерапии ИМП. При этом положительные результаты были получены как в группах лечения, так и в группах профилактики рецидивов ИМП. 

Список литературы находится в редакции



Bionorica®

При хроническом цистите, пиелонефрите, МКБ

Растительный лекарственный препарат

Канефрон® Н

Золототысячник трава + Любисток лекарственный корень + Розмарин обыкновенный листья
При заболеваниях почек и мочевыводящих путей
60 таблеток, покрытых оболочкой

- Способствует уменьшению болей и резей при мочеиспускании
- Уменьшает количество повторных обострений
- Препятствует образованию мочевых камней

Природа. Наука. Здоровье.

Любисток, Золототысячник, Розмарин

www.canefron.ru
www.bionorica.ru

РЕКЛАМА

Классификации мочевых камней — взгляд эндоуролога

← Продолжение, начало на стр. 6

НАЧИНАЕМ ПЛАНИРОВАТЬ МЕТАФИЛАКТИКУ ЕЩЕ В ОПЕРАЦИОННОЙ!

А теперь перейдем к следующему вопросу: кто должен занимать метафилактикой камня? Уролог, нефролог, эндокринолог? И нужно ли привлекать диетолога? В России в большинстве клиник есть разделение между врачами, которые оперируют, и специалистами, которые занимаются наблюдением после выписки. Такая же ситуация и во многих европейских клиниках, однако если посмотреть на лекции по метафилактике мочекаменной болезни на большинстве крупных урологических конференций, то их читает, как правило, Olivier Traxer — специалист, который выполняет огромное количество гибких эндоскопий. Насколько важна для эндоуролога данная классификация, и имеет ли она значение для стационарного этапа лечения?

Одной из особенностей современных эндоурологических вмешательств является более широкое применение гибкой эндоскопии при камнях почки размером до 2 см (а в ряде публикаций — до 3 см).

того, с появлением гольмиевых лазеров высокой мощности и тулиевого волоконного лазера урологи проводят дробление «в пыль» (stone-dust). Как следствие, на анализ направляется относительно небольшой фрагмент камня, который не всегда позволяет точно установить состав (например, представлена только оболочка или только ядро камня) и, что самое главное — структуру конкремента. В таких случаях интраоперационная картина дает врачу представление о возможном составе камня, в связи с чем крайне важно знать и использовать вышеописанную классификацию Daudon.

Конечно, в идеале у специалиста, проводящего анализ камня, должен быть доступ к интраоперационным снимкам, однако в реальности может быть достаточно

Одной из особенностей современных эндоурологических вмешательств является более широкое применение гибкой эндоскопии при камнях почки размером до 2 см (а в ряде публикаций — до 3 см)

коммуникации с оперирующим врачом. Не следует забывать и о другом важном аспекте дробления камней почки. Какая тактика лучше — вышеописанное дробление «в пыль» или дробление с последующим извлечением фрагментов? По данным исследований, различий через 3 месяца нет, но следует отметить, что в большинстве работ оценивают показатель stone-free rate по данным УЗИ или обзорной урографии, которые не позволяют визуализировать небольшие фрагменты. Кроме того, резидуальные камни различного состава отличаются по риску рецидива. Ни для кого не секрет, что даже небольшой струвитный камень может привести к быстрому рецидиву. В таких случаях рекомендуется полное удаление всех фрагментов. Что это значит для эндоуролога? Режим «дробление в пыль» не применяется! И по всей видимости, чрескожные операции выглядят более предпочтительными, чем ретроградные, поскольку связаны с более низким риском резидуальных камней. Также ряд камней относятся к «метаболическим», например дигидрату оксалата кальция. На них очень быстро кристаллизуются соли окса-

лата кальция, и быстрый рост не является редкой ситуацией.

В качестве другого примера можно привести цистиновые камни. Хотя они встречаются чаще в практике детских урологов (у детей их пропорция намного выше), по классификации Daudon выделяют два типа цистиновых камней, которые отличаются внешне и имеют крайне важное различие — второй тип указывает на неэффективность терапии и требует ее коррекции! Возьмем моногидраты оксалата кальция, подтип I d. Они образуются преимущественно при стазе мочи. Можно ли в таких случаях оставлять небольшие фрагменты, рассчитывая на их самостоятельное отхождение? Ответ очевиден.

Таким образом, интраоперационное распознавание состава камня и понимание причин его образования позволяют не только определить тактику литотрипсии, но и перейти на другой метод лечения (например, на доступ большего размера при камнях инфекционного состава, при которых повышение внутривисочечного давления может привести к воспалительным осложнениям).

Все вышеизложенное подчеркивает важную роль современной классификации мочевых камней для эндоуролога, но что не менее значимо — его роль в лечении и проведении метафилактики пациенту с мочекаменной болезнью, поскольку врач получает очень много информации о природе камня еще до получения результатов анализа. 

Список литературы находится в редакции

Инфекции нижних мочевых путей у женщин

В настоящее время мы довольно часто сталкиваемся с неэффективностью лечения рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей (РИНМП) у женщин. И не только потому, что нарушаются принципы диагностики, применяются методы лечения, не имеющие доказательной базы. Практикующие врачи пытаются с завидным упорством добиться стерильности мочи, забывая о том, что стерильных локусов в организме человека практически не бывает. Необоснованное назначение антибиотиков или бесконтрольное их применение повышает резистентность возбудителей инфекций, приводит к дисбиозам влагалища, дисбактериозу кишечника, усиливает уже имеющуюся диспареунию, что нарушает гармонию семейных отношений, заставляя женщин отказываться от половой жизни.



Любовь
Александровна
СИНЯКОВА

Д.м.н., профессор кафедры урологии и хирургической андрологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница имени С.П. Боткина ДЗМ»

Микробиоту человека слишком долго изучали лишь с целью подавления и ликвидации патогенов, и лишь в наши дни можно сказать, что парадигма «Убей врага!» сменяется гораздо более продуманной — «Восстанови биоценоз!» Как немислима здоровая репродуктивная система без нормальной влагалищной микрофлоры, так и полноценное лечение невозможно без детального понимания того, как устроен и функционирует микробиом человека. В человеческом теле симбиотические микробы живут буквально повсюду: на коже и слизистых оболочках — в носу, ротовой полости, пищеварительном тракте, мочевых путях, и конечно, в вульвовагинальном локусе. Многие из микробов выполняют важные функции, невосполнимые ферментами самого организма, — переваривают клетчатку, синтезируют витамины и незаменимые аминокислоты, участвуют в работе местного иммунитета.

Кто должен лечить пациентку, страдающую рецидивирующим циститом?

Лечением больных РИНМП занимаются врачи разных специальностей — урологи, гинекологи, терапевты, а еще в этом нелегком процессе принимают участие иммунологи, назначая дорогостоящие, чаще необоснованные анализы.

Не будем забывать о необходимости проведения дифференциальной диагностики с заболеваниями, имеющими схожую клиническую картину. Надо своевременно рекомендовать пациентке заполнить дневники мочеиспускания, назначить комплексное УЗИ почек, мочевого пузыря, органов малого таза с доплерографией, а не УЗИ мочевого пузыря, как это чаще всего происходит. По показаниям необходимо провести обследование на урогенитальные, вирусные инфекции, выполнить цистоскопию с биопсией, пригласить на консультацию полового партнера, назначить ему обследование.

Давайте ответим на вопрос: может ли врач общей практики все это выполнить? Ответ однозначный — нет! Тогда должен ли такой специалист заниматься лечением этой непростой категории больных?

Это серьезная проблема, которую невозможно решить на уровне урологического сообщества. Гинекологи будут проводить совсем другое обследование и лечение.

И давно пора изменить бытующее мнение, что проблема РИНМП заключается в выборе правильного антибиотика, это совсем не так!

А еще 40 % больных не обращаются к врачам, занимаются самолечением. Но даже если пациентка пришла в клинику, отсутствие единых подходов к диагностике, лечению и профилактике РИНМП у врачей разных специальностей, а также то, что разрабатываемые урологами и утверждаемые Минздравом РФ клинические рекомендации не являются обязательными для терапевтов и гинекологов (во всяком случае, это нигде не прописано), делает проблему еще более острой. Не добившись желаемых результатов лечения у одного специалиста, пациентка идет к другому. И рекомендаций будет столько, сколько врачей посетит больная, они будут зави-

Но при обращении к гинекологу пациентке выполняются УЗИ органов малого таза и врач сообщает, что «с его стороны» у нее все нормально. Между тем в организме все взаимосвязано. И если есть неблагополучие в одной системе, другая, рядом расположенная, отреагирует обязательно.

Клинический пример. Пациентка, 32 года, обратилась с жалобами на постоянный дискомфорт в мочеиспускательном канале, периодически учащенное, болезненное мочеиспускание, примесь крови в моче. Указанные проблемы беспокоят женщину с 20-летнего возраста, с момента начала половой жизни. В течение 12 лет наблюдается и лечится с диагнозом «хронический цистит». Антибактериальная терапия приносит лишь временный эффект. Обострения возникают до четырех раз в год, неоднократно сопровождались эпизодами макрогематурии. Обострения не связаны с половым актом. Пациентка не замужем, последние 3 года у нее один половой партнер. Считает себя гинекологически здо-

ванных заболеваний длительное время лечатся под маской цистита. Ошибочный диагноз и, как следствие, неадекватное лечение в ряде случаев приводят к необратимым последствиям, заканчиваются развитием микроцистита, как бывает при туберкулезе или синдроме болезненного мочевого пузыря.

Изменение этиологии инфекций мочевых путей

Проблема заключается еще и в том, что меняется этиология инфекций мочевых путей. Конечно, никто не собирается оспаривать ведущую роль кишечной палочки. Речь идет даже о том, чтобы признать *E. coli* возбудителем инфекций, передаваемых половым путем. Т.М. Hooton с соавт. была высказана гипотеза, что повышение pH и нарушение вагинальной микрофлоры, характерные для бактериального вагиноза, могут являться предрасполагающими факторами для колонизации преддверия влагалища *E. coli* и развития острого цистита.

Однако все чаще в урологическое отделение ГКБ имени С.П. Боткина по каналу скорой помощи поступают молодые пациентки с клиникой геморрагического цистита, у которых посев мочи оказывается стерильным, лейкоцитурия минимальна или отсутствует, а симптомы цистита резко выражены и сопровождаются макро-, реже микрогематурией. При дальнейшем обследовании, которое проводится уже в амбулаторном порядке, у данной категории больных выявляется хроническая герпесвирусная инфекция (вирус простого герпеса 1 и [или] 2 типа, цитомегаловирус, вирус Эпштейн-Барр, ВПЧ) в различных сочетаниях. И это та категория женщин с симптомами РИНМП, которым практически не помогает и не должна помогать даже самая эффективная антибактериальная терапия.

Из клинической практики

Теперь, когда проблема очерчена, давайте представим портрет современной женщины, страдающей РИНМП, и поговорим об ошибках диагностики, лечения, профилактики на основе клинических примеров.

1. Пациентка молодого возраста (20–35 лет), страдающая геморрагическим или посткоитальным циститом

Больная Ю., 21 год, обратилась в клинику с жалобами на периодически возникающую боль в поясничной области, больше справа, в момент мочеиспускания, обострение цистита после каждого полового акта, неэффективность посткоитальной профилактики, частые атаки пиелонефрита.

История заболевания. С 6 лет наблюдалась педиатром по поводу рецидивирующей протеинурии, лейкоцитурии. С 10 лет — раз в год эпизоды гипертермии, сопровождающиеся лейкоцитурией, проводилось стационарное лечение. С 17 лет отмечает стойкие ощущения в поясничной области, больше справа, при наполнении мочевого пузыря.

Инфекции нижних мочевых путей у женщин являются одними из самых частых, занимая второе место по частоте после инфекций дыхательных путей

сеть от компетенции специалистов, их опыта, грамотности, знания современной литературы, а еще желания и возможности (временной и психологической) заниматься данной пациенткой.

Клинический пример: пациентка, страдающая рецидивирующим посткоитальным циститом на фоне вагинализации наружного отверстия уретры, обратилась в клинику, занимающуюся указанной проблемой. Выполнена транспозиция уретры, качественно, без осложнений. Но через определенное время вновь возникло обострение цистита. Однако врач, выполнивший операцию, заявил пациентке, что лечением цистита он не занимается и ей нужно обратиться к другому доктору.

При посткоитальном цистите, частота которого составляет от 40 до 60 %, по данным разных авторов (Б.К. Комяков, А. Graziottin), принципиально важным является то, что аномалия расположения наружного отверстия уретры и ее патологическая подвижность являются не причиной, а фактором риска развития рецидивирующего цистита.

Междисциплинарный характер проблемы

А еще проблема в том, что все чаще РИНМП развиваются на фоне того или иного гинекологического заболевания. Очерченное назначение антибиотиков лишь усугубляет положение, способствует росту резистентности возбудителей. А может, бактериальный возбудитель и вовсе отсутствует.

При этом неоднократно лечилась по поводу хронического кандидозного вульвовагинита. Выполнялась электрокоагуляция по поводу эрозии шейки матки. Выявлены ВПЧ 18-го типа, множественная миома матки малых размеров.

При обследовании выяснилось, что в течение 12 лет у пациентки в подавляющем большинстве случаев посев мочи стерил, периодически выявляется стафилококк или стрептококк, лейкоцитурия минимальна или отсутствует. Чем же страдает больная?

Г.Е. Рейн еще в 1909 году писал: «Взгляд, что к ведению гинекологов относятся только половые органы женщины, все же находящееся рядом, над и под ними, не подлежат их компетенции, несомненно ошибочен». И далее: «Если гинекологи возьмут на себя труд изучения мочевой системы женщин и ее лечение, то для них явится возможность лечить не болезнь, а излечить больную, которая не знает, кто ее должен лечить, и, переходя от одного специалиста к другому, не получает благоприятных результатов от лечения».

Речь идет о том, что проблема нарушения мочеиспускания у женщин является безусловно междисциплинарной, и она, конечно, гораздо шире, чем проблема рецидивирующих циститов. Не стоит забывать про гиперактивный мочевой пузырь, синдром болезненного мочевого пузыря / интерстициальный цистит, генитоуринарный менопаузальный синдром, специфическое поражение органов мочевой системы (туберкулез). Большинство вышеназ-

С 18 лет (после начала половой жизни) — учащение эпизодов обострения хронического пиелонефрита, рецидивирующий посткоитальный цистит.

УЗИ. Правая почка — 86 × 37 мм, паренхима — 12–13 мм. Перфузия сохранена. Чашечно-лоханочная система (ЧЛС) не расширена. Конкременты не определяются. Левая почка — 112 × 59 мм, паренхима до 18 мм. Перфузия сохранена. В синусе в среднем сегменте киста 11 мм. ЧЛС не расширена. Конкременты не определяются. Мочевой пузырь наполнен до 80 мл, содержимое однородное. Остаточной мочи нет.

Status genitalis. Наружные половые органы развиты правильно. Наружное отверстие уретры расположено низко, практически на передней стенке влагалища. Проба О’Доннелла — Хиршхорна (O’Donnell — Hirschhorn) положительная.

Урофлоуметрия. Qmax = 12 мл/с.

После обследования поставлен диагноз: двусторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс IV степени; двусторонний хронический пиелонефрит, латентное течение, нефросклероз справа; вагинализация наружного отверстия уретры; хронический уретрит, рецидивирующий посткоитальный цистит, вне обострения.

Учитывая наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) IV степени с обеих сторон, рецидивирующее течение пиелонефрита, снижение функции правой почки, первым этапом пациентке в 2017 году выполнена билатеральная экстравезикальная антирефлюксная операция Лича — Грегуара (Lich — Gregoir).

При контрольном обследовании через год ПМР не выявлен, атак пиелонефрита в течение года также не было.

Учитывая наличие вагинализации уретры, частые рецидивы посткоитального уретрита, цистита, в 2018 году выполнено оперативное лечение — экстравагинальная транспозиция уретры по Б.К. Комякову (рис.) с последующей иммуноактивной профилактикой, применением растительных препаратов, что позволило избавить пациентку и от рецидивирующих посткоитальных циститов.

Таким образом, пациентка в течение 15 лет, с 6-летнего возраста, не получала адекватного лечения, что привело к развитию необратимых изменений в правой почке. Были нарушены основные принципы диагностики. Практически не существует первичных хронических пиелонефритов, так же, как и при рецидивирующих циститах, всегда есть тот или иной фактор риска. Надо только захотеть его выявить и постараться устранить.

2. Пациентка, страдающая рецидивирующим циститом, планирующая беременность

Тема отдельного серьезного обсуждения. Безусловно, необходимы прегравидарная подготовка, которая должна включать и тщательное обследование пациентки с выявлением возможных факторов риска, клинко-лабораторное обследование, проведение этиологического и патогенетического обследования, затем профилактика рецидивов с применением препаратов, имеющих доказательную базу. Если в течение 6 месяцев у данной пациентки не случится рецидивов, посев мочи будет стерильным, мы можем с уверенностью сказать, что подготовили ее к беременности. Тогда не придется назначать антибактериальную терапию по поводу бессимптомной бактериурии уже в I триместре беременности или, что еще хуже, лечить цистит, поскольку абсолютно безопасных препаратов практически не существует.

3. Пациентка, страдающая ГУМС и циститом после перенесенной коронавирусной инфекции

Больная Н., 63 года, обратилась в клинику с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, сухость во влагалище, постоянный дискомфорт в уретре.

Из анамнеза установлено, что больная перенесла COVID-19 в декабре 2020 года, после чего появились указанные симптомы, в течение 7 месяцев лечится с диагнозом «хронический цистит». Антибактериальная терапия приносит лишь временный эффект. При обследовании установлен диагноз «инкрустирующий цистит». Дважды выполнена трансуретральная резекция (ТУР) мочевого пузыря в разных клиниках, однако симптомы сохраняются.

При обследовании: в анализе мочи — лейкоциты 20–30 в поле зрения, эритроциты — 30–40.

Посев мочи: *Klebsiella pneumoniae* 108, резистентная к левофлоксацину, фосфомицину, цефиксиму, амоксициллину, нитрофурантоину, чувствительная к бактериофагам.

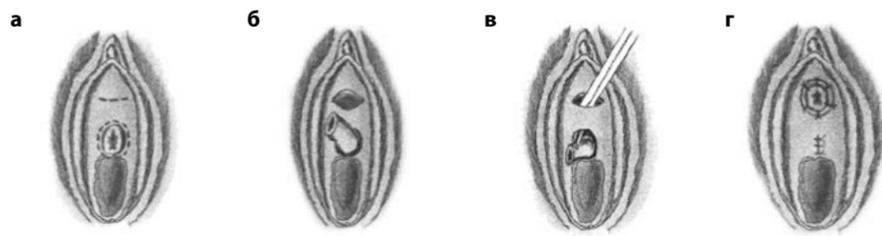


Рисунок. Этапы экстравагинальной транспозиции уретры по Б.К. Комякову

В связи с неэффективностью консервативной терапии предложена третья ТУР мочевого пузыря.

Больная обратилась в ГКБ имени С.П. Боткина. При обследовании выраженной инкрустации слизистой мочевого пузыря не выявлено. В посеве из влагалища патогенной и условно патогенной микрофлоры не обнаружено, лактобактерии отсутствуют.

Таким образом, у больной после перенесенной коронавирусной инфекции на фоне постменопаузы, дисбиоза влагалища после антибактериальной терапии —

инкрустирующий цистит с наличием резистентной флоры. Антибактериальная терапия больной противопоказана.

Лечение: пробиотиком клебсиеллезный, 10 сеансов ГБО, пикамилон, триожинал.

Как видим, каждая пациентка, страдающая РИНМП, — это, по сути, отдельная история. Соблюдение алгоритмов диагностики и лечения позволит, надеюсь, уменьшить количество диагностических ошибок и улучшить результаты лечения этой непростой категории больных.

Эрлеада
(апалутамид) таблетки, покр. плен. обол. 60 мг

РАННИЙ СТАРТ С ЭРЛЕАДЫ УЛУЧШАЕТ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РПЖ, НЕ УХУДШАЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ*,

И ПОЗВОЛЯЕТ ПАЦИЕНТАМ ЖИТЬ ДОЛЬШЕ:

- с мГЧРПЖ > 4,5 лет**^{1,2}
- с нМКРРПЖ > 6 лет***^{3,4}

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ЭРЛЕАДА

Перед применением обязательно ознакомьтесь с полным текстом инструкции по применению⁵

Регистрационный номер: ЛП-005797. **Торговое название препарата:** Эрлеада. **МНН:** апалутамид. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **Фармакотерапевтическая группа:** противоопухолевое средство, антиандроген. **Показания к применению:** лечение взрослых мужчин с метастатическим кастрационно-резистентным раком предстательной железы (РПЖ) с высоким риском метастазов и метастатическим гормоночувствительным РПЖ в комбинации с андрогендепривационной терапией. **Противопоказания:** женщины детородного возраста, беременные женщины; повышенная чувствительность к действующему веществу или любому вспомогательному веществу препарата; детский возраст до 18 лет; тяжелое нарушение функции почек и печени. **С осторожностью:** у пациентов с риском развития судорог или с судорогами в анамнезе, с риском падений и переломов; совместное применение с препаратами-субстратами ферментов CYP3A4 (например, дарунавир, фелодипин, мидазолам, симвастатин), CYP2C19 (например, диазепам, омепразол), CYP2C9 (например, варфарин, фениитоин), УДФ-глюкуронозилтрансферазы (UGT) (например, левотироксин, вальпроевая кислота), с препаратами-субстратами транспортеров Р-гликопротеина (P-gp) (например, колихин, дабигатран этексилат, дигоксин), белка резистентности рака молочной железы (BCRP) или транспортного полипептида органического аниона 1В1 (OATP1В1) (например, лапатиниб, метотрексат, розувастатин, репаглинид), с антикоагулянтами, метаболизируемым CYP2C9 (таким как варфарин или аценокумарол); у пациентов с клинически значимыми сердечно-сосудистыми заболеваниями, возникшими в течение последних 6 месяцев; у пациентов с удлиненным интервалом QT в анамнезе или соответствующими факторами риска, а также у пациентов, получающих сопутствующие лекарственные препараты, которые могут удлинять интервал QT. **Контрацепция:** Пациенты, имеющие половые контакты со способными к деторождению партнерами, должны использовать высокоэффективные методы контрацепции на протяжении всего лечения, а также в течение 3 месяцев после приема последней дозы препарата.

Способ применения и дозы: 240 мг (4 таблетки по 60 мг), внутрь один раз в день. Таблетки следует проглатывать целиком. Можно принимать независимо от приема пищи. Можно смешивать со 120 мл яблочного пюре (подробные указания см. в Инструкции по медицинскому применению). В период лечения пациентам, которым не была проведена хирургическая кастрация, необходимо выполнять медикаментозную кастрацию. **Побочное действие:** Очень частые нежелательные реакции (НР): утомляемость, кожная сыпь, гипертонзия, приливы, артралгия, диарея, падения, снижение массы тела, сниженный аппетит, переломы. Другие НР: гипотиреоз (часто), гиперхолестеринемия и/или гипертриглицеридемия (часто), дисгевзия (часто), ишемические цереброваскулярные нарушения (часто), судороги (иногда), ишемическая болезнь сердца (ИБС, часто), удлинение интервала QT (частота неизвестна), зуд (часто), алопеция (часто), токсический эпидермальный некролиз (частота неизвестна), мышечный спазм (часто). **Особые указания:** препарат не рекомендуется пациентам с судорогами в анамнезе или другими предрасполагающими факторами, в т.ч. черепно-мозговой травмой, недавно перенесенным инсультом, первичными опухолями головного мозга или метастазами в головном мозге. Если на фоне применения препарата Эрлеада развиваются судороги, применение препарата должно быть окончательно прекращено. Необходимо оценивать риск падений и переломов перед началом применения препарата Эрлеада, контролировать состояние пациентов во время лечения, а также рассмотреть использование специализированных препаратов для костной ткани. Пациенты должны находиться под наблюдением на предмет ИБС и ишемических цереброваскулярных нарушений. Контроль факторов риска должен быть оптимизирован в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи. У пациентов с удлиненным интервалом QT в анамнезе или соответствующими факторами риска, а также у пациентов, получающих сопутствующие лекарственные препараты, удлиняющие интервал QT, необходимо оценивать отношение пользы и риска. Апалутамид является мощным индуктором ферментов и может являться причиной снижения эффективности многих широко используемых лекарственных препаратов. Поэтому до начала лечения апалутамидом следует проанализировать применение сопутствующих лекарственных препаратов.

* по сравнению с моно-АДТ, ** 55 мес, медиана не достигнута, *** Медиана общей выживаемости достигла 73,9 месяцев у пациентов в группе Эрлеада+АДТ, в сравнении с 59,9 месяцев у пациентов в группе ПБО+АДТ

1. Chi K.N., et al. Presented at ASCO GU 21; Abstract #11. 2. Chi KN, et al. N Engl J Med. 2019;81(1):13-24 3. Smith MR, et al. N Engl J Med. 2018 Apr 12;378(15):1408-1418. 4. Small EJ. ASCO J Clin Oncol 38: 2020 (suppl); abstr 5516. 5. Инструкция по медицинскому применению препарата Эрлеада, РУ ЛП-005797, посл. изм. от 12.08.2021 г.

АДТ – андроген-депривационная терапия, **РПЖ** – рак предстательной железы, **мГЧРПЖ** – метастатический гормоночувствительный рак предстательной железы, **нМКРРПЖ** – метастатический кастрационно-резистентный рак предстательной железы, **ПБО** – плацебо

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ



CP-302412 от 01.04.2022г.

ООО «Джонсон & Джонсон»
Россия, 121614, Москва, ул. Крылатская, д. 17 корп. 2
Тел.: (495) 755-83-57, факс: (495) 755-83-58

Реклама

Нервосберегающая радикальная простатэктомия:

как минимизировать онкологические риски?

Использование нервосберегающей техники радикальной простатэктомии является единственным эффективным способом сохранения эректильной функции у больных раком простаты после операции. Презервация сосудисто-нервных пучков всегда предполагает определенный компромисс между максимально возможной радикальностью операции и обеспечением оптимальных функциональных результатов и качества жизни пациентов. В данном материале представлены наиболее эффективные методики, повышающие онкологическую безопасность нервосбережения и позволяющие расширить показания к его выполнению.



Егор
Андреевич
СОКОЛОВ

К.м.н., врач-уролог, онколог
ГБУЗ «Городская клиническая больница имени С.П. Боткина ДЗМ», доцент кафедры урологии и хирургической андрологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

Радикальная простатэктомия остается одним из основных методов лечения больных раком предстательной железы. Однако, согласно отдаленным результатам масштабных рандомизированных исследований, оценивающих эффективность и безопасность радикальной простатэктомии в сравнении с различными вариантами выжидательной тактики (SPCG-4, PIVOT, ProtecT), значимый выигрыш от хирургического лечения большинство пациентов получают лишь через десятилетия после операции при большей частоте побочных эффектов в отношении мочевого и сексуальной функций. Это привело к существенному увеличению частоты использования активного наблюдения при раке предстательной железы низкого риска, в то время как оперативное лечение стало чаще использоваться в группах промежуточного и высокого риска, а также при местнораспространенном процессе.

При проведении условной аналогии между исходами радикальной простатэктомии и пирамидой потребностей Маслоу отсутствуют рецидивы соответствует наиболее базовой потребности — безопасности, а сохранение эректильной функции находится ближе к вершине (рис. 1). Тем не менее послеоперационное нарушение сексуальной функции имеет существенное негативное влияние на качество жизни больных, а в контексте имеющихся тенденций к выполнению операции при более агрессивных характеристиках опухоли на первый



Рисунок 1. Пирамида потребностей после радикальной простатэктомии

план выходит онкологическая безопасность нервосбережения, достижение которой возможно за счет предоперационной селекции пациентов и интраоперационной оценки клинической ситуации. Интересно, что к настоящему времени не определены однозначные показания к использованию нервосберегающей техники: так, клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов ограничиваются общим заключением не использовать нервосбережение при высоком риске ипсилатеральной экстракапсулярной экстензии опухоли без уточнения конкретных критериев.

Роль МРТ в селекции пациентов для нервосбережения

Несмотря на постоянное развитие методик визуализации и биопсии предстательной железы, послеоперационная частота миграции стадии до местнораспространенного процесса и частота повышения гистологической градации опухоли остаются весьма высокими, а использование нервосберегающей техники в таком случае может существенно повышать риск позитивного хирургического края и, следовательно, рецидива опухоли.

Ключевым аспектом отбора пациентов является мультипараметрическая МРТ (мпМРТ), однако результаты ее эффективности в отношении прогнозирования экстракапсулярной экстензии пока неоднозначны. По данным S. Mehrhavand et al., лучшая диагностическая точность наблюдается при совместном применении мпМРТ и клинических характеристик рака предстательной железы. В исследовании F. Pesarane et al. описаны ранние и поздние признаки экстракапсулярной экстензии при мпМРТ. К ранним относятся выпячивание капсулы простаты, протяженность и близость контакта опухолевого очага с капсулой и ее нечеткость, к поздним — неровный контур простаты, инфильтрация околопростатической жировой клетчатки, облитерация ректопростатического угла, наличие перипростатической опухолевой массы. По данным авторов, ранние признаки встречаются существенно чаще, при этом, по понятным причинам, обладают низкой прогностической ценностью в сравнении с поздними признаками. В целом использование мпМРТ в рамках подготовки и планирования радикальной простатэктомии позволяет обеспечивать потенциально высокую степень персонализации оперативного вмешательства в зависимости от анатомии пациента и опухолевых характеристик. Например, в исследовании R. Schiavina et al. данные мпМРТ привели к изменению плана операции в 46,7 % случаев и снижению частоты позитивного хирургического края (12,4 % против 24,1 % в контрольной группе; $p < 0,01$). Соглас-

но Н.Н. Tavuk u et al., мпМРТ изменила план операции в пользу применения нервосбережения у 56 % больных, что не сопровождалось увеличением частоты положительного хирургического края.

Калькуляция риска (номограммы)

В контексте принятия решения о нервосберегающей технике радикальной простатэктомии принципиальное значение могут иметь номограммы, способные прогнозировать риск экстракапсулярной экстензии со стороны сохранения пучка. Наиболее известные номограммы — MSKCC и таблицы Партина оценивают лишь общую вероятность экстензии и не предоставляют четких критериев оценки риска нервосберегающей техники с конкретной стороны. Предложенная V.R. Patel et al. номограмма PRECE позволяет оценивать и градируют риск экстензии в правой и левой долях простаты, однако не предполагает интеграции данных мпМРТ. Вероятно, максимальная эффективность комбинации клинических параметров и данных мпМРТ возможна при изначальной разработке номограммы, включающей эти характеристики. Так, J. Nyarangi-Dix et al. показали, что сочетанное использование мпМРТ и кли-

тов, отличающейся от группы, на которой алгоритм был непосредственно разработан. Следует отметить и другие потенциальные проблемы использования номограмм в реальной клинической практике, а именно: необходимость временных затрат, большое количество разработанных алгоритмов при отсутствии однозначных преимуществ той или иной номограммы, отсутствие ясных клинических рекомендаций по использованию номограмм, возможное отсутствие всех необходимых клинических характеристик для расчета и, самое главное, низкую дополнительную ценность использования в «серой зоне» при промежуточном риске экстензии опухоли, поскольку пограничные случаи низкого и высокого риска и так зачастую являются очевидными.

Интраоперационный гистологический контроль края резекции

Возможным направлением снижения онкологических рисков нервосберегающей радикальной простатэктомии является интраоперационный контроль состояния хирургического края резекции: предложенная T. Schlomm et al. методика срочного гистологического исследования прилегающих к сосудисто-нервным пучкам участков простаты (NeuroSAFE)



Рисунок 2. Особенности методики ЦИКЛОП для интраоперационной оценки безопасности нервосберегающей радикальной простатэктомии

нических характеристик в рамках разработанной ими номограммы обеспечивает более высокую точность прогноза наличия выхода опухоли за пределы капсулы с определенной стороны простаты и оптимизирует планирование радикальной простатэктомии с нервосбережением. Разработанная на основании опыта двух ведущих мировых клиник номограмма Martini, помимо основных клинических параметров, включает в анализ подозрение на экстракапсулярную экстензию, по данным мпМРТ и, по мнению авторов, позволяет осуществлять градацию пациентов в зависимости от риска экстензии для выполнения определенной степени нервосбережения.

В то же время, по данным сторонней оценки (валидации) и анализа эффективности (валидации) и анализа эффективности номограмм не обеспечивают необходимую точность в отношении прогнозирования экстензии рака простаты в группе пациен-

тов, позволяющая осуществлять резекцию ткани пучка со стороны выявленного при интраоперационном исследовании положительного хирургического края. Согласно проспективному исследованию G. Mirmilstein et al., внедрение методики NeuroSAFE в протокол выполнения робот-ассистированной радикальной простатэктомии привело к снижению позитивных краев с 17,8 до 9,2 % ($p = 0,04$) при значимом увеличении частоты нервосбережения при стадии pT2 (84,6 и 66,3 %; $p = 0,002$) и pT3 (65,1 и 36,7 %; $p = 0,012$). По данным F. Preisser et al., использование интраоперационной оценки замороженных срезов увеличило сохранение пучков с 55,3 до 95,5 % ($p < 0,001$) при снижении частоты положительного края с 29,5 до 15,4 % ($p = 0,003$).

Стандартная методика NeuroSAFE предполагает оценку 7–10 поперечных участков боковой поверхности простаты шириной 5 мм. Данные участки распола-

гаются от апекса к базису, замораживаются в криостате, после чего осуществляются срезы толщиной около 5 мкм, которые окрашиваются гематоксилином и эозином. По мнению J. Oxley et al., адаптация и применение принципов микрографической хирургии («золотой стандарт» при хирургическом лечении новообразований на коже лица в дерматологии) в рамках срочного гистологического исследования краев простаты может снизить время и стоимость методики NeuroSAFE, позволив осуществлять более полную оценку хирургического края. На этих принципах основана наша собственная методика ЦИКЛОП — cito-исследование края латеральной области простаты (рис. 2). Ее особенностью является окраска и выполнение криосрезов прилегающей к пучкам заднебоковой области простаты единым блоком, что позволяет оценивать всю площадь контакта железы с сосудисто-нервным пучком без необходимости дополнительной вырезки препарата, определять точную локализацию позитивного хирургического края и оптимизирует время выполнения исследования. После удаления и извлечения предстательной железы вырезается участок ткани, включающий всю заднебоковую область, прилегающую к пучку, для ориентации наружная поверхность подготовленного участка ткани окрашивается в оранжевый цвет в зоне апекса и в темно-синий — в зоне базиса. Далее образец замораживается, после чего осуществляются срезы наружной поверхности толщиной 7–9 мкм, которые затем фиксируются на предметном стекле, окрашиваются гематоксилин-эозином и исследуются под микроскопом. Параллельно с выполнением методики ЦИКЛОП

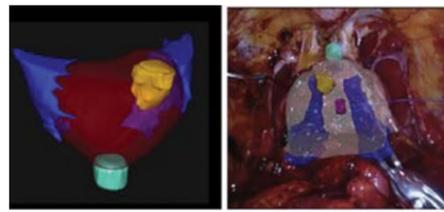


Рисунок 3. Технология дополненной реальности (AR) при робот-ассистированной радикальной простатэктомии (L. Bianchi et al.)

формируется анастомоз между мочевым пузырем и уретрой, при наличии показаний выполняется расширенная тазовая лимфаденэктомия, что исключает увеличение продолжительности оперативного вмешательства. После получения информации о негативном статусе хирургическая операция завершается. При наличии позитивного края выполняется резекция сохраненного сосудисто-нервного пучка. Использование методики ЦИКЛОП в нашей серии нервосберегающих простатэк-

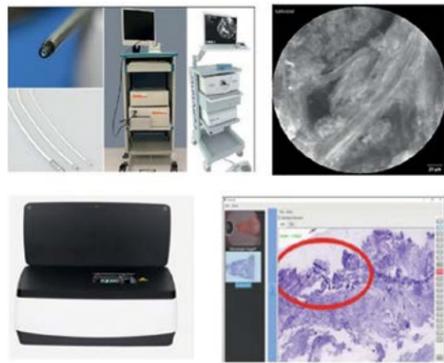


Рисунок 4. Верхний ряд: конфокальная лазерная эндомикроскопия *in vivo* (Cellvizio, Mauna Kea Technologies). Нижний ряд: конфокальная лазерная микроскопия *ex vivo* (VivaScope, Mavig GmbH)

томий привело к снижению частоты позитивного хирургического края с 13 до 4% при использовании нервосбережения, в том числе при раке простаты высокого риска. Крайне важным дополнительным положительным аспектом использования интраоперационного гистологического контроля края резекции, который трудно поддается оценке в рамках научных исследований, является психологический комфорт хирурга и пациента при выполнении нервосбережения в пограничных случаях, возможность для хирурга разделить ответственность и обосновать принятое решение.

Будущее интраоперационной навигации нервосбережения

Согласно работе L. Bianchi et al., интеграция робот-ассистированной радикальной простатэктомии с методикой создания изображений трехмерной дополненной реальности (AR) позволяет путем наложения капсулы простаты и очага опухоли, по данным мпМРТ, точно определять локализацию поражения и корректировать слой диссекции во время операции (рис. 3). В то же время эффективность данной технологии напрямую зависит от диагностической точности предоперационной мпМРТ и не может подтвердить радикальный характер операции на микроскопическом уровне. Таким образом, методика при дальнейшем развитии способна выступать в качестве условного навигатора при выполнении операции, но не позволит однозначно исключить инвазию опухоли в те или иные структуры.

В качестве альтернативы классическому срочному гистологическому исследо-

ванию изучается методика конфокальной лазерной микроскопии, которая позволяет получать *ex vivo* или *in vivo* изображения простатической и околопростатической ткани, схожие и коррелирующие со стандартными гистологическими изображениями (рис. 4). В случае исследования *ex vivo* удаленная ткань не требует дополнительной обработки и может изучаться в режиме реального времени, а получаемые изображения являются практически идентичными гистологическим слайдам с окраской гематоксилином и эозином. Это делает данную методику перспективной в отношении срочной оценки окружающей сосудисто-нервные пучки ткани при радикальной простатэктомии с нервосберегающей техникой. Методика *in vivo* конфокальной лазерной эндомикроскопии, позволяющей оценить состояние тканей с помощью зонда, введенного в операционное поле непосредственно во время диссекции, в теории является даже более интересной технологией, однако в настоящее время клинические исследования *in vivo* указывают на ее низкую эффективность вследствие недостаточной глубины проникновения и очевидных трудностей в интерпретации черно-белых изображений при оценке капсулы простаты.

Заключение

В настоящий момент невозможно выделить единые однозначные показания и противопоказания к нервосберегающей технике. Принятие решения о сохранении сосудисто-нервных пучков с одной или обеих сторон требует комплексной индивидуальной оценки клинической ситуации. (V)

Список литературы находится в редакции

РООУ

Российское общество онкологов

ФОРМАТ МЕРОПРИЯТИЙ – ГИБРИДНЫЙ

МЕРОПРИЯТИЯ 2022

РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ОНКОУРОЛОГОВ

<p>4 МАРТА, ИРКУТСК</p> <p>Мультидисциплинарная практическая школа РООУ Научный комитет: Матвеев В.Б., Бакланова О.В., Карякин О.Б., Носов А.К.</p>	<p>25 МАРТА, ГРОЗНЫЙ</p> <p>Научно-практическая школа РООУ «Современные рекомендации и возможности лечения онкоурологических заболеваний» Научный комитет: Матвеев В.Б., Нюшко К.М., Темиргереев М.З.</p>	<p>14-15 АПРЕЛЯ, УФА</p> <p>«Форум молодых специалистов РООУ» Научный комитет: Павлов В.Н., Измайлов А.А., Карякин А.О., Нюшко К.М., Калпинский А.С., Попов А.М., Рева С.А., Черняев А.В.</p>	<p>20 МАЯ, КАЛИНИНГРАД</p> <p>Научно-практическая школа РООУ и БФУ им. И. Канта Научный комитет: Алексеев Б.Я., Корнев С.В.</p>
<p>10 ИЮНЯ, МАХАЧКАЛА</p> <p>Региональная конференция РООУ в Северо-Кавказском федеральном округе Научный комитет: Матвеев В.Б., Алексеев Б.Я., Карякин О.Б., Русаков И.Г., Камолов Б.Ш.</p>	<p>08 ИЮЛЯ, ВОЛГОГРАД</p> <p>«Урофорум на Волге» Научный комитет: Матвеев В.Б., Перлин Д.В., Нюшко К.М.</p>	<p>2 СЕНТЯБРЯ, ХАБАРОВСК</p> <p>Региональная конференция РООУ в Дальневосточном федеральном округе Научный комитет: Матвеев В.Б., Алексеев Б.Я., Карякин О.Б., Русаков И.Г., Камолов Б.Ш.</p>	<p>29-30 СЕНТЯБРЯ, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ</p> <p>XVII Международный Конгресс РООУ Научный комитет: Матвеев В.Б., Алексеев Б.Я., Карякин О.Б., Русаков И.Г., Камолов Б.Ш.</p>

! Дата и формат проведения мероприятий могут быть изменены в зависимости от эпидемиологической обстановки. Следите за актуальной информацией на сайте roou.ru

Подробное описание и онлайн трансляции всех мероприятий – на сайте www.roou.ru

+7 (966) 330-01-11

roou@roou.ru

Стентирование у беременных: показания и контраверсии

Проблема получения у беременных доказательных научных данных для выработки оптимальных лечебно-диагностических подходов крайне сложна в связи с этическими дилеммами, возникающими при планировании клинических исследований у данной категории пациенток. Возможно, поэтому стратегия ведения беременных с различными заболеваниями нередко определяется личным мнением экспертов, что, однако, имеет самый низкий уровень доказательности. Яркий пример подобной стратегии, требующей более детального и критического разбора, — рутинно используемая в нашей стране практика длительного дренирования мочеточниковыми стентами верхних мочевых путей беременных. Наш обзор является попыткой обобщения имеющихся объективных данных по этому вопросу. Мы рассмотрели три клинических ситуации, при которых чаще всего проводится стентирование у беременных: пиелонефрит; почечная колика, вызванная камнем, и боль в почке, обусловленная гестационной уретеропиелозктазией (симптомный гидронефроз).



Константин
Леонидович
ЛОКШИН

Д.м.н., руководитель центра оперативной урологии, онкоурологии и андрологии GMS клиники (ООО «Глобал Медикал Систем»), Москва

Эпидемиология и риски, ассоциированные с пиелонефритом и болью в почке у беременных

Пиелонефрит и мочекаменная болезнь являются самыми частыми причинами люмбо-абдоминальной боли при беременности. Более того, эти состояния — самые частые неакушерские показания для экстренной госпитализации.

Но заболеваемость пиелонефритом у беременных относительно невысока: по данным J.B. Hill с соавт., она составляет 14 (1,4 %) на тысячу беременностей, а по данным D.A. Wing и соавт., еще ниже — 5,3 (0,5 %) на тысячу. Интересно, что в 70-х годах, до введения в США рутинного скрининга на бессимптомную бактериурию, заболеваемость пиелонефритом была существенно выше — 3–4 %.

Ряд патогенетических механизмов и симптомов пиелонефрита повышают риски для беременности и плода. В частности, лихорадка в I триместре имеет тератогенный эффект, сопряжена с угрозой прерывания беременности и впоследствии — с преждевременными родами.

С вырабатываемыми бактериями эндотоксинами и с лихорадкой ассоциированы повышенная сократимость миометрия и риск преждевременных родов, а у трети пациенток с гестационным пиелонефритом эндотоксин способствует развитию гемолитической анемии.

В целом у женщин с данным диагнозом вероятность преждевременных родов составляет 10,3 %, что статистически значимо чаще по сравнению с беременными без пиелонефрита (7,9 %; $p < 0,001$). Острый пиелонефрит ассоциирован с повышенным риском хориоамнионита (соотношение рисков — 1,3) и риском оперативного родоразрешения (соотношение рисков — 1,2). В то же время не выявлено взаимосвязи гестационного пиелонефрита с крайне низкой массой тела плода, преэклампсией, антенатальной или неонатальной гибелью плода.

С другой стороны, интенсивная боль в почке (почечная колика) и ее продолжительность более 24 часов сопряжены с вы-

соким риском (до 29 %) прерывания беременности или преждевременных родов. Мочекаменная болезнь (МКБ), по статистике, может становиться осложняющим фактором с частотой 1 случай на 200 беременностей. Боль по типу почечной колики нередко возникает не из-за обструкции мочеточника камнем, а в результате изменений уродинамики верхних мочевых путей, обусловленных гормональными факторами и (или) механическим сдавлением увеличивающейся маткой. Статистических данных по боли в почке, возникающей у беременных по этому механизму, в литературе нам найти не удалось, хотя в рутинной клинической практике такие ситуации нередки. В целом же, по данным M.J. Semins и B.R. Matlaga, с почечной коликой ассоциированы такие риски, как преждевременные роды, преждевременный разрыв оболочек, привычное невынашивание и преэклампсия.

Какой же должна быть оптимальная урологическая помощь этой сложной категории пациенток? И главное — каковы показания для стентирования верхних мочевых путей (ВМП) и его продолжительность в рассматриваемых клинических ситуациях?

Показания к стентированию и продолжительность дренирования при гестационном пиелонефрите

В нашей стране дренирование верхних мочевых путей проводится, как правило, беременным с клиническими (боль в проекции почки, слабость, лихорадка и т.д.) и лабораторными (лейкоцитоз, лейкоцитурия, бактериурия) признаками в сочетании с выявленной дилатацией верхних мочевых путей. Нередко дренирование проводится и при выявлении только некоторых из упомянутых признаков (например, лейкоцитурии) и расширения чашечно-лоханочной системы. Известные физиологические особенности уродинамики при беременности, обуславливающие дилатацию и сохраняющиеся несколько недель после родоразрешения, в свое время стали теоретической основой для широкого распространения длительного дренирования с удалением стента только через 3–4 недели после родов. До последнего времени такая тактика не подвергалась сомнению и считалась оправданной. Были ли исследования, доказавшие преимущества ее перед другими вариантами ведения пациенток с гестационным пиелонефритом?

Ни в клинических рекомендациях Европейской ассоциации урологов (EAU), ни в клинических рекомендациях Американской урологической ассоциации нет каких-либо данных и рекомендаций

по показаниям, срокам и осложнениям дренирования почек при пиелонефрите у беременных.

В масштабных исследованиях J.B. Hill с соавт. и D.A. Wing с соавт. нет упоминаний о беременных с пиелонефритом, которым проводилось какое-либо дренирование верхних мочевых путей.

В обзоре E.K. Johnson Urinary Tract Infections in Pregnancy, опубликованном в 2017 году, постулируется, что у беременных «...ретроградное стентирование или чрескожная нефростомия должны проводиться для купирования почечной колики или для дренирования инфицированной ЧЛС в случае обструкции...» Однако более предметных указаний или ссылок на проведенные исследования, касающиеся сроков и индивидуальных показаний для дренирования почки, автор не приводит.

В медицинской базе данных PubMed по запросу «пиелонефрит + беременность + стент» мы получили только 16 статей, касающихся вопросов дренирования верхних мочевых путей при гестационном пиелонефрите. В большинстве своем это небольшие (до 20–30 человек) серии наблюдений, не сравнивающие консервативную и хирургическую (стентирование) стратегии.

В единственном популяционном исследовании из Тайваня ($n = 6459$) авторы делают вывод, что стентирование у беременных сопряжено с повышенным риском развития пиелонефрита и стент нужно удалять как можно раньше.

В то же время в исследовании D. Puskar с соавт., опубликованном в журнале *European Urology* в 2001 году, приведены результаты наблюдения и лечения 103 беременных с так называемым симптомным физиологическим гидронефрозом: у 97 (94,2 %) пациенток консервативное лечение пиелонефрита было эффективным и достаточным и только 6 (5,8 %) потребовалось стентирование в связи с реф-

рактерным к медикаментозной терапии пиелонефритом, прогрессирующим в уро-сепсис. Отсюда можно сделать вывод, что показанием к стентированию почки может быть только рефрактерный к консервативной терапии гестационный пиелонефрит, сочетающийся с расширением верхних мочевых путей.

Интересно, что в работе D.S. Seidman с соавт. из Израиля ($n = 171$), посвященной оценке клинической ценности УЗИ почек при гестационном пиелонефрите, отмечается, что ни одной из пациенток, включая беременных с дилатацией верхних мочевых путей, стентирование в конечном итоге не проводилось. Другими словами, в рутинной клинической практике дилатация ВМП при пиелонефрите у беременных не рассматривается израильскими коллегами — урологами как показание к стентированию.

Личное общение с ведущими урологами — экспертами в области инфекций мочевых путей показало, что при гестационном пиелонефрите в западных странах дренирование верхних мочевых путей вообще проводится крайне редко, преимущественно при МКБ.

Считаем важным отметить и тот факт, что в III триместре до 90 % беременных имеют расширение верхних мочевых путей, которое в случае бессимптомного течения мы расцениваем как физиологическое, а при пиелонефрите или почечной колике — как проявление обструкции.

Наш анализ имеющихся литературных данных позволяет утверждать, что, помимо клинических симптомов, нет четких, научно обоснованных критериев для дифференцировки патологической дилатации верхних мочевых путей при гестационном пиелонефрите от физиологической. Отсюда у нас нет четких критериев для определения показаний к дренированию верхних мочевых путей у подавляющего большинства пациенток с гестационным пиелонефритом, за исключением беременных с диагностированной обструкцией камнем.

Аналогично, к сожалению, не имеет научно-клинического обоснования и общепринятая тактика дренирования верхних мочевых путей до «после родов». Исследований, подтверждающих целесообразность и преимущества столь длительного дренирования, нам найти не удалось. В то же время, помимо существенного снижения качества жизни беременных, из-за стент-ассоциированных симптомов известна повышенная склонность установленных при беременности стентов к инкрустации, что приводит к более быстрой потере функции дренажа (см. рис.).

В контексте обсуждения сроков дренирования при гестационном пиелонефрите представляют интерес результаты диссертации на соискание докторской

В соответствии с имеющимися сегодня данными показания для дренирования верхних мочевых путей у беременных при остром пиелонефрите весьма узкие: они главным образом ограничиваются ситуацией устойчивого к консервативной терапии пиелонефрита. При этом достаточной продолжительностью дренирования представляется срок от 4–5 до 7–10 дней

степени М.А. Франка ($n = 258$). В исследованной группе 195 (75,6 %) пациенткам было произведено дренирование ВМП, но в основном (58,9 %) мочеточниковым катетером с закрытой дренажной системой всего на 4–5 дней. У подавляющего большинства (89,2 %) беременных такая продолжительность дренирования в сочетании с продолжающейся антибактериальной терапией была достаточной, и лишь 10,2 % потребовалось повторное дренирование в связи с рецидивом пиелонефрита. Таким образом, подавляющему большинству пациенток с гестационным пиелонефритом длительное дренирование мочевых путей не требовалось, а кратковременное восстановление пассажа мочи мочеточниковым катетером было эффективным и безопасным.

Наши данные, полученные в небольшой группе ($n = 10$) беременных с острым гестационным пиелонефритом тяжелого течения в клиническом госпитале «Лапино», свидетельствуют о достаточности 7–10-дневного дренирования стентом на фоне адекватной антибактериальной терапии, общая продолжительность которой составляла 2 недели. Ни у одной из пациенток не возникло необходимости в повторных вмешательствах, не было преждевременных родов или низкой массы тела плода, ни тем более случаев материнской или младенческой смертности. Очень плохая переносимость стента (боль, дизурия) отмечалась у 5 (50 %) исследуемых, умеренные симптомы — у 4 (40 %), хорошая переносимость — у 1 (10 %) пациентки. Следует отметить, что в последние 2–3 года дренирование верхних мочевых путей при гестационном пиелонефрите в клиническом госпитале «Лапино» свелось к единичным случаям — при МКБ или резистентном к антибиоти-

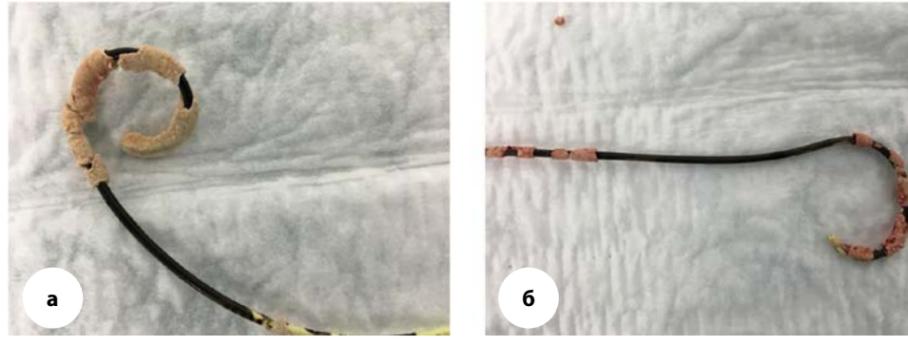


Рисунок. Стент с выраженной инкрустацией и биопленкой (черного цвета) после 6-недельного нахождения *in situ* у беременной (исходный цвет стента желтый; установлен в связи с острым гестационным пиелонефритом)

котерапии острым пиелонефрите тяжелого течения.

Подводя итог сказанному, можно заключить, что в соответствии с имеющимися сегодня данными показания для дренирования верхних мочевых путей у беременных при остром пиелонефрите весьма узкие, они главным образом ограничиваются ситуацией устойчивого к консервативной терапии пиелонефрита. При этом достаточной продолжительностью дренирования представляется срок от 4–5 до 7–10 дней. Такое кратковременное дренирование не идет в ущерб эффективности антибиотикотерапии и не сопряжено с риском рецидива инфекции или акушерскими рисками.

Стентирование и его продолжительность при мочекаменной болезни у беременных

Как в разделе клинических рекомендаций ЕАУ по мочекаменной болезни, так и в публикации Н. Ihi с соавт. отмечается, что у беременных стентирование и чрескостная нефростомия сопряжены с повы-

шенным риском инкрустации дренажей, плохой их переносимостью и необходимостью замены каждые 4–6 недель, а также с рецидивами инфекции мочевых путей.

Опубликовано несколько работ по сравнению у беременных результатов длительного стентирования и уретеролитотрипсии / уретеролитоэкстракции.

Так, в единственном на сегодняшний день рандомизированном исследовании М. Tebe с соавт. в группе длительного стентирования инфекции мочевых путей возникли чаще, чем в группе уретеролитотрипсии (18,0 и 9,5 % соответственно). В группе стентирования замена стента до родов требовалась у 31,0 % пациенток.

В сходном нерандомизированном сравнительном исследовании Воуаг с соавт. в группе стентирования, по сравнению с группой уретероскопии, также чаще требовались повторные вмешательства (31,0 vs 9,7 %), чаще имели место умеренная или выраженная дизурия, или боль в пояснице (55 vs 14 %) и чаще возникала потребность в оперативном родоразрешении (27 vs 7 %). По частоте преждевре-

менных родов между группами сравнения статистических отличий выявлено не было.

Представленные данные убедительно доказывают, что длительное стентирование при МКБ у беременных, в сравнении с уретероскопическими вмешательствами, повышает риск повторных урологических манипуляций, рецидивов инфекции мочевых путей, пиелонефрита, не говоря уже о существенном и длительном снижении качества жизни пациенток. К тому же длительное дренирование верхних мочевых путей у беременной повышает риски агрессивной акушерской тактики — оперативного родоразрешения.

Стентирование и его продолжительность у беременных с болью в почке с симптомным гидронефрозом

У беременных с расширением верхних мочевых путей нередко имеет место боль в почке, не сопровождающаяся клинико-лабораторными проявлениями пиелонефрита или признаками МКБ, по данным УЗИ. Возникновение боли связывают с механическим сдавлением мочеточника (чаще правого) растущей маткой, влиянием прогестерона на тонус и уродинамику верхних мочевых путей, а также синдромом правой яичниковой вены. Вне зависимости от предполагаемого механизма, это состояние диагностируется методом исключения, когда у беременной есть боль в проекции почки, расширение верхних мочевых путей на стороне боли, но нет пиелонефрита или камня мочеточника. В западной литературе для описания данной нозологии у беременных используется термин «симптомный гидронефроз». По данным различных авторов,

Продолжение на стр. 16 →

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

МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ ONC today

Что включает ONCOTODAY?

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

Доступна также десктопная версия

Реклама

«ЧАС ОНКОЛОГИИ С ПОЛИНОЙ ГАБАЙ»

проект создан Фондом поддержки противораковых организаций в партнерстве с юридической компанией «Факультет медицинского права»

Габай Полина Георгиевна

к.ю.н., адвокат, учредитель юридической компании «Факультет Медицинского Права», вице-президент Фонда поддержки противораковых организаций «Вместе против рака», член Союза журналистов России, Международной федерации журналистов

«Час онкологии с Полиной Габай» – регулярный цикл видеоэфиров, посвященных правовым и острым вопросам оказания и организации онкологической помощи. Целый час в прямом эфире адвокат Полина Габай и приглашенный гость-эксперт отвечают на вопросы слушателей, разбирают насущные задачи и кейсы, дают актуальные советы. Также адвокат делает краткий обзор по самым важным изменениям в сфере медицинского законодательства.

ВРЕМЯ ЭФИРОВ: каждую вторую среду месяца 18.00–19.00 по московскому времени Youtube-канал «Вместе против рака»

Реклама

Стентирование у беременных: показания и контраверсии

← Продолжение, начало на стр. 14

частота его встречаемости при беременности составляет 0,2–0,5 %. Ни в международных, ни в российских клинических рекомендациях нет протоколов ведения этой категории пациенток и, соответственно, не прописаны показания для стентирования и сроки дренирования.

В базе данных PubMed по запросу «симптомный гидронефроз + беременность» нам удалось найти 35 релевантных публикаций. Многие из них имеют низкую научно-практическую ценность, так как являются описанием единичных клинических случаев, небольших ретроспективных серий наблюдений, нередко с неоднородной популяцией пациенток, включающей пациенток с пиелонефритом и МКБ. Основным показанием к дренированию ВМП рассматривается неэффективность консервативной терапии. По данным Ofer Fainaru с соавт., по этому показанию потребность в стентировании возникает лишь у 7,1 % беременных с симптомным гидронефрозом.

В исследовании Mehmet Demir с соавт., помимо неэффективности консервативной терапии, в качестве показаний для стентирования предлагаются нарушение функции почек, расширение лоханки более 16,5 мм во II триместре и более 27,5 мм в III триместре. В случае установки стента во всех рассматриваемых работах удаление его проводилось после родов.

На сегодняшний день есть только два исследования, напрямую сравнивающих результаты консервативной и оперативной (стентирование ВМП) стратегии при симптомном гидронефрозе беременных. Так, в проспективном рандомизированном исследовании Yieh-Loong Tsai с соавт. ($n = 50$) были изучены результаты в двух равных группах. При этом у половины пациенток имели место признаки инфекции мочевых путей и пиелонефрита, а у 9 выявлена мочекаменная болезнь. Исследование показало 80 %-ную эффективность консервативной терапии и 100 %-ную —

стентирования, однако 16 % пациенток из группы стентирования жаловались на стент-ассоциированные симптомы и боль в пояснице.

Единственное опубликованное сравнительное исследование, в которое были включены только беременные с симптомным гидронефрозом, но без пиелонефрита или МКБ, было проведено Kürşat Çeçen и Kahraman Ülker ($n = 53$). 24 пациенткам был установлен стент, а 29 проводилась консервативная терапия. Статистически значимых отличий по степени выраженности боли между группами не выявлено. Также не было отличий по частоте осложнений, выраженности послеродовой боли и частоте сохранения гидронефроза. Авторы сделали вывод, что у пациенток с симптомным гидронефрозом проведение стентирования нецелесообразно ввиду отсутствия преимуществ у этой лечебной стратегии.

В клиническом госпитале «Лапино» нами была отслежена судьба 5 беременных с симптомным гидронефрозом, без пиелонефрита или МКБ, которым стентирование было проведено в связи с некупирующейся консервативными методами болью в почке. Особенностью этих наблюдений является тот факт, что дренирование было кратковременным, его продолжительность в среднем со-

ставляла 2,1 недели. Оставшуюся часть беременности пациентки провели без стента. Следует отметить, что очень плохая переносимость стента даже при таком кратковременном стентировании была у 4 пациенток. Острый пиелонефрит или рецидив боли после удаления стента, акушерские осложнения не возникли ни у одной из беременных. На основании результатов этой небольшой серии наблюдений можно предположить, что при симптомном гидронефрозе, не поддающемся консервативной терапии, вполне достаточно кратковременного стентирования верхних мочевых путей.

Заключение

Данные литературы и наш опыт ведения беременных с расширением верхних мочевых путей и болью в почке свидетельствуют в пользу необходимости как сужения показаний к дренированию верхних мочевых путей, так и минимизации сроков стентирования. Такой подход не только не повышает, но снижает риск рецидивов пиелонефрита и боли в почке, не сопряжен с дополнительными урологическими или акушерскими рисками, а также может существенно повысить качество жизни беременных пациенток и качество оказываемой им урологической помощи. 

МедВедомости

портал для врачей

www.medvedomosti.media

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ:

урология	кардиология	педиатрия
онкология	неврология	акушерство и гинекология

Доступность материалов — один из главных принципов нашего ресурса

НА ПОРТАЛЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ:

- новости медицины;
- актуальные материалы научного и прикладного характера для практикующих врачей: аналитические материалы, обзоры, интервью с экспертами, рекомендации по лечению и диагностике, алгоритмы, описания клинических случаев;
- свежие выпуски газет;
- справочники для специалистов;
- анонсы медицинских мероприятий;
- архив газет за последние несколько лет;
- рассылка свежих выпусков газет с учетом профессиональных предпочтений.



Реклама

Клиническая задача

45-летней женщине, профессиональной бегунье на длинные дистанции, установлен трансобтураторный мидуретральный слинг. Через 2 недели она предъявляет жалобы на сильную боль в паховой области с иррадиацией во внутреннюю поверхность бедра. В общем анализе мочи изменений нет. Объем остаточной мочи составляет 10 мл. Нестероидные противовоспалительные препараты неэффективны.



ВЫБЕРИТЕ ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ:

- 1) наблюдение;
- 2) консультация специалиста по купированию боли;
- 3) физиотерапия;
- 4) уретролиз;
- 5) удаление трансобтураторного слинга и установка позадилонного слинга.

Ответ на клиническую задачу, опубликованную в УС № 5–6 /2021

Дифференциальный диагноз включает острый цистит, инфицирование венгеро-перитонеального шунта с развитием перитонита, перфорацию аугментированного мочевого пузыря или перитонит, связанный с другими причинами (например, аппендицит). В таких случаях основной задачей является исключить разрыв мочевого пузыря, поэтому необходимо выполнить КТ-цистографию. Если на КТ выявляется скопление жидкости вокруг венгеро-перитонеального шунта и отсутствует перфорация мочевого пузыря, настоятельно рекомендуется экстренно вызвать нейрохирурга на консультацию. На УЗИ органов брюшной полости и малого таза можно увидеть свободную жидкость, но метод не позволяет дифференцировать инфицирование шунта и разрыв аугментированного мочевого пузыря. Цистоскопия связана с высоким риском развития сепсиса при наличии перфорации, и она уступает по информативности КТ-цистографии. Внутривенная антибактериальная терапия может быть целесообразным вариантом после завершения диагностики, но она не позволит определить точную этиологию заболевания. Эксплоративная лапаротомия с целью установления диагноза на данном этапе не показана.

Урология сегодня № 1(68) 2022

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

РЕДАКЦИОННАЯ ГРУППА
Главный редактор: Николай Александрович Григорьев
Шеф-редактор: д.м.н., проф. Г.Г. Кривобородов
Ответственный секретарь: Ю.Ю. Ширабокова
Выпускающий редактор: О.Н. Кононова
Руководитель проекта: О.А. Строковская

Директор по рекламе: К.Ю. Петренко
petrenko@abvpress.ru

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ
Кмн. Б.Ш. Камолов
Дмн., проф. А.З. Винаров
Дмн., проф. Н.А. Григорьев
Дмн. А.В. Говоров
Проф. Пьер Моно
Кмн. А.С. Маркова

Кмн. В.А. Рубанов
М.Ш. Булыгов
А.В. Ахлестина
В.Е. Бугасв
А.А. Киричек

ВЕРСТКА
Дизайнер-верстальщица:
Ю.В. Первиспа
Корректор: А.С. Савельев

ПЕЧАТЬ
Отпечатано в типографии
ООО «Юнион Принт».
Нижний Новгород, Окский съезд, 2, к. 1.
Заказ № 220696

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