стр. 8–9
Зимние Олимпийские и Паралимпийские игры в Сочи 2014 г. Организация медицинской помощи на высшем уровне

стр. 13
Интервью с проф. И.В. Казанской о новой трехуровневой системе оказания медицинской помощи детям

стр. 16
Интервью с проф. Е.И. Велиевым: Решение проблемы недержания мочи после радикальной простатэктомии

ГАЗЕТА ВЫХОДИТ ПРИ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКЕ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

№ 2 АПРЕЛЬ 2014 г.

В НОМЕРЕ

СОБЫТИЯ
Содружество специалистов смежных дисциплин на благо больному
стр. 3

ИНТЕРВЬЮ
Р.Т. Адамян, А.А. Камалов: Николай Олегович Миланов – добрая память, благодарность и признание
стр. 4-5

ИНТЕРВЬЮ
Химиопрофилактика рака предстательной железы: будущее или реальность?
стр. 10-11

ОБЗОР МЕРОПРИЯТИЯ
29-й ежегодный съезд Европейской Ассоциации Урологов
стр. 12

HIGH TECH
«Миниперк» в России. История и перспективы
стр. 26

Дорогие наши ветераны!

Редакция газеты «Московский уролог» поздравляет вас с Великим праздником Победы над фашизмом!

В годы Великой отечественной войны погибли почти 27 млн наших соотечественников. Память о солдатах, офицерах, защищавших нашу родную землю, наших дедах и отцах, тех, чьи могилы до сих пор неизвестны, живет в наших сердцах и будет жить в сердцах следующих поколений. Особенно хочется подчеркнуть мужество и храбрость советских врачей и фельдшеров, санинструкторов и санитарок, самоотверженно работавших непосредственно в районах боевых действий.

Сегодня, в сложное для России время, мы не должны допустить, чтобы фашизм снова поднял голову.

9 мая – это светлый святой праздник, объединяющий все поколения и национальности нашей страны. Мы склоняем головы перед всеми воинами-освободителями, которые, не жалея собственной жизни, своими подвигами и тяжелым трудом завоевали мир и свободу. Ваш героизм и самоотверженность всегда будут служить вечным примером мужества и несгибаемой воли, преданности и беззаветного служения Родине. Мы желаем вам мира, добра, крепкого здоровья и долгих лет жизни.

Заместитель главного редактора, руководитель организационно-методического отдела по урологии Департамента здравоохранения города Москвы Л.А. Ходырева

Георгиевская Лента — история символа

С 1965 г. 9 мая в России празднуется День Великой Победы. Георгиевская лента создавалась как часть наградного комплекта, состоящего из ордена Святого Георгия, Георгиевского креста или Георгиевской медали и ленты. Кроме того, она когда-то являлась частью некоторых воинских знаков отличия, которые присваивались воинским частям. Впервые Георгиевская Лента появилась вместе с Георгиевским Орденом в 1769 г. Цвета ордена были государственными с тех времен, когда русским национальным гербом стал двуглавый орел на золотом фоне, а черно-оранжевую гамму ленты следует понимать как цвет дыма и огня. В любом случае, появившийся еще в царской России символ прочно укрепился в истории и теперь стал традиционным цветом праздника 9 мая.

В советское время Георгиевская Лента не канула в лету, а заняла почетное место среди воинских знаков отличия. Указом Президиума Верховного Совета СССР от 8 ноября 1943 г. она стала частью Ордена Славы трех степеней. Именно благодаря этому событию стало возможно использовать ее как знак уважения солдатам ВОВ.

«СНМП-форум» в рамках X конгресса «Мужское здоровье» в г. Минск

В рамках X конгресса «Мужское здоровье» с международным участием в Минске 22 мая в 17:00 при поддержке компании Astellas состоится сателлитный симпозиум «СНМП-форум». Мероприятие будет посвящено анализу современного подхода к этиопатогенезу, диагностике и лечению пациентов с симптомами нижних мочевых путей, включая обсуждение, в т. ч. таких нозологий, как гиперактивный мочевой пузырь, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, хронический простатит, синдром хронической тазовой боли; а также результатам поисковых научно-исследовательских работ в области функциональной урологии.

Докладчики симпозиума: ведущий научный сотрудник НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья I МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н. З.К. Гаджиева; доцент кафедры эндоскопической урологии РМАПО, к.м.н. А.А. Медведев; руководитель отдела НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья I МГМУ им. И.М. Сеченова, к.м.н. Л.Г. Спивак. На симпозиуме планируется обсудить новейшие научные данные, представленные на отечественных и зарубежных урологических конгрессах, в т. ч. XXIX ежегодном конгрессе Европейской ассоциации урологов, прошедшем в апреле 2014 г. в Стокгольме.

В ходе сателлитного симпозиума также будет представлена информация об интернет-ресурсе LUTforum (LUT – lower urinary tract), программа которого объединяет самые интересные абстракты по функциональной урологии конгрессов Европейской и Американской ассоциаций урологов, Международного общества по удержанию мочи. Ключевые данные, опубликованные врачами-исследователями, отобранные и оцененные по их клиническому значению, представлены как слайд-ресурс на сайте www.lutforum.org.

LUTforum является частью некоммерческой организации ISSECAM (Международное общество по изучению и обмену результатов клинических исследований и медицинского опыта), в состав которой помимо данного форума входят группа по изучения онкологических заболеваний урогенитального тракта и группа исследования рака предстательной железы. Участие в работе этих групп входит в Европейскую программу непрерывного постдипломного образования урологов.

Ждем Вас на нашем симпозиуме 22 мая в 17:00 в зале «Конгресс-холл».

на правах рекламы

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

Главный редактор
Армаис Альбертович КАМАЛОВ, главный уролог г. Москвы, Директор университетской клиники МГУ им. М.В. Ломоносова, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор

Заместитель главного редактора
Любовь Алексеевна ХОДЫРЕВА, руководитель организационно-методического отдела по урологии Департамента здравоохранения г. Москвы, доцент кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, д.м.н.

Научный редактор
Анна Анатольевна ДУДАРЕВА, сотрудник организационно-методического отдела по урологии Департамента здравоохранения г. Москвы, к.м.н.

Редакционный совет
Аполихин О.И., д.м.н., профессор
Аляев Ю.Г., член-корр. РАМН, д.м.н., профессор
Велиев Е.И., д.м.н., профессор
Винаров А.З., д.м.н., профессор
Глыбочко П.В., член-корр. РАМН, д.м.н., профессор
Даренков С.П., д.м.н., профессор
Дзеранов Н.К., д.м.н., профессор
Зубань О.Н., д.м.н., профессор
Каприн А.Д., член-корр. РАМН, д.м.н., профессор
Кривобородов Г.Г., д.м.н., профессор
Лоран О.Б., член-корр. РАМН, д.м.н., профессор
Мартов А.Г., д.м.н., профессор
Матвеев В.Б., д.м.н., профессор
Пушкарь Д.Ю., д.м.н., профессор
Теодорович О.В., д.м.н., профессор

РЕДАКЦИЯ ГАЗЕТЫ «Московский уролог»
Адрес: 117420 Москва, ул. Профсоюзная, 57, под. 3
Телефон: (495) 786–25–57 (доб. 189)
E-mail: polaykova@bionika-media.ru

Заведующая редакцией
Елена ПОЛЯКОВА
Выпускающий редактор
Юлия ГОЛОВИНА
Фотокорреспондент
Олег КИРЮШКИН
Отдел дизайна и верстки
Александр ЛАРИН,
Денис ГЕЙКО
Отдел полиграфии
Руководитель – Наталья НАДВОРСКАЯ
Менеджер – Дмитрий ТУЖИКОВ

Размещение рекламы:
Директор по рекламе – Дина КОРЕПАНОВА
Руководитель департамента по рекламе в медицинской прессе – Ольга КРЕКШИНА
Менеджеры по работе с клиентами
Наталья ДИВЛЕКЕЕВА, Анна ДОНСКИХ
Маргарита ПЕТРОВА
Телефон: (495) 786–25–57 (доб.131)
E-mail: divlekeeva@bionika-media.ru

УЧРЕДИТЕЛЬ
Региональная общественная организация содействия охране здоровья мужского населения «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»

bionika media

ИЗДАТЕЛЬ
ООО «Бионика Медиа»
Председатель Совета директоров – Ирина КРАСИВСКАЯ
Генеральный директор – Алексей ДРОЗДОВ

Подписка и распространение
Телефон: (495) 332–02–63
E-mail: subscription@bionika-media.ru
83693 – п/г подписка в каталоге «Почта России»

Переодичность – 6 номеров в год
Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
Регистрационный номер ПИ № ФС77–53968 от 30 апреля 2013 г.

Газета набрана и сверстана в ООО «Бионика Медиа», отпечатана в ОАО «АСТ-Московский полиграфический дом»
111123 Москва, ш. Энтузиастов, д. 56, стр. 22
Тираж 5000 экз.
Номер подписан 25 апреля 2014 г. в 10:00

Полное или частичное воспроизведение редакционных материалов, опубликованных в газете «Московский уролог», запрещается, за исключением случаев письменного согласия редакции.

III НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «Фундаментальная и практическая урология», посвященная 90-летию со дня рождения академика РАМН Николая Алексеевича Лопаткина

18–19 февраля 2014 г. в здании Правительства Москвы, Новый Арбат, д. 36/9 успешно прошла III научно-практическая конференция «Фундаментальная и практическая урология», посвященная 90- летию со дня рождения академика РАМН Николая Алексеевича Лопаткина.

Главная цель конференции — информирование специалистов урологического профиля о новых достижениях в области медицины, характеризующих состояние здравоохранения в Москве, обмен опытом и повышение квалификации врачей смежных специальностей.

Конференция организована в рамках направления «Внедрение новых медицинских технологий, методик лечения и профилактики заболеваний в практике здравоохранения г. Москвы и Московского региона.

Традиционно организаторами конференции являются:

Правительство Москвы
Департамент здравоохранения г. Москвы
РОО «Мужское здоровье»
Организационно-методический отдел по урологии департамента здравоохранения г. Москвы
Информационно-выставочное агенство «ИнфоМедФармДиалог»

На конференции заслушан 51 доклад, проведено 9 заседаний. В рамках научной программы были обсуждены результаты фундаментальных исследований; практические вопросы, касающиеся современных методов обследования и лечения пациентов; были организованы пленарные заседания, научные симпозиумы, дискуссионные круглые столы по междисциплинарным проблемам, выставка, где были представлены достижения отечественных и зарубежных фармакологических фирм и производителей медицинского оборудования. Данное мероприятие позволило практическим врачам ознакомиться с новыми аспектами различных направлений в урологии, совершенствованием медицинского оборудования и оперативных технологий в соответствии с мировыми стандартами.

В работе конференции приняли участие 367 врачей из клиник Москвы и Московской области. Онлайн-трансляцию конференции просмотрели 2396 человек: из Российской Федерации — 2147 и из стран ближнего и дальнего зарубежья — 149 человек.

Регионы, участвовавшие в конференции: Ростовская, Свердловская, Краснодарская, Кемеровская, Воронежская, Пермская, Тверская, Ленинградская области, Санкт-Петербург, Башкортостан, Татарстан.

Страны постсоветского пространства: Украина — 43 человека, Белоруссия — 21, Казахстан — 16, Молдавия — 7, Киргизия — 4, Азербайджан — 4, Таджикистан — 3, Армения — 2, Грузия — 1 человек.

Зарубежные страны: Германия, США, Израиль, Великобритания, Литва, Латвия, Швеция, Испания, Исландия, Франция, Люксембург, Китай, Нидерланды, Индонезия.

В рамках конференции организована тематическая выставочная экспозиция производителей и дистрибьюторов лекарственных средств, медицинской техники, продукции профилактического и лечебного назначения, специализированной литературы.

В выставочной экспозиции Конференции были представлены 22 фармакологические компании:

Главный спонсор: представительство компании «Астеллас Фарма Юроп Б. В.».

Спонсоры: ЗАО «БАЙЕР», ЗАО «САНОФИ АВЕНТИС «, ООО «ШТАДА МАРКЕТИНГ», «ФАРМ СИНТЕЗ», «БЕЗЕН Хелскеа», НПФ«МАТЕРИА МЕДИКА», ЗАО ЦСМ «МЕДИКОР», «БИОНОРИКА СЕ», «КОЛОПЛАСТ», ЗАО«ГЛАКСОСМИТКЛЯЙН», ООО «ЗАМБОН ФАРМА», АО «ЭЛИ ЛИЛЛИ Восток СА», «АКРИХИН», «ОЛИМПУС», НПО«ПЕТРОВАКС», «РАНБАКСИ Лабораториз Лимитед», ООО «РОТТАФАРМ–МАДЕУС», ООО «ШАГ», ООО «ГРИНВУД», ООО «ГРАМИНЕКС-ФАРМА», Фармацевтическая фабрика «МОНТАВИТ» Гез.м.б.Х, ООО«НПП «ФАРМАКЛОН».

Информационные спонсоры: ДЗМ «МОСГОРЗДРАВ.РУ», ООО «Издательский дом «МЕДИА МЕДИКА», журнал «РЕМЕДИУМ», газета «МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК», журнал «ФАРМАТЕКА», журнал «УРОЛОГИЯ».

Информационная поддержка осуществлялась: «Доктор.ру», «ИВРАЧ», «Кто есть кто», «Лечащий врач», Медицинский Алфавит», «Поликлиника», «РМЖ», «Терра Медика», «Трудный Пациент», «Фарос+».

Опубликован Юбилейный сборник научных статей.

НОМИНАЦИИ:

На конференции награждались лучшие врачи и специалисты города:

1. За выдающийся личный вклад в развитие урологии и подготовку урологических кадров для Москвы и России

Лоран Олег Борисович, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАМН, заведующий кафедрой урологии и оперативной андрологии РМАПО.

2. За большой личный вклад в развитие эндоурологии и подготовку урологических кадров

Теодорович Олег Валентинович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой эндоскопической урологии РМАПО.

3. За многолетнее добросовестное служение специальности, за вклад в организацию и развитие урологической службы Москвы

Ходырева Любовь Алексеевна, д.м.н., заведующая организационно-методическим отделом по урологии Департамента здравоохранения г. Москвы, врач-уролог высшей категории. В профессии с 1989 г.

4. За многолетнее добросовестное служение специальности

Борисик Владимир Иванович, врач-уролог высшей категории, к.м.н., заслуженный врач РФ. В профессии с 1981 г.

5. За многолетнее добросовестное служение специальности

Самигулин Владимир Иванович, главный внештатный уролог Департамента здравоохранения г. Москвы Северного административного округа, заведующий урологическим отделением ГБУЗ ГП 62 ДЗМ, врач-уролог высшей категории. В профессии с 1981 г.

6. За вклад в практическую амбулаторно-поликлиническую службу г. Москвы

Соловьев Владимир Викторович, врач-уролог высшей категории городской поликлиники № 68, к.м.н., в профессии с 1988 г. С 2001 г. является главным окружным урологом ДЗМ ЦАО г. Москвы.

Содружество специалистов смежных дисциплин на благо больному

В период 19–21 марта в Москве прошел VII Международный форум дерматовенерологов и косметологов под эгидой «Традиции и инновации медицины XXI века»

К.И. ЗАБИРОВ ,
заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, врач уролог центрального отдела специализированной медицинской помощи МНПЦДК

В своем приветственном слове министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова отметила знаковую роль в проведении форума в Российской столице, где бережно хранятся и развиваются глубокие научные и образовательные традиции, заложенные нашими учителями. Министр здравоохранения Москвы, руководитель Департамента здравоохранения (ДЗ) г. Москвы Г.Н. Голухов в своем выступлении уделил большое внимание проведению ряда организационных реформ и инвестиций, направленных, прежде всего, на улучшение здоровья и благополучия населения, повышения качества его жизни.

На открытии форума председатель организационного комитета, главный дерматовенеролог-косметолог ДЗ г. Москвы, директор Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, профессор Н.Н. Потекаев обратил особое внимание на участие в нем представителей смежных отраслей медицины, консолидация которых обеспечивает наибольшую эффективность лечебного процесса.

Впервые проводимая на форуме урологическая секция была представлена ведущими специалистами профессорами урологами, дерматовенерологами медицинских вузов столицы. Председатель урологической секции форума главный специалист уролог ДЗ г. Москвы, заведующий кафедры урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины ФГОУ ВПО МГУ им. М.В. Ломоносова, член–корр. РАМН, профессор А.А. Камалов в приветственном слове отметил большое значение преемственности специалистов пограничных дисциплин в лечебно-диагностическом процессе, что в большей степени относится к специалистам урологического и дерматовенерологического профилей при лечении воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы и их осложнений.

В презентации профессора кафедры дерматовенерологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, главного научного сотрудника МНПЦДК В.И. Кисиной основное внимание было уделено этиологической роли ИППП в воспалительных заболеваниях мочеполовых органов, особенностях их диагностики, лечения и профилактики с использованием новейших высокотехнологичных методик. Особое внимание в докладе было уделено осложнениям воспалительных процессов мочеполовых органов мужчин и значению специалистов урологического профиля в совместном и своевременном лечении данной категории больных и предупреждении возможных гнойно-деструктивных изменений репродуктивных органов мужчин.

Еще в начале прошлого столетия руководителями урологических клиник России Б.Н. Хольцовым, Р.М. Фронштейном совместно с дерматовенерологами были разработаны основные принципы диагностики и терапии ряда пограничных заболеваний, таких как простатит, уретрит, гонорея и ее осложнения с использованием инвазивных методик и эндоскопических вмешательств.

Профессор ФГБУ НИИ урологии МЗ РФ В.В. Евдокимов, который многие годы работал в тесном сотрудничестве со специалистами дерматовенерологического профиля по проблемам ИППП, на прекрасно иллюстрированной презентации продемонстрировал особенности нарушения сперматогенеза и характерные при этом изменения структуры и подвижности сперматозоидов в зависимости от этиологического фактора воспалительного процесса репродуктивных органов мужчин. Особый интерес представили разработанные им совместно со специалистами дерматовенерологами оригинальные схемы дифференциальной диагностики этапности в развитии нарушений сперматогенеза на электронно-микроскопическом уровне, которые легли в основу одной из глав диссертационной работы врача дерматовенеролога в 2003 г. на соискание ученой степени доктора медицинских наук.

Следующая презентация была представлена д.м.н, доцентом кафедры урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины ФГОУ ВПО МГУ им. М.В. Ломоносова Л.А. Ходыревой и к.м.н. А.А. Дударевой на актуальную урологическую тему воспалительных заболеваний и неоплазии предстательной железы.

Представлены данные по изучению активности транскрипционных факторов в условиях микоплазменной инфекции при хроническом простатите. При этом одним из предварительных аспектов был хронический воспалительный процесс предстательной железы как фон для развития неоплазий, метаплазий, дисплазий и возможно новообразований.

Презентация урологов центрального отдела специализированной медицинской помощи Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗ г. Москвы профессора К.И. Забирова, к.м.н. В.Ю. Мусакова, к.м.н. В.И. Борисика на тему «Современные аспекты проблемы баланопостита» началась с демонстрации глубоких исторических корней данного заболевания у многих народов мира, о чем свидетельствуют библейские писания и исторические памятники древних цивилизаций в виде наскальных изображений медицинских вмешательств на наружных половых органах мужчин. Баланопостит как дерматит полового члена является одним из немногих заболеваний, лечение которого в равной степени относится как к компетенции дерматовенеролога, так и уролога. В докладе были подробно освещены вопросы консервативной терапии, показаний к оперативному лечению, а также дифференциальной диагностике онкологической и системной форм заболевания.

Презентация А.В. Зайцева, профессора кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, возглавляемой заслуженным деятелем науки РФ, главным урологом МЗ и СР, профессором Д.Ю. Пушкарем, была посвящена решению вопросов на стыке смежных дисциплин в лечении инфекций мочевыводящих путей, нарушений акта мочеиспускания (синдрома нижних мочевых путей), различных форм недержания мочи и цистита у женщин.

Профессор А.В. Зайцев стоял у истоков развития отечественной урогинекологической школы, организованной и руководимой профессором Д.В. Каном, а далее и по настоящие время – профессором, член-корр. РАМН О.Б. Лораном. В своем докладе автор проводит этиологическую взаимосвязь ряда воспалительных процессов органов репродуктивной системы женщин с ИППП.

С большим интересом был заслушан доклад профессора кафедры дерматовенерологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова М.А. Гомберга и к.м.н. В.П. Ковалыка на актуальную тему диагностики и лечения хронического простатита. Докладчики на большом клиническом материале показали роль ИППП как значимой составляющей инфекционного фенотипа хронического простатита — синдрома хронической тазовой боли.

После представленных презентаций в зале, где присутствовали специалисты смежных дисциплин: урологи, гинекологи, дерматовенерологи, началась оживленная дискуссия. Докладчики ответили на ряд вопросов, касающихся согласованного подхода специалистов смежных дисциплин к диагностике, лечению и профилактике ряда пограничных заболеваний.

Подводя итог проведенной работе урологической секции VII Международного форума дерматовенерологов и косметологов, хочется с чувством профессионального удовлетворения и гордости за выбранную специальность пожелать подрастающему поколению врачей-клиницистов с первых шагов своей лечебной деятельности делиться своими профессиональными знаниями, уважать мнение коллег при решении актуальных вопросов лечебной тактики на стыке смежных дисциплин.

«...»

Тема представленной презентации урологов К.И. Забирова, В.Ю. Мусакова и В.И. Борисика – «Современные аспекты проблемы баланопостита»

«...»

В.В. Евдокимов представил доклад, посвященный особенностям нарушения сперматогенеза в зависимости от этиологического фактора воспалительного процесса репродуктивных органов

Николай Олегович Миланов – добрая память, благодарность и признание

Основные этапы жизненного пути академика Н.О. Миланова

Николай Олегович родился 4 марта 1950 г. в Москве, в семье журналистов. В 1973 г. окончил Первый московский медицинский институт им. И.М. Сеченова. В 1979 г. защитил кандидатскую диссертацию, а в 1984 г. – докторскую. В 1989 г. получил звание профессора. С 1997 г.— член-корр. РАМН, с 2000 г.— действительный член РАМН. С 2000 по 2006 г.— член бюро ОКМ РАМН, а с 2006 г.— член президиума РАМН. С 2007 по 2009 г. Николай Олегович был заместителем председателя Экспертного совета ВАК по медицинским наукам и председателем Экспертной комиссии ВАК по хирургическим наукам. С 2010 г. являлся председателем Экспертного Совета ВАК по хирургическим наукам. В период 1986–1988 гг. Н.О. Миланов возглавлял отделение плановой микрохирургии НЦХ РАМН. С 1988 по 2009 г.— руководитель отдела пластической и реконструктивной микрохирургии ВНЦХ АМН. Одновременно с этим с 1991 по 2009 г. являлся заместителем директора РНЦХ РАМН по научной работе. С 2009 по 2013 г. занимал должность заведующего отделением пластической и челюстно-лицевой хирургии ФГБУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН. В 2002 г. Н.О. Миланов возглавил кафедру госпитальной хирургии № 1 ММА им. И.М. Сеченова, а с 2011 г. стал заведующим кафедрой пластической хирургии ГБОУ ВПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

За время своей трудовой и научной деятельности Н.О. Миланов получил множество наград. Некоторые из них: Государственная премия СССР за разработку проблемы микрохирургической реплантации пальцев и кисти при их травматической ампутации (1982); Премия Правительства РФ за работу «Микрохирургическая аутотрансплантация органов и тканей в лечении и реабилитации онкологических больных» (1996); Премия «Признание» за выполненную впервые в мире трансплантацию реваскуляризированной трахеи (2008); награжден Орденом Дружбы Народов и Орденом «Знак Почета».

Благодаря его усилиям в нашей стране была создана Общероссийская общественная организация «Российское общество пластических реконструктивных и эстетических хирургов» (ОПРЭХ), президентом которого он являлся до конца своих дней.

Н.О. Миланов — один из самых авторитетных экспертов в эстетической и пластической хирургии. С 2009 г. он являлся главным внештатным специалистом пластическим хирургом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

17 февраля на 64-м году скоропостижно оборвалась жизнь выдающегося хирурга и ученого, академика Н.О. Миланова. Своими воспоминаниями о ведущем российском специалисте в области пластической и реконструктивной хирургии с корреспондентом газеты Александром Рыловым поделились заместитель главного врача по пластической хирургии медицинского центра «К+31», профессор кафедры пластической хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, профессор Р.Т. Адамян и заведующий кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, главный уролог ДЗ г. Москвы, член-корреспондент РАН, профессор А.А. Камалов.

— Рубен Татевосович, сколько лет Вы знали академика Н.О. Миланова?

— Всего мы бы были знакомы 31 год. Еще школьником я выбрал профессию хирурга. А когда начал учиться в Ереванском медицинском институте, моей мечтой стала микрохирургия, ставшая благодаря многочисленным публикациям в СМИ, воистину легендарной в Советском Союзе 1970–80-х гг. И ведь это были, действительно, огромные успехи советской медицины! Я говорю о первых успешных реплантациях в СССР пальцев кисти руки и целой кисти на уровне лучезапястного сустава, пересадке пальцев стопы на кисть, реплантации ног при «колесной ампутации» и других уникальных микрохирургических вмешательствах. Но в институте, где я тогда учился, с каждого курса для специализации в хирургии оставляли лишь несколько студентов. А самое главное — микрохирургии можно было научиться только в Москве. Но я был старательным студентом, у меня были спортивные достижения, и это помогло мне при переводе для продолжения обучения в столицу. Так, в 1981 г. я стал студентом I ММИ им. И.М. Сеченова. Уже вскоре я начал заниматься в студенческом кружке по хирургии и работать медбратом в отделении микрохирургии сосудов ВНИИКЭХ, где Николай Олегович Миланов занимал должность старшего научного сотрудника. В те годы он был уже кандидатом медицинских наук и лауреатом Государственной премии СССР. Так я познакомился с моим учителем в хирургии.

Напомню, что отделение микрохирургии вместе с отделением экстренной микрохирургии входили тогда в отдел микрохирургии. Он был создан по указанию академика Б.В. Петровского крупным отечественным хирургом, профессором В.С. Крыловым на базе первой в стране лаборатории по микрососудистой хирургии, появившейся в 1973 г. В отделе микрохирургии тогда, кроме Н.О. Миланова, работали Р.С. Акчурин, Г.А. Степанов, А.М. Боровиков, Е.И. Трофимов, К.Г. Абалмасов и др. Например, Ренат Сулейманович Акчурин стал известным кардиохирургом, академиком РАН и РАМН. Это была очень сильная команда, но в ней именно Н. О. Миланов был «локомотивом» многих начинаний, он предложил ряд инноваций, и ему не было равных в мастерстве «хирургического рукоделия». Поэтому после того, как В.С. Крылов ушел на пенсию, продолжателем дела микрохирургии в нашей стране стал Н.О. Миланов.

— Когда вы познакомились, разница в возрасте между вами была не так уж велика?

— Николай Олегович был старше меня на 10 лет. Это не так много, люди с подобным возрастным различием нередко становятся друзьями. Но он всегда был для меня учителем, заботливым, чутким, терпеливым и вместе с тем требовательным и бескомпромиссным во всем, что относилось к нашему общему делу. А я был его учеником. И эта дистанция сохранялась все время, что мы работали вместе уже как коллеги, начиная с 1988 г. Я стал тогда младшим научным сотрудником отдела микрохирургии ВНЦХ АМН СССР, возглавляемым Н.О. Милановым. Такими же остались наши отношения и в последние 15 лет его жизни, когда я был его заместителем на посту руководителя отделения пластической и челюстно-лицевой хирургии РНЦХ им. Б.В. Петровского РАМН, защитил под его руководством кандидатскую и докторскую диссертации, стал профессором, был соавтором многих его изобретений, оперировал вместе с ним сотни пациентов. Он был простым и легким в общении человеком, обладавшим замечательной способностью разрядить напряженность в отношениях доброй и меткой шуткой. Это был руководитель демократического типа, в любом коллективе, который он возглавлял, у него был непререкаемый авторитет. Н.О. Миланов стал общепризнанным лидером не в силу занимаемой должности, а потому, что предлагал самые верные и точные решения. А когда они реализовывались, брал на себя наиболее ответственную и трудную часть работы. Он трудился очень много, причем не только за своим рабочим столом, но и у стола операционного, а ведь хирурги работают стоя. И только люди, знавшие Николая Олеговича близко, так, как знал его я, понимали, как трудно ему приходилось: 20 лет назад в результате тяжелой болезни Н.О. Миланову пришлось перенести ампутацию ноги на уровне верхней трети бедра, с тех пор он пользовался протезом. Но за все годы, что я его знал, я не слышал от него жалоб, он не пытался вызвать сочувствие к себе, ни одна операция или другое дело не были отменены по этой причине. Как назвать эти душевные качества? Помните замечательную книгу Бориса Полевого «Повесть о настоящем человеке», посвященную советскому летчику Мересьеву, который был сбит в бою Великой Отечественной войны, потерял обе ноги, но продолжил летать? Убежден, что эти слова — настоящий человек — в полной мере относятся и к Николаю

Олеговичу Миланову! Таким он был в жизни и таким останется в нашей памяти.

— Какая из микрохирургических методик, разработанных Н.О. Милановым, кажется Вам наиболее яркой?

— Всего у Николая Олеговича было свыше 50 патентов на изобретения, и яркой, и полезной для больных была каждая из методик, которую он создал. Николай Олегович автором более 670 научных работ, посвященных различным вопросам восстановительной микрохирургии, пластической реконструктивной и эстетической хирургии. Им были написаны семь монографий и главы в пяти монографиях. Н.О. Миланов был одним из пионеров в решении проблем микрохирургии в нашей стране. Его главные научные интересы связаны с разработкой фундаментальных и прикладных аспектов пластической и реконструктивной микрохирургии. Исследования, проводимые им, легли в основу создания современной системы диагностики и хирургического лечения наиболее сложных острых травм конечностей, посттравматических состояний и ряда нозологических форм: облитерирующих заболеваний сосудов конечностей, острых и хронических местных лучевых повреждений, посттравматических и ятрогенных дефектов трахеи, посттравматических и воспалительных стриктур уретры и др. Он являлся автором и воплотителем стратегии внедрения микрохирургической аутотрансплантации свободных реваскуляризируемых и реиннервируемых тканей в различные хирургические направления, включая онкологию, челюстно-лицевую хирургию, урологию и т. д. Но я думаю, что читателям вашей газеты, прежде всего, будет интересен его вклад в урологическую практику. Успею рассказать лишь об одной из приоритетных методик, которую вместе с Н.О. Милановым мы разработали в 1990-х гг. Я говорю о создании функционально активного неофаллоса. В 2001 г. мы опубликовали работу, где описывался успешный опыт подобных операций уже у 96 пациентов. Так мы доказали возможность полной реабилитации мужчин с утратой полового члена методом, обеспечивающим надежные и предсказуемые результаты, получить которые другими известными способами невозможно.

— Рубен Татевосович, но ведь такие операции нужно делать совсем немногим пациентам?

— Вы ошибаетесь. Травматические ампутации полового члена на войне составляют до 8 % общего количества ранений органов мочеполовой системы. Злокачественные поражения полового члена в общем объеме раковых заболеваний у мужчин занимают 0,3–4,7 %. Причем если в европейской популяции пациентов такие опухоли относительно редки, то на других материках – это распространенное и опасное онкоурологическое заболевание. Что касается других болезней и травм, которые могут быть причиной поражений полового члена, приводящих к его вынужденной ампутации, то, например мы оперировали больных с некрозом этой части тела на фоне геморрагического васкулита, электроожога и других расстройств. Если же обратиться к пациентам с ядерной формой транссексуализма, которым фалло- и уретропластика выполняются в ходе хирургической смены анатомически женского пола на мужской, то нельзя забывать о том, что мы говорим о людях с очень высоким риском самоубийства, единственным способом снизить который становится операция.

— А вы были первыми, кто стал выполнять реконструктивно-пластические операции для таких больных?

— Нет, но у тех хирургических технологий, которые уже применялись, было много недостатков. Например, реконструкции путем многоэтапного перемещения стебельчатого лоскута длительны и очень сложны. Плохо и то, что созданный таким образом неофаллос не обладает чувствительностью и магистральным кровообращением, а потому часто лечение заканчивается некрозом тканей. Фаллопластика методами микрохирургической аутотрансплантации лоскутов с предплечья не позволяет создать ригидный неофаллос, способный без эндопротезирования к интроекции. А если включить в состав аутотрансплантата костные фрагменты, то они резорбируются. К тому же забор крупного лоскута на предплечье — это калечащая операция.

— Какой же способ предложили вы?

— Мы выполняли фаллопластику методом микрохирургической аутотрансплантации реваскуляризированного и реиннервированного торакодорсального аутотрансплантата. Особенности данной методики у пациентов с культей полового члена заключаются в интеграции мышечной порции неофаллоса с остатками пещеристых тел полового члена. Уретропластику мы выполняем вторым этапом с использованием лучевого микрохирургического аутотрансплантата. До момента уретропластики, мочеиспускание пациент осуществляет естественным путем через культю уретры, выведенную у основания полового члена. Реваскуляризацию аутотрансплантатов мы выполняем путем анастомозирования нижних глубоких эпигастральных артерии и вены с артерией и веной сосудистой ножки аутотрансплантата. С целью двигательной реиннервации мы соединяем двигательный нерв трансплантата с двигательной же ветвью одного из нервов бедра.

— И эта методика, действительно, возвращает пациенту мужское здоровье?

— Безусловно. Расскажу о том, как сложилась после операции судьба пациента 19 лет, у которого ампутация выполнялась из-за гангрены полового члена, причиной которой был васкулит. Этот молодой человек полюбил девушку, согласившуюся стать его женой. Они пригласили Николая Олеговича и меня на свадьбу. Через несколько лет после операции у них родился ребенок. Однажды в город, где они жили, приехал Д.А. Медведев, бывший тогда президентом нашей страны. Во время одной из его встреч с горожанами мать этого юноши рассказала Дмитрию Анатольевичу о том, как московские хирурги помогли ее сыну найти свое семейное счастье, а этой женщине — увидеть внуков. Президент России тогда понял радость матери нашего пациента и обещал выполнить ее просьбу — передать благодарность врачам, вылечившим ее сына.

— Армаис Альбертович, когда и как вы познакомились с академиком Н.О. Милановым?

— Это произошло 8 лет назад, когда академики РАМН Н.А. Лопаткин и Н.О. Миланов подписали межинститутский договор о сотрудничестве между НИИ урологии МЗ РФ и РНЦХ, который стал основой для широкого внедрения микрохирургических методов в реконструктивную и восстановительную урологию. Скажу без преувеличения, что подобные инновации стали настоящим глотком свежего воздуха в нашем направлении медицины. В то же время подчеркну, что работы в этом направлении активно шли и до подписания этого договора. Еще в 1995 г. Н.О. Миланов и Т.Д. Адамян внедрили методы фалло- и уретропластики.

— То есть, Николай Олегович был не только разносторонним хирургом, но и ученым?

— Конечно! И очень важно то, что Николай Олегович не внедрял в практику нашего здравоохранения созданные на западе инновации, а как первопроходец шел по целине и созданные им микрохирургические методики были совершенно приоритетными. Уже в 2010-х гг., когда мы представляли наши совместные материалы на российских и зарубежных конгрессах, это было неожиданностью для многих хирургов. Примером может служить мой доклад в Тель-Авиве на конференции «Дни Москвы в Израиле» о возможностях микрохирургии в урологии. Зарубежные коллеги с интересом восприняли наши выступления, но посетовали, что эти методики едва ли помогут их пациентам, поскольку в стране нет клиник, где бы могли выполняться такие вмешательства. Каждой операции по новой методике Н.О. Миланова предшествовали продуманные и спланированные им серьезнейшие экспериментальные работы, для которых требовались глубокие познания в клинических и фундаментальных медицинских дисциплинах. Он был не только хирургом и ученым, но и организатором науки. Под руководством академика Миланова сформировалась научная школа микрохирургов: более 40 докторов и кандидатов наук защитили свои работы. Благодаря его инициативе и большому труду, в 2009 г. пластическая хирургия была узаконена в России как официальная медицинская специальность.

— Не могли бы пояснить на каком-то примере, что изменилось в лечении урологических заболеваний благодаря микрохирургическим методам?

— Одна из сложнейших проблем в урологии — это оперативное лечение протяженных стриктур уретры. Здесь очень часто случались рецидивы, нередки были и безуспешные исходы операций, когда не восстанавливались ни самостоятельное мочеиспускание, ни эректильная функция. Думаю, не надо объяснять, насколько снижалось тогда качество жизни мужчины, вынужденного на всю жизнь оставаться с дренажным катетером. Причина была в недостатке эффективного пластического материала. Использовали, например, местные и синтетические ткани, трупную уретру, влагалищную оболочку яичка. А из них было очень трудно сформировать нормально функционирующую уретру. Эту задачу удалось решить путем формирования неоуретры с использованием кожного лучевого лоскута на сосудистой ножке. За счет присоединения этой ножки микрососудистыми методами, а именно наложением под микроскопом специального шва между ней и кровеносными сосудами из окружающих тканей — восстанавливается кровоснабжение в артифициальной уретре. Фактически была предложена новая концепция таких операций. Многолетние наблюдения за оперированными пациентами показали успешность таких операций, а мы выполнили вместе с Николаем Олеговичем десятки таких вмешательств.

— Каким останется в Вашей памяти академик Н.О. Миланов?

— Это был очень чуткий к окружающим человек, внимательно относящийся к любой просьбе, будь она личной или связанной с совместной работой. Я никогда не забуду его открытости и постоянной поддержки, которую получал от него. Будучи высокопорядочным, во всем естественным и правдивым человеком, он не признавал ничего искусственного, никакой лжи и недобросовестности в науке, лечебной практике, отношениях с коллегами и друзьями. И так было всю его жизнь. Знаете, как он пришел в хирургию? Еще на первых курсах медицинского института он вечерами и по выходным работал санитаром в операционном блоке Института скорой помощи им. Н.В. Склифософского! Он был трудоголиком, его работа была для него хобби. Жизнь Николая Олеговича оборвалась скоропостижно, абсолютно неожиданно, утром, когда он собирался на службу. Думается, такая нелепая смерть могла произойти потому, что он, отдавая все свои силы работе, всегда думал гораздо больше о ней и о здоровье своих больных, чем о своем собственном. После того, как из жизни уходит близкий человек, время постепенно уносит боль и тяжесть утраты и вместо них остается светлая память об ушедшем. Но если мы говорим о выдающемся человеке, а именно таким был Н.О. Миланов, то здесь останется и другое. И гордость за нашего соотечественника, который так высоко поднял знамя российской хирургической науки, и признательность замечательному врачу со стороны тысяч больных, которым он вернул здоровье, и благодарность от нас, его коллег и соратников, которых он вооружил новыми методами борьбы с болезнями, чтобы мы смогли успешно продолжить его дело.

СНМП – что это такое?

В последние годы в терминологию, использующуюся в урологии, вошло понятие «симптомы нижних мочевых путей» (СНМП). Насколько правомочно и оправданно использование именно этого термина? Насколько он отражает тот большой пласт урологических проблем, которые мы привыкли называть «расстройства, или нарушения, мочеиспускания»? А может, и скорее всего, не только урологических проблем?

З.К. ГАДЖИЕВА,
д.м.н., ведущий научный сотрудник НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Термин «симптомы нижних мочевых путей» (СНМП) перенесен в практику урологов прямым переводом из английского языка – Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS). Возможно, по мнению специалистов, предложивших этот термин, он должен включать куда более широкое понятие, нежели тот смысл, который вкладывается в название заболеваний, проявляющихся теми или иными нарушениями мочеиспускания. Хотя тот термин, к которому мы привыкли, а именно «расстройства, или нарушения, мочеиспускания» несет в себе аналогичный смысл.

Те или иные LUTS, так же как и те или иные расстройства мочеиспускания, могут быть проявлением совершенно разных заболеваний, выстраиваться в особенные синдромы, которые в свою очередь также могут быть проявлением разных патологических процессов в организме человека. Более того, они могут быть, и мы с вами должны это тоже понимать, проявлением не только, а иногда не сколько урологических заболеваний, а гинекологических, неврологических, эндокринологических и др. То есть использовать предложенный нам европейскими коллегами термин можем не только мы, урологи, но и многие другие специалисты.

Решение группы экспертов Европейской ассоциации урологов, участвовавших в создании и изменении рекомендаций по диагностике и лечению «симптомов нижних мочевых путей» у мужчин при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), стало оправданным ими следующим образом: «… В связи с тем, что пациенты ищут помощи по поводу СНМП, а не ДГПЖ, рекомендации по лечению, ориентированные на симптомы, являются более реалистичными и применимыми на практике в отношении разных клинических ситуаций, чем рекомендации, ориентированные на заболевание…» (EAU Guidelines 2011).

Мы прекрасно знаем, что у мужчин СНМП (расстройства мочеиспускания) чаще всего обусловлены механической обструкцией. Кроме того, они могут быть связаны с гиперактивностью гладкомышечных клеток в стенке мочевого пузыря, что приводит к постоянному или периодическому их гипертонусу.

В то время как механическая обструкция главным образом вызывает обструктивную симптоматику (симптомы опорожнения), гиперактивность объясняет симптомы наполнения. Более того, достаточно выраженные нарушения мочеиспускания могут встречаться и без существенной механической обструкции. У большинства пациентов расстройства мочеиспускания обусловлены как механическим, так и функциональным факторами.

Особое значение нарушения мочеиспускания приобретают у пациентов старших возрастных групп. Изменение демографической ситуации во всем мире и в нашей стране, характеризующееся увеличением числа лиц старшего возраста, выводит расстройства мочеиспускания в ряд первоочередных медицинских и социальных проблем. Одна из актуальных проблем климактерия у женщин — урогенитальные расстройства, связанные с атрофическими процессами, развивающимися в мочеполовом тракте в связи с прогрессирующим эстрогенным дефицитом. Специфичность женского организма обусловлена онтогенетической общностью мочевой и репродуктивной систем и их анатомо-функциональной взаимосвязью. Это создает предпосылки к обоюдному вовлечению органов мочеполовых путей в патологический процесс при различных гинекологических заболеваниях. Кроме того, нейрогенные нарушения, наличие неврологических заболеваний, ятрогенные факторы также могут стать причиной развития симптомов наполнения и/или опорожнения мочевого пузыря.

Таким образом, для установления окончательного правильного диагноза все пациенты с симптомами нижних мочевых путей должны пройти тщательное обследование. Только в этом случае можно добиться выявления истинной причины развития расстройств мочеиспускания, существенного улучшения симптоматики, а также улучшения качества жизни.

Клинический анализ расстройств мочеиспускания как у мужчин, так у женщин, достаточно сложен. Проблема расстройств акта мочеиспускания является пограничной, и в практической работе врачи различных специальностей (урологи, нефрологи, гинекологи, неврологи, нейрохирурги и др.) зачастую используют различную терминологию или вкладывают в одни и те же термины иной, «окрашенный» специальностью, смысл, что сказывается на толковании клинической картины, причин расстройств мочеиспускания и оценке эффективности лечения.

Обращение к вопросам терминологии расстройств мочеиспускания подчинено сугубо практической задаче – созданию предпосылок для сближения позиций врачей разных специальностей при описании и интерпретации клинической картины данных расстройств. Нарушения мочеиспускания формируются под влиянием многих факторов и зависят от состояния диуреза (полиурия, олигурия, никтурия, анурия), нарушений иннервации, наличия анатомических дефектов нижнего отдела мочевого тракта, воспаления, недостаточности биоэнергетики его гладких (детрузор, уретра) и поперечнополосатых (наружный уретральный сфинктер, тазовое дно) мышц, проходимости мочеиспускательного канала и др. При всем многообразии факторов, приводящих к нарушению основных функций (резервуарная и эвакуаторная) нижнего отдела мочевого тракта, они проявляются комбинацией достаточно однотипных симптомов – изменениями числа мочеиспусканий в течение суток (учащение, снижение), количества одномоментно выделенной мочи, нарушениями чувствительности мочевого пузыря, различными вариантами недержания или задержки мочи и пр.

Именно трактовка перечисленных симптомов подлежит уточнению. На появление тех или иных симптомов со стороны нижних мочевых путей может в т. ч. повлиять и прием различных медикаментозных препаратов.

Со времени появления и внедрения в нашу работу термина «СНМП» мнения о необходимости его использования расходятся. Зачем заменять привычный и более осознаваемый нами всеми термин «нарушения мочеиспускания»? Насколько они взаимозаменяемы? С точки зрения русского языка «СНМП» – термин нелогичный, т. к. мочевые пути, будучи внутренними органами, не могут иметь симптомы. Скорее речь идет о заболеваниях, синдромах, проявлениями которых могут быть изменения в нижних мочевых путях, которые (изменения) в свою очередь проявляются теми или иными симптомами.

> «…»
>
> ***Возможность использования нами термина СНМП оправдана необходимостью в общемировом урологическом сообществе создать базу печатных работ с единой терминологией***

Мы осознаем ошибочность такого словосочетания с позиции грамотности, но подсознательно вкладываем в предложенный термин правильное понимание его значения.

Скорее, возможность использования нами этого термина может быть оправдана необходимостью в общемировом урологическом сообществе создать базу печатных работ с единой терминологией, на основании чего в дальнейшем будет возможной оценка эпидемиологических данных по тем или иным заболеваниям и их проявлениям.

Вариантом сохранения грамотного построения и использования тех или иных терминов в русском языке и одновременно удовлетворения создания единой европейской (мировой) урологической печатной базы может стать возможность наряду с привычным нам термином «расстройства мочеиспускания» обязательное применение термина LUTS (СНМП) в абстрактах печатных работ, а также переводах полных текстов наших статей на английском языке.

на правах рекламы

Освещение темы рака на AUA

А.В. ЖИВОВ,
Руководитель клиники урологии Европейского Медицинского Центра, доцент кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

Приведены обзоры последних тематических лекций в рамках съезда Американской Урологической Ассоциации (AUA):

1. J. Shenfeld, Deputy Chief of Urology at Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New Yourk, NY, USA et al.: Testicular Cancer: Diagnosis and Management, 2013.

2. P.E. Spiess, Associate Professor, Dept. of GU Oncology, Moffitt Cancer Center at Tampa, FL, USA, Editor for Springer Publishing Group© et al.: Stage Specific Guidelines in the management for penile cancer: a case based approach, 2013.

Рак яичка

Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что в США ежегодно раком яичка заболевает около 8500 человек и 350 умирают от него (4,1 %). Эта злокачественная опухоль является самым распространенным злокачественным новообразованием у молодых мужчин в возрасте 15–34 лет, причем его распространенность/выявляемость выросла более чем вдвое за последние 40 лет. Повышенный риск заболевания имеется при крипторхизме, не только в неопустившемся, но и в нормально опустившемся яичке (5–10 %). Бесплодные и субфертильные мужчины имеют риск заболеть в 10–15 %. Братья больных имеют риск заболеть опухолями яичка на порядок выше, а сыновья в 4–6 раз. Герминогенные опухоли (ГО) составляют 96 %, в 2–3 % случаев опухоли имеют двухстороннюю локализацию. Интересно отметить, что до 40 % пациентов лечатся изначально по поводу орхоэпидидимита. В связи с этим, по определению, все плотные опухолевидные образования в паренхиме яичка должны считаться злокачественными, что влечет за собой безотлагательное проведение оперативного лечения — радикальной орхэктомии. Для несеминоматозных герминогенных опухолей (НСГО) характерно позднее выявление на метастатической стадии с худшим прогнозом выживаемости. При физикальном обследовании больных важно обращать внимание на наличие плотного образования в яичке, характерные УЗИ признаки (гипо- и гетероэхогенный, гиперваскуляризированный узел в паренхиме яичка), а также оценить места потенциальных метастазов (шея и надключичная область, поясничная область, гастроинтестинальные и неврологические симптомы, отек нижних конечностей). Сывороточные маркеры, как известно, включают в себя: альфа-фетопротеин (АФП), повышающийся при эмбриональных карциномах и опухолях желточного мешка и никогда при чистых семиномах; бета-хорионический гонадотропин (бета-ХГЧ), повышающийся при хориокарциномах и тератомах, редко (10 %) при семиномах и ЛДГ, характерно повышающийся при метастатических поражениях. В стадировании заболевания уровень биохимических маркеров определяют стадию S и прогноз заболевания. Ведущую роль в стадировании играет КТ (лимфоузлы забрюшинного пространства, таз, брюшная полость, легкие) и МРТ (головной мозг). Позитронно-эмисионная томография (ПЭТ) актуальна только при мониторинге реакции на химиотерапию семином, в остальных случаях диагностическая значимость не выше чем у КТ и МРТ. Радикальная орхэктомия, выполненная через паховый доступ — основной этап лечения и локального стадирования опухолей яичка. После радикальной орхэктомии на I стадии заболевания при отсутствии лимфоваскулярной инвазии и нормальных сывороточных маркерах возможно динамическое наблюдение с частотой отдаленного рецидива 15 %. В остальных случаях при НСГО рекомендуется проведение активного лечения, в первую очередь химиотерапии. По прежнему остаются актуальными использование схемы BEP (bleomycin, etoposide, cysplatine) или EP в качестве первой линии химиотерапии, от 1 до 4 циклов. Эффективность на стадии I выше 95 % и прогрессивно снижается до 40–70 % по мере увеличения стадии заболевания. При наличии резидуальных лимфоузлов размером более 1 см в диаметре показано выполнение операции ретроперитонеальной лимфодиссекции (RPLND), которая может сегодня выполняться как открыто, так и с использованием лапароскопической и роботической техники. При повторных рецидивах заболевания после данной операции возможно выполнение химиотерапии 2-й линии, включающей такие режимы, как VIP (винбластин, изофосфамид, цисплатина) и TIP (паклитаксел, изофосфамид, цисплатина) — 4 цикла. Химиотерапия должна выполняться не повсеместно, а в соответствии с показаниями, т. к. имеет место высокая токсичность, в т. ч. и в отдаленные сроки наблюдения. При возникновении рецидивов заболевания необходимо исключить тератому, которая устойчива к химиотерапии. Роль лучевой терапии ограничена лечением семиномы II стадии и рассматривается как альтернатива химиотерапии. Схемы наблюдения после различных вариантов лечения и течения заболевания варьируются, но обязательно включают в себя следующие тесты: физикальное обследование, определение биохимических маркеров, если они были повышены, УЗИ контрлатерального яичка, рентгенографию или КТ грудной клетки, КТ таза, брюшной полости и забрюшинного пространства, МРТ головного мозга по показаниям. В среднем контрольные исследования выполняются ежеквартально в первые 2 года наблюдения, на 3–5-м году каждые полгода и начиная с 6-го по 10-й год ежегодно.

Рак полового члена

Заболеваемость раком полового члена в США находится на уровне 1200–1300 новых случаев в год, а смертность — 300–320 случаев, т. е. примерно каждый 4-й вновь заболевший умирает от этого заболевания. Эта злокачественная опухоль встречается достаточно редко и составляет примерно 0,4–0,6 % всех злокачественных новообразований. В среднем в 80 % случаев рак полового члена считается излечимым. Преобладающим гистологическим типом опухоли является сквамозноклеточная карцинома, частота которой составляет более 95 %. Факторами риска и предраковыми состояниями являются кожный рог полового члена, бовиноидный папулез, эритроплазия Кейра, лихен-склероз, интраэпителиальная неоплазия Grade III, гигантские кондиломы (Buschke-Löwenstein), болезнь Бовена, болезнь Паджета. Диагностика заболевания основана на данных осмотра и физикального обследования. УЗИ используется для определения глубины инвазии опухоли в кавернозные тела полового члена. Для более точной диагностики интракавернозной инвазии используется МРТ на фоне фармакоиндуцированной эрекции. Этот метод исследования особенно важен при планировании органсохраняющего лечения. При пальпаторно неопределяемых паховых лимфоузлах использование визуализационных методов для диагностики микрометастазов мало информативно. КТ применяется для диагностики метастазов в лимфоузлы таза. При наличии пальпируемых тазовых лимфоузлов рекомендуется выполнять КТ брюшной полости и грудной клетки. Первичная биопсия опухоли показана при наличии сомнений в гистологическом типе выявленного поражения или когда планируется лечение местными средствами, с помощью лазера или лучевой терапии. Во всех остальных случаях при наличии очевидного новообразования выполняется хирургическая резекция полового члена с максимальным сохранением его длины и выполнение уретрокутанеостомии, при необходимости с кожным графтингом. Уровень резекции определяется визуально и не должен быть менее 10–15 мм от видимого края поражения. При резекции ближе 10 мм от края поражения вероятность микроэкстензии или позитивного края может достигать 50 % и выше. Для минимизации вероятности позитивного хирургического края рекомендовано выполнять гистологическое исследовние замороженных срезов. При непальпируемых паховых лимфоузлах важно оценивать риск метастазирования в них в зависимости от стадии первичной опухоли. По классификации Solsona выделяют 3 группы риска наличия микрометастазирования в паховые лимфоузлы:

- низкий риск pT1G1 (5–7 %);
- средний риск pT1G2–3 или pT2–3G1 (36,4 %)
- высокий риск pT2–3G2–3 (80 %).

Однако данная классификация, равно как и классификация Европейской Ассоциации Урологов имеет достаточно низкую прогностическую силу (площадь под кривой 0,63–0,7). В связи с этим более 30 лет назад Cabanas предложил концепцию сторожевого лимфоузла, а позже Horenblas и соавт. впервые применили эту концепцию при раке полового члена. Предоперационная инъекции комбинации ^{99m}Technetium меченной коллоидной серы и краски изосульфана синего позволили селективно выявлять лимфоузлы, подлежащие биопсии. Частота ложно-отрицательных результатов использования данной методики составила 18 %. Общая чувствительность метода составила всего 71 % (P. Spiess и соавт., 2007). Ультразвуковое исследование паховых лимфоузлов может увеличить точность биопсии сторожевых лимфоузлов (B. Hughes и соавт., 2008) и его выполнение признано в настоящее время обязательным этапом подготовки к такой биопсии.

При наличии незначительно увеличенных пальпируемых паховых лимфоузлов (без конгломератов) можно следовать концепции биопсии паховых лимфоузлов в соответствии с одной из 2 методик: игольчатой под ультразвуковым наведением или инцизионной. Традиционно перед выполнением биопсии пациентам назначают на 4–6 недель препараты группы цефалоспоринов 1-го или 2-го поколения с целью исключения неспецифического воспалительного процесса. Однако в последние годы данная подготовка ставится под сомнение в связи с высокой прогностической ценностью обоих методик биопсии (более 90 %) и высокой вероятностью задержки начала лечения. Другим недостатком игольчатой биопсии является риск обсеменения канала иглы. При выявлении по результатам биопсии метастазов в единичные лимфоузлы (pN1) возможно динамическое наблюдение при котором общая частота рецидивов достигает 22 % (J. Leitje и соавт., 2008). При множественных или двусторонних метастазах в паховые лимфоузлы (pN2), а также при метастазах в тазовые лимфоузлы (pN3), а также при ≥ 2 положительных лимфоузлах, выявленных при исследовании замороженных срезов или при отсроченной лимфаденэктомии и экстранодальном росте опухоли, показано выполнение одномоментной тазовой лимфаденэктомии. В дальнейшем обязательно следует проводить адъювантную лучевую терапию в сочетании с химиотерапией (химиолучевая терапия). Роль адъювантной химиотерапии обсуждается, хотя она обязательно должна выполняться при двустороннем поражении лимфоузлов, выявленном экстранодальном росте, поражении тазовых лимофоузлов и размерах пораженного лимфоузла более 4 см. Используется схема TIP: паклитаксел, изофосфамид и цисплатина в количестве 4 циклов. Неоадъювантная химитерапия аналогичными препаратами перед лимфодиссекцией показана при выявлении с помощью КТ или МРТ увеличенных тазовых лимоузлов, множественных позитивных лимфоузлов, по данным игольчатой или инцизионной биопсии, клиническом подозрении на экстранодальное распространение. Динамическое наблюдение после завершающего лечения проводится в течение 5 лет и сводится к регулярным врачебным осмотрам и самоконтролю. УЗИ, КТ, МРТ, контрольная биопсия выполняются по показаниям.

Зимние Олимпийские игры

Совсем недавно погас огонь XXII Зимних Олимпийских и XI Паралимпийских Игр в Сочи. Несмотря на неутешительные прогнозы и скептические комментарии завистников и недоброжелателей нашей страны, Россия смогла не только организовать зимние Олимпийские игры на высшем уровне, но и показать на них соответствующие результаты. В Сочи-2014 Россия побила не только свой собственный рекорд по общему количеству медалей, но и все рекорды, которые были установлены во времена Советского Союза

Наши Олимпийцы завоевали 33 медали и первое место в командном зачете, и рекордные 80 наград – 30 золотых, 28 серебряных и 22 бронзовые добыли Паралимпийцы за десять дней соревнований. Для обеспечения потребностей Олимпиады в Сочи на помощь местным специалистам прибыли 666 врачей из Краснодарского края, 222 специалиста из республики Татарстан и 380 – из Москвы. В составе столичных врачей посчастливилось поработать и урологам из 31 ГКБ г. Москвы: Б.Е. Осмоловскому и М.Г. Малярову.

Наша командировка началась задолго до открытия Игр и массового заезда спортсменов. Это время мы провели в подготовке будущего рабочего места. Так, нашим вторым домом на время проведения Игр стала медицинская клиника Олимпийской деревни Прибрежного кластера. Практически с начального этапа с нашим участием была развернута полноценная работа многопрофильной клиники для всех нуждающихся в специализированной помощи.

Во время подготовительного этапа все сотрудники активно участвовали в обустройстве своих кабинетов, самоотверженно помогая друг другу. Были отработаны четкие механизмы взаимодействия различных служб и подразделений на всех этапах оказания помощи, нацеленных на достижение поставленной задачи.

Слаженная работа всех медработников и руководства клиники позволила оперативно разрешать все возникающие ситуации во время проведения Игр. Результатом нашей работы остались очень довольны официальные представители МОК и НОК, а также руководство Министерства Здравоохранения РФ.

После удачного завершения Олимпийских Игр мы были приглашены на совещание с Министром здравоохранения РФ в Краевой больнице г. Сочи.

Сочинская Олимпиада продемонстрировала россиянам, как может и должна быть организована современная медицинская помощь. «Мы достигли лучших результатов в мире при проведении подобных мероприятий – машины приезжали в течение трех с половиной минут!» – заявила министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова на пресс-конференции, посвященной итогам медицинского обеспечения Олимпийских игр. По данным, которые привела министр, всего с 25 января за медпомощью обратились 8695 участников и гостей Олимпиады (не включая жителей Сочи), в т. ч. 381 спортсмен, из них 315 иностранных. В основном помощь оказывалась амбулаторно, госпитализированы были 577 человек, включая 16 иностранных спортсменов. Скорая помощь совершила 1055 выездов, санитарным вертолетом были эвакуированы шесть человек. У спортсменов диагностировали следующие виды травм: ушибы верхних и нижних конечностей, грудной клетки, травмы головы, сотрясения головного мозга, переломы (от фаланг пальцев до бедренной кости, ключицы). Наиболее тяжелые травмы – ушибы внутренних органов. У других аккредитованных на Олимпиаде граждан в основном фиксировались обострения различных хронических заболеваний, бытовые травмы, единичные случаи инфекционных заболеваний (в основном ОРВИ).

Российская фристайлистка Мария Комиссарова, получившая во время тренировки на трассе ски-кросса, перелом позвоночника, после операции в 8-й горбольнице Сочи была переведена в клинику в Мюнхене.

В местах соревнований было развернуто 38 медицинских пунктов и три консультативно-диагностических центра. А медицинские бригады (и в спорткомплексах, и на трассах) дислоцировались таким образом, чтобы

уже через полторы минуты после ЧП врачи могли оказаться рядом с пострадавшим. В целом госпитализация (в т. ч. и на вертолете) в подготовленный к приему пациентов стационар занимала 15–17 минут. А операция полностью обследованного пациента начиналась уже через 2–2,5 часа с момента инцидента.

По словам вице-губернатора Краснодарского края по социальным вопросам Галины Золиной, высокую оценку организации медпомощи дали в МОК. «Наша медицинская сборная в отличие от хоккейной отработала по полной и до конца». Существенно изменился к Олимпиаде и уровень городского здравоохранения. В полную боеготовность привели к Олимпиаде 35 городских медучреждений. Построены три крупные современные клиники — в Дагомысе, Красной Поляне и высокотехнологичный хирургический корпус в Сочи. Кроме того, в городских больницах начали применяться высокие технологии. Впрочем, как признала Скворцова, это «условно высокие технологии»: по всему миру они действуют уже десяток лет.

Но для Сочи – это серьезный прорыв. Так, накануне Олимпиады здесь были внедрены методики эндоваскулярных операций, способных сохранить жизнь людям с тяжелыми инфарктами, инсультами, сложными аневризмами сосудов головного мозга. В качестве примера министр привела отца хоккеиста Александра Овечкина, которому была экстренно проведена подобная операция. «Проблемы в здравоохранении накапливались десятилетиями, и решить их в одночасье невозможно… Но через несколько лет, уверяю вас, здравоохранение в нашей стране будет лучшим в мире, как сейчас уже в Сочи», — пообещала министр.

Зимние Олимпийские Игры в Сочи стали лучшими за все время проведения таких соревнований, заявил председатель Координационной комиссии Международного Олимпийского комитета Жан-Клод Килли. Глава Международного Паралимпийского комитета Филипп Крэйвен также высокого оценил уровень организации соревнований в Сочи и особо выделил волонтеров, медицинских сотрудников и обычных россиян, с которыми ему довелось пообщаться. «Мы получили особенное удовольствие, общаясь с россиянами. На стадионах всегда было огромное число зрителей. Также хотел бы отметить волонтеров, которые потрясающе делали свою работу. Все люди в Сочи были просто замечательные. Меня также потрясла эстафета олимпийского огня — это было нечто выдающееся»,— сказал он. «Спасибо, россияне!» — добавил Крэйвен по-русски.

Мероприятия подобного масштаба и уровня проведения на всю жизнь остаются в памяти участников, организаторов и болельщиков. И мы с коллегами тоже долго будем вспоминать триумфальную Победу нашей страны на Сочинской Олимпиаде, участниками которой мы по праву можем считать и себя.

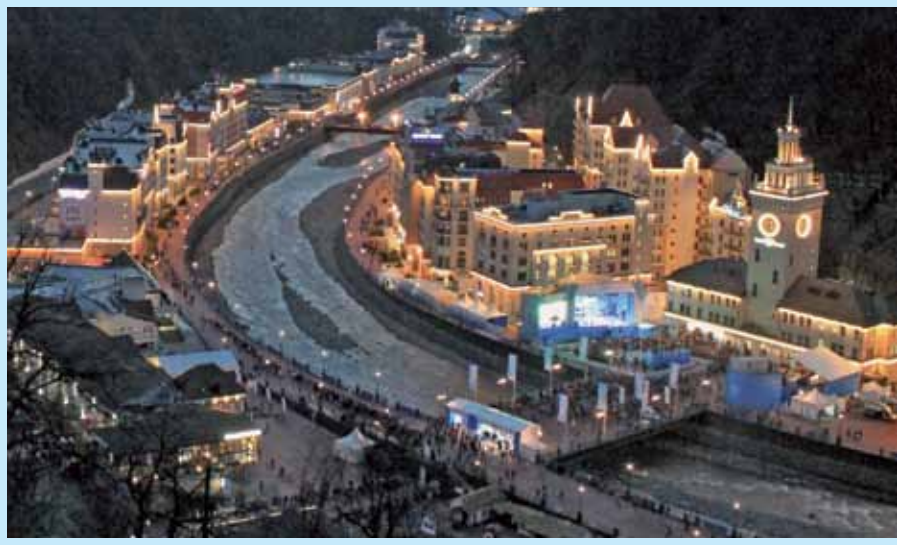
Паралимпиада в Сочи

В.А. ТЕРЕЩЕНКО,
врач-уролог ГБУЗ «ГКБ № 67 ДЗМ»

Нашей стране выпала огромная честь проводить XXII Олимпийские и XI Паралимпийские зимние игры в городе Сочи. Россия проделала колоссальную работу по проведению Паралимпийских игр, как страна, принимающая их, и мы все — граждане своей страны, несли за это определенную ответственность. Место проведения игр полностью соответствовало нормативам и требованиям, так как людям с ограниченными возможностями требуется так называемая безбарьерная среда. Поликлиники и стационары были укомплектованы высоко технологичным оборудованием и специалистами высокого уровня. Я могу с гордостью сказать, что спортсмены, врачи, строители и люди других специальностей нашей великой страны, справились со всеми поставленными задачами. Медицинская служба на Параолимпиаде делилась на два кластера — горный и прибрежный, в каждом из них была поликлиника, в которой было представлено более 15 врачебных специальностей. Мне повезло работать в горном кластере. По прибытию в Сочи, каждому сотруднику было предоставлено все необходимое для работы, начиная от медицинских халатов и инструментов для работы с пациентами (фонендоскопы, отоскопы, тонометры и т.д.), до таких вещей, как горнолыжный костюм. Поликлиника горного кластера находилась на высоте 2 320 метров над уровнем моря. Продолжительность рабочего дня для узких специалистов была по графику с 07-00 до 23-00 через сутки. Поликлиника обслуживала всех желающих в любое время суток. В случае необходимости экстренной неотложной помощи, в поликлиники всегда дежурила бригада скорой помощи, которая могла доставить тяжелых больных в городской стационар. Техническое оснащение поликлиники было по последнему слову техники, включая магнитно-резонансную томографию, компьютерную томография, которые были доступны для пациентов в любое время суток. Большинство обращений пациентов было связано с различными травмами. К врачу-урологу обращались пациенты с воспалительными заболеваниями мочевых путей и подозрением на травму почки. За время Паралимпиады мной было госпитализировано 5 пациентов с мочекаменной болезнью, из них у 4 был диагностирован острый обструктивный пиелонефрит и у 1 некупируемая почечная колика, требующие экстренной помощи в условиях урологического стационара.

В нашей стране проблема людей с ограниченными возможностями очень актуальна. Но мне кажется, что это люди не с ограниченными физическими возможностями, а люди с расширенными потребностями, им нужно чуть больше, чем нам, что бы чувствовать себя адаптированным к окружающим условиям. Когда я ехал на игры, мой опыт общения с люди с ограниченными возможностями был весьма скудным, а со спортсменами тем более. Моему уважению, восторгу и удивлению не было предела, когда я соприкоснулся с этими людьми. Они обладают глубоким чувством долга и ответственности, отменным чувством юмора, целеустремлённостью, а их силе духа можно только позавидовать. Это очень ярко проявлялось при общении со спортсменами из других сборных (участие в играх принимало 45 стран), полностью отсутствовал барьер общения. Волонтеры трудились не покладая рук, помогали не только туристам, спортсменам, но и врачам с пациентами. Врачи зарубежных сборных команд высоко оценили профессионализм российских врачей.

Командировка на Паралимпийские зимние игры — это одно из самых незабываемых событий в моей жизни. Я приобрел большой круг знакомых, получил массу незабываемых впечатлений. Гордость за свою страну меня до сих пор переполняет. Во время закрытия игр в моем сердце, так же, как и у моих коллег как будто что-то оборвалось. Пришло осознание, что это история, а она, как мы все знаем, не имеет сослагательного наклонения, и нам повезло стать частью ее.



Таргетная терапия метастатического рака почек

В конце осени прошлого года в доступном для российских пациентов перечне таргетных препаратов для лечения метастатического почечно-клеточного рака (мПКР) появился новый препарат Инлита® (акситиниб, производитель компания Пфайзер). О современной стратегии таргетной терапии мПКР корреспонденту газеты Александру Рылову рассказывает заведующий клиникой урологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина, профессор В.Б. Матвеев.

— Насколько распространенным сегодня является рак почки?

— Частота встречаемости этого заболевания составляет около 4 % всех злокачественных новообразований. По скорости прироста среди других онкологических заболеваний рак почки уступает только раку предстательной железы. Ежегодно в мире регистрируется более 200 тыс. новых случаев заболевания, в России — примерно 17 тыс. Каждый год в нашей стране умирают около половины пациентов с раком почки, всего же 7–8 тыс. человек. Средний возраст выявления этого заболевания составляет 60–61 год, и на момент установления диагноза у каждого 4-го больного уже есть метастазы. Пятилетняя выживаемость для всех стадий рака почки составляет 60–65 %, однако этот показатель приближается к 100 % для пациентов, если рак был обнаружен на 1–2-й стадиях и была выполнена своевременная и качественная хирургическая операция.

— Как лечится этот рак?

— На начальных стадиях рака почки используют только хирургическое лечение, причем во многих подобных случаях достаточной оказывается резекция части почки с сохранением функций органа. Что же касается распространенных стадий ПКР, то здесь роль таргетных препаратов относительно более высока, чем в случаях многих других злокачественных новообразований. Дело в том, что традиционная химиотерапия при раке почке неэффективна. В раковых клетках при почечных опухолях значительно усиливается экспрессия гена, продуцирующего белок, ответственный за выведение с мочой цитотоксических препаратов. В результате клетки опухоли становятся устойчивыми к химиотерапии.

— Как проводится таргетная терапия мПКР?

— В 2005 г. появился первый таргетный препарат для борьбы с этим заболеванием. С тех пор последовательное применение таргетных препаратов стало стандартным и основным подходом к лечению пациентов с мПКР. Всего сегодня применяется семь подобных лекарств: сорафениб, сунитиниб, темсиролимус, эверолимус, бевацизумаб, пазопаниб, акситиниб. Они относятся к трем группам: ингибиторы фермента тирозинкиназы (ИТК); ингибиторы мишени рапамицина млекопитающих, фермента mTOR (mammalian target of rapamycin), т.е. протеинкиназы, отвечающей за фосфорилирование белков; наконец, это антитела к сосудистому эндотелиальному фактору роста. На основе многочисленных клинических исследований (КИ) считается доказанным, что комбинация вышеуказанных препаратов не применима, являясь не более эффективной, чем монотерапия одним препаратом, и чревата серьезными побочными эффектами. Поэтому в каждой линии применяется только один препарат. Последним в арсенале препаратов для лечения мПКР появился акситиниб, ингибитор тирозинкиназы. Для российских пациентов этот препарат стал доступным, начиная с сентября 2013 г., когда он был зарегистрирован для терапии мПКР во 2-й линии.

— И все же, несмотря на столь внушительный набор высокотехнологичных препаратов, вылечить этот рак пока невозможно?

— Напомню, что метастатический рак почки, который раньше считали абсолютно некурабельным, сейчас можно рассматривать как хроническое заболевание, поддающееся лечению. Благодаря таргетной терапии средняя продолжительность жизни таких пациентов после постановки диагноза увеличилась с 1 года до 2 лет. И эти два года больные проводят не в онкологическом стационаре, прикованными к койке. Они живут дома, сами принимают препараты, т.к. большинство из перечисленных мною лекарств имеет пероральную форму, и сохраняют относительно достойное качество жизни.

— Расскажите, пожалуйста, о стандартах терапии 1-й линии

— Как указано в наиболее авторитетных сегодня рекомендациях европейских и американских сообществ онкологов-химиотерапевтов (ESMO — European Society for Medical Oncology и NCCN — National Comprehensive Cancer Network), терапия 1-й линии при мПКР зависит от прогноза указанного заболевания на основании т.н. классификации MSKCC — (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center). При мПКР хорошего и промежуточного прогноза назначают сунитиниб (с уровнем доказательности IA) либо бевацизумаб, или пазопаниб (IIA); а при плохом прогнозе — темсиролимус.

> «...»
>
> ***Последовательное назначение таргетных препаратов — стандартный и основной подход к лечению пациентов с мПКР с 2005 г.***

— Акситиниб представляет собой первый высокоселективный ингибитор тирозинкиназ VEGFR-1, VEGFR-2 и VEGFR-3, участвующих в механизмах патологического ангиогенеза, опухолевого роста и метастазирования. По сравнению с уже используемыми ИТК, например сунитинибом и сорафенибом, акситиниб обладает большей избирательностью связывания с рецепторами. Поэтому его называют ИТК второго поколения. С появлением таких препаратов у нас появились новые возможности контролировать рост почечно-клеточной карциномы. Это означает, что при правильном использовании этого лекарства онколог может рассчитывать на повышение эффективности терапии мПКР, улучшение качества жизни подобных больных и увеличение ее продолжительности. Согласно самым последним рекомендациям ESMO, во 2-й линии лечения мПКР назначается акситиниб (с уровнем доказательности IA) либо сорафениб (IA), или пазопаниб (IIA), если ранее в 1-й линии применялись цитокины в роли препаратов иммунной терапии; и акситиниб (с уровнем доказательности IA) или эверолимус (IIA), если в 1-й линии использовались ИТК.

— Сравнивали ли эффективность и переносимость акситиниба с другими таргетными препаратами, рекомендованными для 2-й линии терапии?

— Такие сравнения проводились, и они показали преимущества акситиниба. В КИ III фазы AXIS, проведенном с участием 723 больных мПКР и опубликованном в 2011 г., препарат Инлита® (акситиниб, производитель компания Пфайзер) показал более высокую эффективность лечения больных по сравнению с другим ИТК сорафенибом. Медиана выживаемости без прогрессирования у пациентов, получавших акситиниб, была на 43 % выше по сравнению с сорафенибом, соответственно 6,7 и 4,7 месяца.

> «...»
>
> ***В КИ III фазы AXIS, проведенном с участием 723 больных мПКР, препарат Инлита® (акситиниб, производитель компания Пфайзер) показал более высокую эффективность по сравнению с сорафенибом***

— Вы сказали, что недавно к препаратам 2-й линии лечения мПКР добавился акситиниб. Как это повлияло на успешность борьбы с данным злокачественным новообразованием?

«...»

По сравнению с уже используемыми ИТК, например сунитинибом и сорафенибом, акситиниб обладает большей избирательностью связывания с рецепторами

Медиана общей выживаемости в этих группах больных составила 20,1 и 19,2 месяца. То есть проявилась тенденция более выраженного действия акситиниба, хотя отличие по общей выживаемости было недостоверным, (что закономерно, т.к. после завершения участия в исследовании AXIS пациенты продолжали получать лечение в 3-й и далее линиях). Примечательно, что медиана выживаемости без прогрессирования у больных, получавших цитокины в 1-й линии, в группе акситиниба достигла более одного года, точнее 12,1 месяца по сравнению с 6,5 месяца в группе сорафениба. В целом длительный амбулаторный прием акситиниба характеризовался благоприятным профилем безопасности. Среди побочных эффектов этого препарата наблюдались гипертензия, диарея и слабость, поддающиеся лекарственному контролю. При применении сорафениба чаще наблюдались преимущественно такие побочные эффекты, как ладонно-подошвенный синдром. Сегодня считается доказанным, что в терапии мПКР противоопухолевые препараты оказываются значительно более эффективными, если у пациента развивается гипертензия, а именно повышение диастолического давления выше 90 мм. рт.ст.

— Значит, мы говорим о своеобразных предикторах эффективности?

— Верно, и хотел бы напомнить о результатах крупного КИ AXIS, в котором сравнивалась эффективность таргетных препаратов (акситиниба и сорафениба) в лечении пациентов с мПКР. Согласно многофакторному анализу, повышение диастолического артериального давления выше 90 мм рт.ст. или систолического артериального давления выше 140 мм рт.ст. явилось независимым предиктором общей выживаемости.

Так, показатели общей выживаемости у пациентов, получавших акситиниб, с повышением и без повышения диастолического давления выше 90 мм рт.ст. составили 20,7 и 12,9 месяца соответственно.

— Всеволод Борисович, как в зависимости от принадлежности препарата, использованного в 1-й линии терапии мПКР, к одной из трех групп таргетных лекарств подбирается препарат для 2-й линии?

— Если говорить о выборе препарата 2-й линии терапии мПКР, то онкоуролог сталкивается со сложным вопросом, четкий ответ на который даже самые последние рекомендации пока не дают. Назначать ли вслед за одним ИТК в 1-й линии (после того, как к нему развилась устойчивость) другой ИТК во 2-й линии или перейти на иную группу таргетных препаратов, например ингибиторов mTOR? Сегодня этот вопрос решается в пользу не только допустимости т.н. перехода TKI-TKI, иначе говоря, замены одного ИТК в 1-й линии на препарат той же группы во 2-й линии, но даже преимуществ такого перехода по сравнению со сменой механизма действия препарата. Во-первых, в специальных исследованиях было показано, что в процессе лечения метастатического рака перекрестная устойчивость между различными препаратами ИТК не развивается. Во-вторых, были проведены крупные ретроспективные КИ, доказавшие, что если в 1-й линии терапии мПКР назначался ингибитор тирозинкиназы, то применение во 2-й линии другого ИТК оказывалось более эффективным, чем ингибитора mTOR эверолимуса. Что же касается рандомизированных КИ по проблеме перехода TKI-TKI, то уже было проведено одно, где после использования ИТК в 1-й линии, сравнивали в качестве препарата 2-й линии ИТК сорафениб, а также ингибитор mTOR темсиролимус. Оказалось, что последовательное применение двух ИТК является более эффективным, чем замена на препарат с другим механизмом действия: в группе сорафениба было получено преимущество общей выживаемости.

— Какие препараты назначают в 3-й линии терапии мПКР?

— Согласно последним рекомендациям ESMO, здесь следует назначать только один препарат, причем независимо от того, что за лекарства использовались во 2-й линии. Это — эверолимус. Эффективность данного ингибитора mTOR в 3-й линии была подтверждена в КИ RECORD-1. Считаю такую рекомендацию правильной и обоснованной. Также и многие мои коллеги онкоурологи убеждены, что ингибиторы mTOR в плане общей стратегии борьбы с мПКР лучше зарезервировать на 3-ю и последующие линии лечения.

на правах рекламы

Препарат ИНЛИТА® (INLYTA) применяется для лечения распространенного почечно-клеточного рака (ПКР) при неэффективности одной предшествующей линии системной терапии.[1]

МЕСЯЦА

медиана ВБП* по сравнению с 4,7 мес на сорафенибе[2]

Благодаря превосходству в эффективности

ИНЛИТА® – НОВЫЙ СТАНДАРТ

2-й линии терапии распространенного ПКР[2-4]

- Преимущество по ВБП в сравнении с сорафенибом продемонстрировано в исследовании AXIS[2]:
  - 43% увеличения медианы ВБП (6,7 мес по сравнению с 4,7 мес; ОР=0,67; 95% ДИ: 0,54, 0,81; P<0,0001).
- Превосходство медианы ВБП при анализе в подгруппах (после прогрессирования на цитокинах или сунитинибе):
  - 12,1 мес по сравнению с 6,5 мес на сорафенибе — после цитокинов (ОР=0,46; 95% ДИ: 0,32, 0,68; P<0,0001)
  - 4,8 мес по сравнению с 3,4 мес на сорафенибе — после сунитиниба (ОР=0,74; 95% ДИ: 0,57, 0,96; P<0,0107)
- Более чем двукратное увеличение частоты объективного ответа (19,4% по сравнению с 9,4%; P=0,0001)
- Увеличение времени до ухудшения состояния:
  - 3,1 мес на Инлите по сравнению с 2,8 мес на сорафенибе (ОР=0,83; 95% ДИ: 0,70, 0,98; P=0,014)
- Побочные эффекты были в большинстве случаев управляемы:
  - Наиболее часто (≥20%) наблюдались диарея, артериальная гипертензия (АГ), утомляемость, снижение аппетита, тошнота, дисфония, ладонно-подошвенный синдром, потеря веса, рвота, астения и запор.
  - Наиболее частыми (≥10%) выраженными (3-4 степень) были АГ, диарея и утомляемость.

** ВБП — выживаемость без прогрессирования.*

WRUINLAD13004

Краткая инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения ИНЛИТА®

РЕКЛАМА

Регистрационный номер: ЛП-002115 от 01.07.2013 г.
Международное непатентованное название: акситиниб
Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой
Состав
1 таблетка содержит:
Активное вещество: акситиниб 1 или 5 мг.
Вспомогательные вещества: целлюлоза микрокристаллическая, лактозы моногидрат, кроскармеллоза натрия, магния стеарат; пленочная оболочка — опадрай красный.
Фармакотерапевтическая группа: противоопухолевое средство, ингибитор протеинтирозинкиназы
Код АТХ: L01XE17
Показания к применению
Распространенный почечно-клеточный рак (в качестве терапии второй линии).
Противопоказания
• Повышенная чувствительность к акситинибу и другим компонентам препарата;
• Тяжелое нарушение функции печени (класс С по классификации Чайлд-Пью);
• Артериальные тромбоэмболии в течение предшествующих 12 месяцев;
• Венозные тромбоэмболии в течение предшествующих 6 месяцев;
• Метастатическое поражение головного мозга, по поводу которого не проводилось соответствующего лечения;
• Недавно перенесенные или имеющиеся в настоящее время желудочно-кишечные кровотечения;
• Беременность и период грудного вскармливания;
• Детский возраст до 18 лет (безопасность и эффективность не исследовались).
С осторожностью
Акситиниб должен применяться с осторожностью у пациентов с факторами риска артериальных тромбоэмболий, венозных тромбоэмболий или имеющих их в анамнезе; у пациентов с дефицитом лактазы, непереносимостью лактозы или глюкозно-галактозной мальабсорбцией; у пациентов с нарушением функции почек тяжелой степени.
Способ применения и дозы
Внутрь. Прием препарата не зависит от приема пищи.
Рекомендуемая начальная доза — 5 мг 2 раза в сутки с интервалом приблизительно 12 часов. При пропуске дозы следует не принимать дополнительную дозу препарата, а принять следующую дозу в обычное для нее время. Повышение и снижение дозы препарата рекомендуется проводить в зависимости от индивидуальной оценки безопасности и переносимости.
Применение у пациентов пожилого возраста: коррекции дозы не требуется.
Применение у больных с нарушением функции печени: коррекции дозы при нарушении функции печени легкой степени тяжести не требуется. При нарушении функции печени средней степени тяжести рекомендуется снижение дозы акситиниба примерно вдвое. У пациентов с тяжелым нарушением функции печени применение препарата не изучалось.
Применение у больных с нарушением функции почек: при нарушении функции почек легкой и средней степени тяжести коррекции дозы препарата не требуется. При тяжелом нарушении функции почек препарат Инлита® следует принимать с осторожностью.
Побочное действие
Наиболее частыми (≥20%) нежелательными реакциями на фоне терапии акситинибом являлись: диарея, повышение артериального давления, утомляемость, снижение аппетита, тошнота, дисфония, синдром ладонно-подошвенной эритродизестезии, снижение массы тела, рвота, астения и запор.
Передозировка
Специфического лечения передозировки акситиниба не разработано. При подозрении на передозировку следует приостановить терапию акситинибом и провести необходимое поддерживающее лечение.

Ознакомьтесь с полной информацией в инструкции по применению лекарственного препарата для медицинского применения Инлита®[1]

Литература
1. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Инлита® (Регистрационное удостоверение лекарственного препарата для медицинского применения ЛП-002115 от 01.07.2013 г.). **2.** Rini B.I., Escudier B., Tomczak P. et al. Comparative effectiveness of axitinib versus sorafenib in advanced renal cell carcinoma (AXIS): a randomised phase 3 trial. Lancet. 2011;378(9807):1931-1939. **3.** Escudier B., Eisen T., Porta C. et al. Renal Cell Carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 23 (Supplement 7): vii165-vii71, 2012. **4.** NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Kidney Cancer. Version 1.2013. NCCN.org.

Инлита®
акситиниб 1 мг и 5 мг в таблетках

Pfizer Oncology

Представительство корпорации «Пфайзер Эйч. Си. Пи. Корпорэйшн» (США):
Россия, 123317, Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на Набережной» (блок С).
Тел.: +7 495 287-50-00. Факс: +7 495 287-53-00

Отчет о 29-м ежегодном съезде Европейской Ассоциации Урологов 11-16 апреля 2014 г.

А.В. ЖИВОВ,
к.м.н., руководитель клиники урологии ЕМЦ, доцент кафедры урологии МГМСУ

В эти первые дни после прошедшего съезда Вы наверняка сможете прочесть множество отчетов о связанных с ним новостях нашей специальности. Я позволю себе остановиться на том, что показалось наиболее актуальным, а именно на общей организации съезда и участию в нем Российских урологов. Ежегодный съезд Европейской Ассоциации Урологов (ЕАУ) становится все более важным и значимым событием для урологов всего мира. Здесь уже собирается не меньше коллег, чем на другом крупнейшем форуме – ежегодном съезде Американской Урологической Ассоциации.

Обилие научных и практических сессий, тематических заседаний, презентаций новых технологий, высокий уровень представляемых работ вместе с замечательной организацией мероприятия привлекают к съезду все больше внимания. Образовательные программы ЕАУ все разнообразнее и доступнее и для начинающих молодых специалистов, и для более опытных, желающих усовершенствовать и отточить имеющиеся навыки и пополнить багаж знаний.

В связи с этим хотелось бы отметить, как важно для Российской урологии развивать сотрудничество с ЕАУ по всем направлениям. И это активно делается. В ходе работы съезда прошла встреча руководства ЕАУ с руководством Российского Общества Урологов (РОУ). Был достигнут ряд важных договоренностей, есть планы проведения съездов и научно-образовательных мероприятий под эгидой РОУ и ЕАУ в России. Во время встреч с лидерами европейской урологии был проявлен активный интерес к обмену опытом и знаниями, тем более что у российских специалистов есть уникальный практический опыт. Это относится к реконструктивной урологии, где мы сталкиваемся с такими клиническими ситуациями, которых в Европе практически не видят. Следует отметить возросший уровень участия и высокую активность Российских урологона прошедшем съезде.

Профессор Д.Ю. Пушкарь провел свой традиционный постдипломный курс по вагинальной хирургии для «продвинутых пользователей», где демонстрировался уникальный клинический опыт хирургического лечения полной утраты уретры и вагинальных фистул. Он также выступил в качестве спикера на сессии живой роботической хирургии, где обсуждались актуальные аспекты DaVinci радикальной простатэктомии. Кстати, компания Intuitive Surgical, производитель пока единственного в мире хирургического робота, представила новую версию этой системы с гораздо большими возможностями, включая однопортовый доступ, лучшую визуализацию, флуоресцентное изображение, позволяющее еще лучше идентифицировать анатомические структуры в трехмерном видении и т.д.

На одной из постерных сессий группы профессора В.Б. Матвеева и Ю.Г. Аляева представили доклады по планированию и техникам парциальной нефрэктомии, а также по использованию полимерных шаблонов при органсохраняющих операциях на почке. Вопросам онокурологии на съезде традиционно было уделено повышенное внимание. Большая дискуссия во время съезда была посвящена плюсам и минусам радикальной цистэктомии и резекции мочевого пузыря при мышечно-инвазивном раке. Дебаты на эту тему провели профессора James (Великобритания, за резекцию мочевого пузыря) и Gschwend (Германия, за радикальную цистэктомию). Более чем трехтысячная аудитория практически единогласно поддержала позицию в пользу радикальной цистэктомии как «золотого» стандарта.

Кстати, одну из постерных сессий, посвященных поверхностному раку мочевого пузыря модерировал доцент Д.А. Мазуренко. Была представлена работа профессора О.И. Аполихина и соавт. по молекулярным маркерам в диагностике рака простаты. Несколько отечественных работ было посвящено реконструктивной урологии. Группа профессора Ю.Е. Рудина докладывала результаты исследования по шкале количественной предоперационной оценки статуса полового члена при гипоспадиях. Интересный доклад по прогностическому значению кашлевого теста у пациенток с тазовым пролапсом представил доцент Г.Р. Касян. От кафедры профессора М.И. Когана было сообщение по стриктурам уретры. Новая методика реконструкции стриктур мочеточника представлялась кафедрой профессора Б.К. Комякова. С тематической лекцией по наиболее эффективным методам хирургического лечения рецидивных стриктур уретры на совместном заседании Европейского общества урогенитальных реконструктивных хирургов (ESGURS) и Европейского общества андрологической урологии (ESAU) выступил доцент А.В. Живов. Вопросы лечения мочекаменной болезни также активно обсуждались на съезде. Интересный материал по электропульсной литотрипсии мочевых камней представила группа профессора А.Г. Мартова.

В целом 29-й ежегодный съезд ЕАУ еще раз продемонстрировал все большую интеграцию отечественной урологии в мировую и растущее признание наших работ на международной арене. Дальнейшее усиление взаимодействия ЕАУ и РОУ откроет новые перспективы и горизонты взаимовыгодного сотрудничества.

Детская урология: взгляд в будущее

О новой трехуровневой системе оказания медицинской помощи детям, вопросах преемственности и отсутствии Главного детского уролога корреспонденту Юлии Головиной рассказала И.В. Казанская, д.м.н. профессор, главный научный сотрудник НИИ клинической педиатрии РНИМУ им. Пирогова на базе ДКБ №9 им. Сперанского, председатель Межрегиональной общественной организации детских урологов-андрологов.

– Привнесла ли модернизация здравоохранения что-то новое в работу детских учреждений?

– Программа модернизации амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи в Москве предусматривает создание трех уровней ее оказания. От того, как функционирует поликлиническое звено, во многом зависит эффективность работы в целом. Теперь участковый педиатр – это не просто «диспетчер». Он должен выполнить основные исследования, поставить диагноз и определить, может ли справиться с лечением самостоятельно.

Когда стандартная терапия не помогает, пациент получает направление к специалисту второго уровня, если необходимо – третьего. Это предельно простая схема, она удобна и для врача, и для пациента. Для родителей, определенно, в этом есть положительный момент, потому что они будут знать, куда обращаться в том или ином случае. Самое главное – дать педиатру полноценные знания, максимально охватывающие круг проблем, с которыми он может столкнуться в своей ежедневной практике. Целесообразно разработать для специалистов первого уровня курс в рамках последипломного образования с учетом современных достижений в педиатрии.

– Способствуют ли нововведения росту качества оказания медицинской помощи детям с урологическими-андрологическими проблемами?

– Пока еще рано говорить о конкретных результатах. Эта система находится в стадии становления. Посмотрим, как педиатры, специалисты 2-3 уровней будут взаимодействовать, но думаю, качество улучшится. Порядок оказания помощи детям с урологическими и андрологическими заболеваниями написан и принят Минздравом РФ. В нем обозначена последовательность действий врача на разных этапах с момента рождения ребенка и до момента, когда он попадает к специалисту. Пациент детского уролога-андролога – это, во-первых, перинатальный больной, плод-пациент. У него внутриутробно уже есть диагноз – порок развития. Мама, будучи беременной, может прийти к своему педиатру, который назначит дату следующей консультации. У врача появляется возможность подготовиться к тому, что появится новорожденный с определенным пороком: проконсультироваться со специалистами второго – третьего уровней и совместно определить стратегию лечения. Будет ли необходима пациенту экстренная терапия, и если нет – в какие сроки необходимо прийти на консультацию к педиатру или специалисту урологу-андрологу. Раньше всех младенцев с урологическими проблемами сразу отправляли на третий уровень – в центр новорожденных, и там решалось, нужна ли пациенту операция. Это не всегда целесообразно, т. к. не все пороки развития требуют экстренного хирургического вмешательства. Многое зависит от того, прогрессирует ли заболевание в первые три месяца. Соответственно, первый, к кому нужно обращаться, педиатр, потом следует специалист второго уровня, а дальше; по определенным показаниям, детский уролог-андролог стационара.

Возможно, на первых этапах эта система будет в некоторой степени ограничивать возможности родителей, т. к. нужно получить направление у главного врача. А он может придерживаться позиции, что пациенту достаточно помощи, оказанной на первом – втором уровнях. Это тонкие моменты. Думаю, они будут отрегулированы. Это во многом будет зависеть от того, какой объем помощи будут оказывать на первом – втором уровнях. Работу специалистов третьего уровня нововведения затронут в меньшей степени, их задача – предоставить высокотехнологичную помощь при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования уникальных и ресурсоемких медицинских технологий.

– Ирина Валерьевна, в Москве расположено несколько НИИ, в которых есть отделения детской урологии. Существует ли специфика работы этих учреждений, или они оказывают практически одну и ту же помощь детям?

– Конечно, определенная специфика существует. Например, основная специализация кафедры детской хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова – хирургия новорожденных, в т. ч. разрабатываются и урологические-андрологические аспекты. Детский отдел НИИ урологии Минздрава РФ занимается детьми с трех лет. В основном – это пациенты с пороками развития наружных половых органов. Совместно со взрослыми урологами там ведутся разработки методов открытой хирургии. НИИ клинической педиатрии на базе ДКБ № 9 им. Сперанского – это центр патологии тазовых органов, где активно разрабатывается проблема расстройства мочеиспускания и второе направление – минимальные инвазивные технологии у детей с урологическими заболеваниями. Многие открытые операции были заменены эндоскопическими и лапароскопическими методами, что позволило улучшить качество оказания помощи детям. Уменьшилось число осложнений, длительность пребывания, оказание хирургической помощи стало более физиологичным. Еще одним направлением в нашей клинике является андрология детей и подростков. Как такового центра исследований по этому вопросу в Москве нет. В Тушинской ДГБ № 7 много лет разрабатывают проблемы патологии формирования пола и андрологии (проф. А.Б. Окулов, д.м.н. Е.А. Володько), но официального статуса центра у них никогда не было. Существует московский Научно-практический центр детской андрологии под руководством проф. Д.И. Тарусина, но он имеет больше коммерческую направленность. Специализация НИИ это не только оказание медицинской помощи, но и определенные направления научных разработок, которые в настоящий момент активно ведутся, что вносит огромный вклад в развитие детской урологии-андрологии. Если их не будет, прогресс остановится, мы не сможем предложить пациентам новых технологий.

– Существует ли преемственность между детскими и взрослыми урологами? Как она осуществляется? Или как она должна осуществляться?

– В минимальной степени существует. Вопрос преемственности обсуждается уже несколько лет. Исторически сложилось, что мы не интегрировались, а наоборот, разинтегрировались с урологами взрослой сети. Мы шли разными путями, параллельными. Сначала детская урология заимствовала все технологии у взрослой. Например, наша клиника в ДКБ № 9 им. Сперанского давно разрабатывает вопросы, связанные с лечением больных с нарушениями функций тазовых органов. Это спинальные больные, у которых после оперативного вмешательства наблюдается недержание мочи. Применение консервативной терапии и традиционных хирургических методов недостаточно эффективно. Е.Л. Вишневский, один из основателей урологии-адрологии, очень тесно взаимодействовал со взрослыми урологами, в т. ч. с проф. О.Б. Лораном, который является одним из ведущих специалистов в области применения петлевой пластики при недержании мочи. Олег Борисович обучал наших специалистов технике оперативного вмешательства, консультировал больных, приезжал на каждую операцию. Даже сейчас в сложных случаях приглашаем его. Это хороший пример преемственности, даже интеграции на уровне высоких технологий.

Часто при применении взрослых технологий у детей возникали осложнения. Мы стали проводить исследования в нашем институте, и дошли до перинатальной диагностики. Естественно, преемственности в плане лечения новорожденных быть не может. Но дети растут, и не у всех пациентов уродинамика окончательно восстанавливается, не у всех пластические операции заканчиваются нашим возрастом, и они требуют дальнейшего наблюдения у уролога взрослой сети. Самый сложный момент – вопросы преемственности в рамках профилактики бесплодия и возможное начало лечения пациентов в возрасте 16–17 лет. Уже есть исследования, говорящие, что процент бесплодия у больных, в детстве перенесших операцию на органах репродуктивной системы, высок. В связи с этим сейчас разрабатываются основы преемственности: ее механизм, какая документация будет передаваться, что нужно сделать самому пациенту. Разработанная нами последовательность действий будет согласовываться со взрослыми специалистами.

– Отсутствие Главного детского уролога в Москве – это большой минус? И как это отражается на практической работе в детских урологических и андрологических кабинетах и учреждениях?

– Для того чтобы претворить в жизнь все, о чем мы говорили, необходимо лицо, наделенное соответствующими полномочиями. Я была главным детским урологом РФ в течение многих лет, потом эту должность убрали. Хотя во многих субъектах РФ главные специалисты сохранились. Москва – это огромный мегаполис, а главного специалиста нет! В то же время накопилась масса нерешенных вопросов – организационных, в связи с новой структурой, и клинических. Все эти направления должен контролировать и обсуждать с руководителями здравоохранения главный специалист. Допустим, в скором времени мы разработаем механизм преемственности. Кто его будет реализовывать? Необходим человек, который будет этот процесс регулировать.

Лечебные вопросы, конечно, обсуждаются. Существует Межрегиональная общественная организация детских урологов-андрологов, председателем которой я являюсь. Раз в два года мы проводим съезды.

– Ирина Валерьевна, что бы вы лично привнесли в организацию детской урологии в Москве?

– Именно сейчас, когда система оказания медицинской помощи реформируется, основной крен должен быть взят на первое амбулаторное звено. Идет активная диспансеризация 14-летних подростков, было выявлено достаточно много патологии, в основном андрологической. Возникает вопрос, а что же дальше. Необходимо собрать мнения об уровне диспансеризации, сколько раз осматривать ребенка, кого наблюдать и на каком уровне. Но кому организовывать и контролировать этот процесс? Поэтому, чтобы правильно была построена система и компетенция всех уровней была определена совершенно четко, нужен главный специалист. Возможно, через несколько лет, когда работа будет отлажена, необходимость в нем отпадет.

В настоящее время стоит инициировать как можно больше научных исследований, посвященных изучению андрологических отклонений у детей, т. к. их роль в бесплодии у взрослых практически не изучена. Целесообразно обратить внимание руководителей здравоохранения на репродуктивное здоровье мальчиков и подростков в плане оказания им системной своевременной помощи. В целом специализированная помощь детям с урологическими-андрологическими проблемами в Москве оказывается в достаточном объеме и на высоком современном уровне.

Химиопрофилактика рака предстательной железы: будущее или реальность?

Д.Г. ЦАРИЧЕНКО,
д.м.н., профессор кафедры урологии, заместитель директора по новым высоким медицинским технологиям НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Л.М. РАПОПОРТ,
д.м.н., профессор кафедры урологии, заместитель директора по лечебной работе НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Т.М. ГАНЖА,
научный сотрудник НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Рак предстательной железы (РПЖ) по-прежнему остается злободневной проблемой, т. к. часто диагностируется у мужчин во всем мире. Исследование возможностей профилактики выявило множество свидетельств существования связи между пищевым рационом и риском развития РПЖ. Также неоспорим факт влияния оксидативного стресса (ОС), связанного с нарушением окислительных процессов,— актуальной проблемы урбанизированных территорий, на активное течение неопластических процессов.

Как правило, РПЖ передается по наследству спорадически (менее 10 %). Это лишь подчеркивает детерминирующую роль взаимодействия между совокупностью генетических и внешних факторов в развитии заболевания. Диета считается одним из наиболее очевидных определяющих внешних факторов риска. Исследование экологии иммигрантов из Азии показало, что заболеваемость РПЖ резко возрастает у тех из них, кто ассимилировал «западную» диету и образ жизни. Аналогичная закономерность отмечена у мужчин в Азии, которые без эмиграции, поддаваясь веянью западной культуры, заменяют в своем рационе сою, чай, рыбу, фрукты и овощи красным мясом и жирной пищей [Namiki, 2010]. Экспериментальные исследования демонстрируют воздействие диеты и образа жизни путем провоцирования хронического воспаления и ОС, ведущих к повреждению ДНК, эпигенетическим модификациям и другим изменениям, связанным с инициацией неопластического процесса. Из этого можно сделать вывод, что применение антиоксидантных и противовоспалительных средств может быть перспективным в профилактике РПЖ [DeWeese, 2001]. На практике пролиферативная воспалительная атрофия рассматривается как предшественник простатической интраэпителиальной неоплазии (ПИН), которая встречается примерно в 34 % очагов ракового поражения [Konishi, 2005].

Хроническое воспаление может привести к повреждению эпителиальных клеток и в результате к возникновению очагов пролиферации, таких как участки ПИН, и предшественников РПЖ [Nelson, 2004]. Ряд свидетельств позволяют предположить, что ОС, возникающий в результате дисбаланса синтеза активных форм кислорода (АФК) и клеточных механизмов антиоксидантной защиты, является одним из наиболее важных возрастных факторов, приводящих к канцерогенезу. Кумулятивный эффект от избытка АФК, вероятно, заключается в повреждении липидов, белков и ДНК [Minelli, 2009]. Предстательная железа, как известно, особенно уязвима к ОС, вероятно, из-за частого воспаления, расстройства регуляции гормональных процессов и эпигенетических модификаций, часто встречающихся в органе.

РПЖ является подходящей мишенью для первичной профилактики, т. к. обычно медленно прогрессирует до возникновения симптомов, обеспечивая относительно длительный период времени до необходимости начала терапии. В этот период важна даже небольшая задержка в прогрессировании заболевания, сохраняющая качество жизни пациентов на прежнем уровне.

Актуальность проблемы заставляет искать новые комбинации элементов, способных эффективно охранять здоровье простаты, предотвращая как воспаление, патологическое течение пролиферативных процессов, так и усиливая репаративные механизмы защиты от АФК. Этот поиск в первую очередь заключается в выявлении естественных микронутриентов, наиболее благоприятно и эффективно влияющих на клеточный метаболизм простаты.

Наиболее изучены и известны цинк (кофактор большой группы ферментов, регулирующих биохимические процессы в простате), селен (компонент многих ферментов и гормонов, поддерживает активность гуморального и клеточного иммунитета, влияет на репродуктивные функции), витамин Е (участвует в тканевом дыхании, обмене жиров, белков, углеводов, влияет на функцию половых и других эндокринных желез, является синергистом селена, снижает риск РПЖ у курильщиков и недавно бросивших курить). Помимо перечисленных микронутриентов в процессе исследования биохимического синтеза были обнаружены биологически активные вещества или экстракты (индол-3-карбинол – I3C, жирные кислоты, фитостеролы, катехины зеленого чая).

I3C блокирует основные факторы роста фибробластов (антипролиферативное действие на фибробласты), обладает противовоспалительным и противоотечным действием, снижает экспрессию воспалительных цитокинов, является антиоксидантом. Эффективность применения препарата I3C при ДГПЖ продемонстрирована на 35 пациентах [Сморчков, 2008] при анализе показателей IPSS, QoL, максимальной и средней скорости мочеиспускания на фоне его приема. Через 12 недель отмечено уменьшение IPSS на 33 %, прирост максимальной скорости мочеиспускания на 13 %, средней – на 23 %, что свидетельствует об уменьшении выраженности симптомов ДГПЖ.

Пальметто — издревле применяемый экстракт плодов карликовой пальмы, богат жирными кислотами и фитостеролами. Его противовоспалительное действие связано с ингибированием синтеза простагландинов, метаболитов 5-оксигеназы и арахидоновой кислоты в предстательной железе и активных кислотных радикалов в нейтрофилах человека [Champault, 1984, Paubert-Braquet, 1997, Plosker, 1996].

Способность катехинов зеленого чая ингибировать опухолевый рост была неоднократно показана в различных исследованиях. Так, S. Bettuzzi и M. Brausi в 2006 г., показали высокую эффективность и достоверность предотвращения РПЖ при ПИН высокой степени, а также улучшение качества жизни QoL на фоне приема экстракта зеленого чая (эпигаллокатехин – EGC — 5,5 %; эпикатехин – EC – 12,24 %; эпигаллокатехин-3-галлат – GCG – 51,8 %; эпикатехин-3-галлат – ECG – 6,12 %; кофеин – 1 %). EGCG один из самых мощных природных антиоксидантов. Сырьем для получения EGCG являются листья зеленого чая Camellia sinensis. Швейцарская субстанция экстракт TEAVIGO™ (пр-во DSM Nutritional Products) представляет собой 94 % EGCG, тогда как в простом экстракте зеленого чая его содержание не превышает 32 %. В экстракте отсутствуют кофеин и вредные примеси.

Свойство EGCG и других катехинов защищать от оксидативного стресса является наиболее изучаемым. Антиоксидантная активность EGCG обнаруживается во всех здоровых клетках, в то время как в опухолевых — наоборот, фиксируются про-оксидантные эффекты, вызывающие EGCG-индуцированное повреждение ДНК и апоптоз опухолей. EGCG оказывает ингибирующее действие на развитие гипертрофии гладкомышечных клеток, предотвращая, таким образом, развитие атеросклеротических бляшек, утолщения стенок сосудов, гипертензии. Молекулярной основой ингибирования является прямая блокада ангиотензин-И-индуцируемой активности JNK-киназы (c-Jun N-terminal kinase) в гладкомышечных клетках.

Для сравнения, другие катехины зеленого чая не обладают аналогичными эффектами [Zheng, 2004]. В проведенном в Китае исследовании, включившем 30 пациентов и 274 человека контрольной группы, было обнаружено снижение возникновения РПЖ на фоне употребления зеленого чая на 73 % по сравнению с людьми, не пьющими чай. [Jian, 2004]. Интересно отметить, что даже у пациентов с локализованным РПЖ, получавших перед простатэктомией в течение нескольких дней пищевые добавки, производимые из декофеинизированного зеленого чая и содержащие 65 % EGCG и 22 % других катехинов, достоверно снижался уровень ПСА крови [McLarty, 2009].

> «...»
>
> ***Предстательная железа особенно уязвима к ОС из-за частого воспаления, расстройства регуляции гормональных процессов, эпигенетических модификаций***

Одним из препаратов, доступных мужчинам в России и содержащих компоненты, которые имеют доказанную клиническую эффективность, является ПростаДоз (ProstaDoz) — биологически активная добавка (БАД) к пище в капсулах. Каждая капсула содержит 2,8 мг витамина Е; 1,8 мг цинка; 33 мкг селена, 150 мг экстракта плодов пальметто (Serenoa repens), 30 мг индол-3-карбинола, 20 мг экстракта зеленого чая TEAVIGO™.

Эта комбинация биоантипролиферативных и антиоксидантных средств уже доказала свою эффективность при лечении пациентов с хроническим простатитом [Камалов, 2013]. ПростаДоз — единственный препарат на российском рынке, содержащий экстракт TEAVIGO™.

Хотя пока в эпидемиологических исследованиях окончательно не определены все нюансы химиопрофилактического и противоопухолевого эффектов этих субстратов, они все шире применяются в качестве профилактики развития РПЖ. Наш опыт применения препарата ПростаДоз, в частности у пациентов с подозрением на РПЖ и выявленной при биопсии ПИН низкой и высокой степени, пока не обобщен. Предварительный анализ выявил тенденцию к регрессии степени ПИН и уменьшению воспаления при повторных биопсиях после лечения препаратом.

Мы надеемся представить более детальную оценку нашей когорты пациентов в ракурсе профилактики РПЖ и, возможно, даже терапии предраковых состояний простаты в текущем году.

на правах рекламы

STADA
CIS
www.stada.ru

ПростаДоз®

ОПТИМАЛЬНЫЙ ПУТЬ
К МУЖСКОМУ ЗДОРОВЬЮ

- Экстракт плодов карликовой пальмы (Сабаль)
- Экстракт TEAVIGO™
- Индол-3-карбинол
- Витамин Е
- Цинк
- Селен

Свидетельство о регистрации
№ RU.77.99.11.003.E.016995.12.12 от 12.12.2012 г.

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ

ТУ9197-003-64546009-11 Имеются противопоказания. БАД. Реклама

УЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ПЛАНЫ НА 2014 ГОД ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

Кафедра клинической андрологии РУДН

Адрес: Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 21, кор. 3. Тел.: +7 (925) 518-09-75
E-mail: info@nfertility-net.ru
Заведующий: профессор, д.м.н. – Виноградов Игорь Владимирович

Календарный план учебных циклов для врачей на 2014 год

Название цикла	Кол-во часов	Сроки проведения
Клиническая андрология (тематическое усовершенствование)	144	02.09–27.09.2014 01.10–31.12.2014
Экстракорпоральная ударно-волновая терапия (тематическое усовершенствование)	144	02.09–29.09.2014
Эндоскопическая хирургия (тематическое усовершенствование)	144	02.09–29.09.2014
Репродуктология (тематическое усовершенствование)	144	02.12–27.12.2014
Репродуктология, эмбриологические аспекты ВРТ (тематическое усовершенствование)	72	02.09–16.09.2014 02.12–16.12.2014

Календарный план сертификационных циклов для врачей на 2014 год

Название цикла	Кол-во часов	Сроки проведения
Урология (общее усовершенствование)	144	02.09–27.09.2014 01.10–31.12.2014
Экстракорпоральная ударно-волновая терапия (тематическое усовершенствование)	144	02.09–29.09.2014
Ультразвуковая диагностика (общее усовершенствование)	144	01.09–29.09.2014
Экстракорпоральная ударно-волновая терапия (тематическое усовершенствование)	144	01.09–29.09.2014
Хирургия (общее усовершенствование)	144	01.09–29.09.2014
Эндоскопическая хирургия (тематическое усовершенствование)	144	01.09–29.09.2014 01.12–26.12.2014
Репродуктология (тематическое усовершенствование)	144	12.05–13.06.2014 01.12–26.12.2014
Репродуктология, эмбриологические аспекты ВРТ (тематическое усовершенствование)	72	01.09–15.09.2014 01.12–15.12.2014

Календарный план переподготовки врачей на 2014 год

Название цикла	Кол-во часов	Сроки проведения
Урология	540	02.06–17.10.2014 01.09.2014–16.01.2015
Хирургия	540	02.06–17.10.2014 01.09.2014–16.01.2015

Кафедра урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Адрес: Москва, ул. Вучетича, д. 21, ГКБ № 50
Телефон: 8 (495) 611-31-29
Заведующий: заслуженный врач РФ, профессор, д.м.н. – Пушкарь Дмитрий Юрьевич

Наименование цикла *Контингент слушателей*	Вид и форма повышения квалификации	Сроки проведения	Продолжительность обучения	Число слушателей на цикле
Инфекция мочевыводящих путей *урологи, хирурги, терапевты*	ТУ	02.06–30.06.2014	1 мес.	34
Урогинекология *урологи, акушеры-гинекологи*	ТУ	02.06–30.06.2014	1 мес.	35
Ранняя диагностика рака предстательной железы *урологи, хирурги, терапевты, неврологи*	ТУ	01.10–28.10.2014	1 мес.	34
Мочекаменная болезнь и ее осложнения *урологи, хирурги, терапевты, неврологи*	ТУ	03.09–30.09.2014	1 мес.	34
Урогинекология *урологи, акушеры-гинекологи*	ТУ	03.10–30.10.2014	1 мес.	35
Основы андрологии *урологи, хирурги, терапевты, неврологи*	ТУ	01.11–29.11.2014	1 мес.	34
Инфекция мочевыводящих путей *урологи, хирурги, терапевты*	ТУ	01.11–29.11.2014	1 мес.	34
Принципы диагностики и лечения различных урологических заболеваний в условиях поликлиники *урологи, хирурги, терапевты, неврологи*	ТУ	01.12–27.12.2014	1 мес.	34

Кафедра эндоскопической урологии ФПКМР РУДН

Адрес: Москва, ул. Коломенский проезд, д. 4. Телефон: 8 (925) 743-98-22; 8 (499) 782-31-17
E-mail: zieratsho@yandex.ru; s.i.suleymanov@mail.ru
Заведующий: проф., д.м.н. – Кадыров Зиератшо Абдуллоевич

Название цикла	Кол-во часов	Сроки проведения
Урология (профессиональная переподготовка)	564	08.09 – 01.12.2014
Урология (сертификационный)	144	16.10 – 07.11.2014
Нейроурология	144	20.10 – 11.11.2014
Лапароскопическая и ретроперитонеоскопическая урология	144	06.10 – 25.10.2014
Эндоурология	144	01.10 – 21.10.2014
Андрология	144	08.09 – 01.12.2014

Кафедра урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Адрес: Москва, ул. Б. Пироговская, д. 2, стр. 1 (Клиника урологии, 1-й этаж)
Телефон: 8 (499) 248-71-00
Заведующий: член-корр. РАМН, проф., д.м.н. – Аляев Юрий Геннадьевич

Программы повышения квалификации (от 72 до 500 часов с выдачей удостоверения)

Наименование программы	С последующей сертификацией (С)	Сроки проведения	Контингент слушателей	Кол-во часов	Число слушателей
Урология	С	23.09–20.10.2014	врачи-урологи	144	20
Урология	С	05.11–16.12.2014	врачи-урологи	216	15

Пожелания по размещению образовательных материалов направляйте по адресу: polyakova@bionika-media.ru

Решение проблемы недержания мочи после радикальной простатэктомии

В Москве ежегодно увеличивается число радикальных простатэктомий по поводу рака предстательной железы, в 2013 г. их было произведено более 2 000. Одним из основных осложнений в отдаленном послеоперационном периоде является недержание мочи (НМ). Евгений Ибадович Велиев, д.м.н., профессор кафедры урологии и хирургической андрологии РМАПО рассказал о путях решения этого вопроса нашему корреспонденту Юлии Кудрявцевой.

– Какие методы лечения можно предложить пациентам с недержанием мочи после радикальной простатэктомии? Какова тактика их лечения?

– Действительно, недержание мочи (НМ) – наиболее травмирующее осложнение радикальной простатэктомии, приводящее к резкому снижению качества жизни пациентов. Кроме того, риск развития стрессового НМ сопутствует чреспузырной аденомэктомии, а также любым эндоскопическим манипуляциям на задней уретре и составляет от 0,5 до 10 %. В течение первых 6–9 месяцев при НМ следует ждать и заниматься поведенческой терапией. Специальные физические упражнения включают тренировку мышц тазового дна (в т. ч. и адаптированную гимнастику Кегеля), прерывание струи мочи во время мочеиспускания. Целесообразно произвольное сокращение мышц тазового дна в различных положениях (лежа, сидя или стоя), иногда используется механизм биологической обратной связи или электромиостимуляция. Возможности эффективного фармакологического лечения стрессового НМ с приемлемым уровнем побочных эффектов в настоящее время изучаются, но в практической урологии отсутствуют. При неудаче консервативной терапии следует рассматривать варианты оперативного лечения. После установления типа и тяжести НМ целесообразна оценка сохранности стриарного сфинктера как основного элемента, обеспечивающего функцию удержания. Исходя из опыта клиники урологии РМАПО, у пациентов со стрессовым НМ легкой и средней степенями тяжести следует применять имплантацию трансобтураторного ретробульбарного слинга, что позволяет сохранить естественный акт мочеиспускания и сопровождается низким уровнем побочных эффектов. В случае полной потери функции стриарного сфинктера и инконтиненции тяжелой степени следует рассматривать установку искусственного мочевого сфинктера – устройства с доказанной эффективностью и длительной историей использования.

– Клиника урологии и хирургической андрологии РМАПО имеет большой опыт имплантации искусственных сфинктеров и слингов после радикальной простатэктомии. Каковы результаты этих вмешательств? Какова длительность континенции после операции?

–Действительно, клиника урологии РМАПО, располагающаяся на базе больницы им. С.П. Боткина, сегодня лидер в России и единственный крупный центр, имеющий протяженную историю и длительные результаты наблюдения пациентов с этой тяжелой проблемой. В клинике урологии и хирургической андрологии РМАПО оперативная коррекция стрессового НМ проводится с 2003 г. На сегодняшний день имплантация искусственного мочевого сфинктера произведена 42 пациентам, у всех по поводу стрессового НМ тяжелой степени. Пациент покидает клинику на следующий день после имплантации и удаления уретрального катетера. Через 4–6 недель производится активация искусственного сфинктера, а пациент обучается управлению им.

При медиане наблюдения 40 месяцев (IQR 18–58) полного удержания мочи достигли 71,8 % пациентов. Следует подчеркнуть, что критериям выздоровления (не более 1 страховочной прокладки) отвечали 93,6 % пациентов, частота улучшения составила 3,1 %, частота неудач – 3,1 %. В отношении установки трансобтураторного слинга клиника урологии РМАПО обладает опытом лечения 15 пациентов с НМ преимущественно легкой и средней степеней. При медиане наблюдения 33 ± 16,3 месяца полного удержания мочи достигли 71,4 % пациентов, критериям выздоровления (не более 1 страховочной прокладки) отвечали 85,7 % пациентов, частота улучшения составила 7,1 %, частота неудач – 7,1 %. Пациенты выписываются на следующий день после операции после удаления уретрального катетера. Проблема на этом для большинства пациентов оказывается решенной.

– Евгений Ибадович, насколько перспективно, на Ваш взгляд, применение стволовых клеток – аутологичных миобластов и фибробластов у пациентов с недержанием мочи после радикальной простатэктомии?

– В настоящее время активно изучаются возможности прямого воздействия на причину стрессового НМ – недостаточную функцию стриарного сфинктера. В отношении возможности регенерации ткани сфинктера в некоторых исследованиях показано значение мезенхимальных и гемопоэтических стволовых клеток, различных факторов роста, а также их комбинации. Тем не менее использование возможностей регенеративной медицины ограничивается в силу этических аспектов, а также повышенного онкогенного потенциала. В настоящее время результаты исследований не позволяют применять эти технологии в ежедневной клинической практике.

– Какой метод лечения можно предложить пациенту после радикальной простатэктомии, если у него после операции имеется эректильная дисфункция и недержание мочи?

– Опыт показывает, что у большинства пациентов стрессовое НМ сочетается с ЭД. В отношении стрессового НМ, в зависимости от его тяжести и сохранности стриарного сфинктера, можно рассматривать либо имплантацию искусственного мочевого сфинктера, либо слинга. При наличии показаний к фаллопротезированию, его можно осуществить как отдельным этапом, так и одномоментно с операцией по поводу инконтиненции. Успешный опыт подобных операций есть в клинике урологии РМАПО и представлен на российских и международных конференциях.

– Насколько внедрение роботической радикальной простатэктомии в России позволит снизить риск послеоперационных осложнений?

– Клиника урологии и хирургической андрологии РМАПО на базе ГКБ им. С.П. Боткина, прежде всего, обладает наибольшим опытом радикальных простатэктомий из открытого доступа в РФ, преимущественно позадилонного и, в меньшей степени, промежностного. С конца 2013 г. выполняются и робот-ассистированные операции, среди которых ведущая – радикальная простатэктомия. Робот-ассистированный доступ в некоторых развитых странах, преимущественно в США, занимает лидирующие позиции, опережая открытый и классический лапароскопический доступы.

Прекрасная трехмерная визуализация анатомических структур, большой объем движений, отсутствие тремора – вот неполный список достоинств этого доступа. В большинстве публикаций отмечается преимущество роботических операций в отношении таких функциональных результатов, как удержание мочи и эректильная функция. К сожалению, возможности выполнять такие операции есть лишь у нескольких лечебных учреждений в РФ.

Не стоит забывать и о том, что робот лишь помогает оперировать и собственной головы не имеет. Исследования с выверенным дизайном говорят о том, что основным игроком, как и раньше, остается хирург. Более того, мне приходится видеть пациентов с НМ как после роботических, так и после открытых радикальных простатэктомий. Цифры удержания мочи в руках опытных операторов из крупных центров высоки и вполне достойны. Современная техника открытой радикальной простатэктомии обладает низкой морбидностью и отличными функциональными результатами. Открытый доступ имеет преимущества при местнораспространенном раке предстательной железы, при расширенной технике лимфаденэктомии. Если у оператора регулярно появляются пациенты с НМ, следует обратить внимание, прежде всего, на технику выполнения вмешательства, особенно при обработке апекса.

– Как вы видите организацию оказания помощи и маршрутизацию пациентов с недержанием мочи после радикальной простатэктомии?

– Прежде всего, следует стремиться снизить число пациентов со стрессовым НМ. Ни для кого не секрет, что наибольшая частота осложнений возникает на этапе «кривой обучения», поэтому целесообразно направлять пациентов с раком предстательной железы в крупные центры, где отработаны как техника операции, так и послеоперационное ведение, а сами риски стрессового НМ сводятся к минимуму. Например, у нас спустя год после простатэктомии 97,3 % пациентов полностью удерживают мочу. У оставшихся пациентов инконтиненция легкой степени, которая не требует оперативной коррекции и устраняется с помощью обычной гигиенической прокладки, как у представительниц прекрасной половины человечества. Это позволяет пациентам чувствовать себя социализированными в полной мере. Возвращаясь к пациентам с персистирующим НМ, стоит отметить, что лечение их в клиниках с наибольшим опытом также позволяет достичь лучших результатов. Имплантация искусственного сфинктера и, еще в большей степени, слинговые операции несут в себе ряд субъективных аспектов (например, степень натяжения слинга), влияющих на функциональные исходы. В работе H. Lai показано, что подавляющее большинство осложнений имплантации искусственного мочевого сфинктера возникает у хирургов с небольшим опытом имплантаций.

С организацией же все обстоит сложнее. Ранее артифициальные сфинктеры мы получали по городской программе лечения пациентов с НМ. Сегодня она закрыта, и вопрос приобретения дорогостоящих сфинктеров остается головной болью пациентов. Кроме того, более сложные реконструктивные имплантационные операции не включены в список высокотехнологичной медицинской помощи в отличие от случаев женского НМ. На мой взгляд, путь пациента предельно прост – операция (радикальная простатэктомия) в крупном центре вне зависимости от типа доступа. Это позволит снизить частоту НМ и избежать целого ряда последующих проблем. Вторая часть вопроса касается тех, кто все же столкнулся с проблемой НМ. Опять же конечной целью маршрута является крупный медицинский центр, где постоянно и успешно выполняют уретропластику, которая предшествует имплантации сфинктера почти у половины мужчин с недержанием. Эти обстоятельства позволят:

- сократить число новых пациентов со стрессовым НМ после хирургических вмешательств;
- хирургически устранить причины, препятствующие установке искусственного сфинктера или слинга;
- успешно оперировать пациентов с малой вероятностью отторжения артфициальных материалов и ревизий.

Место многокомпонентного комплекса НефраДоз® в литокинетической терапии

Для лечения мочекаменной болезни и инфекционно-воспалительных процессов в мочевом тракте используются растительные сборы, суммарные сухие экстракты. Эффективными при терапевтическом и профилактическом использовании являются многокомпонентные растительные препараты и биологически активные добавки, содержащие вещества, относящиеся к разным классам химсоединений и оказывающие комплексное фармакотерапевтическое воздействие на основные звенья патологического процесса.

Л.А. ХОДЫРЕВА,
доцент кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, д.м.н.

А.А. ДУДАРЕВА,
врач-уролог, к.м.н.

Распространенность мочекаменной болезни (МКБ) ежегодно прогрессивно увеличивается, что связано с повышением влияния ряда неблагоприятных факторов окружающей среды на организм человека, малоподвижным образом жизни, преобладанием протеинового характер питания и другими последствиями научно-технического прогресса, что позволяет назвать это заболевание болезнью цивилизации.

Для профилактики и лечения МКБ и инфекционно-воспалительных процессов в мочевом тракте широко используются растительные сборы и чаи, суммарные сухие экстракты. Весьма эффективными при терапевтическом и профилактическом использовании являются многокомпонентные растительные препараты и биологически активные добавки (БАД) к пище, содержащие биологически активные вещества, относящиеся к разным классам химических соединений и оказывающие комплексное фармакотерапевтическое воздействие на основные звенья патологического процесса.

НефраДоз® – это БАД к пище, которая недавно появилась на нашем фармацевтическом рынке. В состав биологически активного комплекса НефраДоз® входит 7 действующих веществ: марена красильная (Rubia tinctorum L.), листья почечного чая (Orthosiphonis folium), солодка голая (Glycyrrhiza glabra), горянка (Epimedium grandiflorum), родиола розовая (Rhodiola rosea L.), ресвератрол (Resveratrol), Гинкго Билоба (Ginkgo Biloba), которые известны своими отдельными диуретическим, спазмолитическим, противовоспалительным, антиоксидантным действиями. Марена красильная, почечный чай, солодка голая, горянка, родиола розовая, ресвератрол также оказывают бактерицидное действие по отношению к стрептококку, стафилококку, вирусам, простейшим, грибам. Родиола розовая оказывает иммуномодулирующее и общеукрепляющее действия, экспериментально подтверждено, что она повышает устойчивость организма к инфекциям, рентгеновскому и ионизирующему облучениям. Гингко Билоба нормализует тонус кровеносных сосудов и улучшает реологические характеристики крови.

Несколько компонентов, входящих в состав НефраДоза®, обладают антиоксидантным действием, доказанным в экспериментальных и клинических исследованиях – это ресвератрол, радиола розовая, Гинго Билоба, горянка.

Роль фитохимических соединений в качестве антиоксидантов и противовоспалительных средств может быть крайне важна как при хроническом течении инфекционно-воспалительного процесса в мочевых путях и МКБ, так и при любых оперативных вмешательствах на почке. Клинические и экспериментальные исследования показали изменение исходных уровней перекисного окисления липидов и селективной протеинурии у больных уролитиазом, свидетельствующих о свободнорадикальном разрушении мембранных структур клеток, что часто заканчивается их гибелью и может приводить к снижению клубочковой фильтрации.

Дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) также усугубляет дестабилизацию мембран и приводит к изменению гистоморфологической структуры тканей и нарушению функции почек. Антиоксидантная терапия назначается не только в предоперационном периоде, но и в момент проведения операции и после проведения ДУВЛ (в реабилитационном периоде). Применение антиоксидантов, в т. ч. и биологически активного комплекса НефраДоз®, в раннем послеоперационном периоде позволяет стабилизировать клеточные мембраны и предотвратить развитие инфекционно-воспалительного процесса почечной паренхимы.

Последние клинические работы отечественных и зарубежных исследователей показали появление бактериурии после ДУВЛ и связь между степенью бактериурии и рецидивом камнеобразования. В связи с этим в раннем послеоперационном периоде и в период реабилитации целесообразно применять БАД НефраДоз®, который обладает противомикробным действием за счет входящих в его состав компонентов. Радиола розовая, входящая в состав биокомплекса НефраДоз®, также является адаптогеном, повышающим устойчивость организма к инфекциям, рентгеновскому и ионизирующему облучениям, что может иметь значение при ДУВЛ. Первые данные по изучению эффективности применения комплекса НефраДоз® были опубликованы Г.В. Тер-Аванесовым в 2011 г. При лечении пациентов с МКБ на фоне приема данного комплекса по 2 капсулы 2 раза в сутки утром и вечером в течение восьми недель, выявлены диуретическое, спазмолитическое и литокинетическое действия.

В 2013 г. проведено многоцентровое клиническое открытое сравнительное в трех параллельных группах исследование эффективности и безопасности применения многокомпонентного комплекса НефраДоз® с литокинетической целью после дистанционной литотрипсии у пациентов с МКБ. Исследование проводилось на ведущих клинических базах России: кафедре урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова; МЛПУЗ КДЦ «Здоровье», Ростов-на-Дону; кафедре урологии, детской урологии-андрологии с курсом рентгенологии Ставропольского ГМУ; кафедре урологии Новосибирского ГМУ; кафедре урологии Уральской ГМА; кафедре урологии ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова; кафедре урологии Воронежской ГМА им. Н.Н. Бурденко; кафедре урологии ФПК и ППС Краснодарского ГМУ; кафедре урологии Казанского ГМУ; кафедре эндоскопической урологии РМАПО; кафедре хирургических болезней с курсом урологии ГБОУ ВПО Омской ГА МЗ РФ.

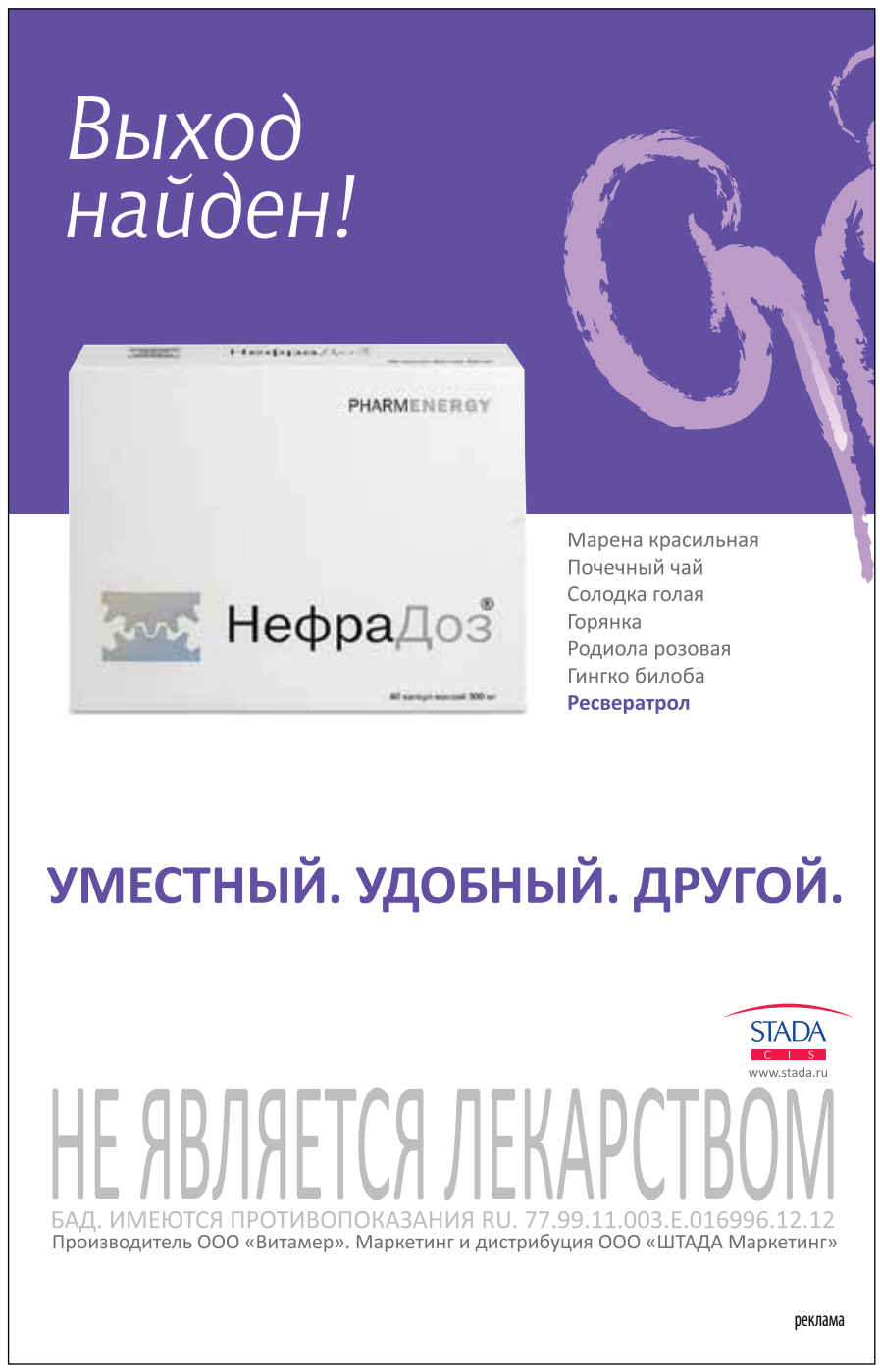
Полученные в исследовании результаты показали достоверное снижение кристаллурии, степени эритроцитурии, бактериурии, лейкоцитурии, протеинурии у пациентов, получавших НефраДоз® в составе комплексной литокинетической терапии.

Применение биологически активного комплекса НефраДоз® в составе комплексной литокинетической терапии позволило достигнуть полного отхождения фрагментов конкрементов после дистанционной литотрипсии через 1 месяц терапии у 46,6 % пациентов по сравнению с 25,5 % в контрольной группе.

Проведенный анализ результатов клинических и биохимических исследований крови не выявил различий в группах пациентов на всех этапах наблюдения. Ни один из пациентов, принимавших НефраДоз®, не отметил аллергических реакций и побочных эффектов.

В заключение можно отметить, что НефраДоз® является современным многокомпонентным биологически активным средством, которое хорошо переносится больными, способствует стабилизации их общего состояния, ускоряет процесс отхождения фрагментов конкрементов, уменьшая риск развития инфекционно-воспалительного процесса мочевыводящих путей.

на правах рекламы



Узкоспектровая диагностика и гибкая цифровая уретроцистоскопия в диагностике урологических заболеваний

Узкоспектровая фиброцистоскопия является новой оптической технологией компании «Olympus», применение которой позволяет не только получить качественное цифровое изображение слизистой оболочки нижних мочевых путей, но и улучшить результаты лечения мышечно-неинвазивного рака мочевого пузыря.

А.Г. МАРТОВ,
д.м.н., профессор кафедры эндоскопической урологии РМАПО, зав. кафедрой урологии ИПК ФМБА, зав. отделением урологии ГКБ № 57 ДЗ г. Москвы, заслуженный врач РФ.
E-mail: martovalex@mail.ru

А.С. АНДРОНОВ,
к.м.н., кафедра эндоскопической урологии РМАПО

В практике амбулаторного и стационарного врача-уролога ежедневно возникает необходимость эндоскопического осмотра мочеиспускательного канала и слизистой оболочки мочевого пузыря (МП), катетеризации мочеточников, установки или удаления внутреннего стента, биопсии тканей МП и удаления выявленных опухолей МП. Для контроля состояния слизистой оболочки МП пациенты приходят на осмотр в урологические кабинеты онкодиспансеров и госпитализируются в урологические отделения для проведения контрольного обследования по поводу рака МП. Качество эндоскопического оборудования, а также умение врача выполнить цистоскопию и правильно интерпретировать полученное эндоскопическое изображение являются составными частями успешного лечения урологических больных.

Улучшение диагностической ценности цистоскопического исследования является актуальным вопросом урологии. Уже более 15 лет в урологической практике используется фотодинамическая цистоскопия, которая обладает повышенной чувствительностью и специфичностью в диагностике рака МП. Много сделано фирмами-производителями эндоскопического оборудования. Для улучшения качества эндоскопического изображения стали использоваться линзы с бóльшим полем зрения, изображение стало более четким, однако в эпоху цифровой передачи сигнала только недавно урологи смогли использовать цифровое изображение в своей практике. Инновации фирмы «Olympus» позволили разработать цифровой видеофиброцистоскоп, с помощью которого возможен осмотр всей слизистой оболочки МП и выполнение всех вышеперечисленных манипуляций и операций. Но главным достоинством инструмента является получение высококачественного цифрового изображения, которое нельзя сравнить с изображением при использовании стандартного эндоскопического оборудования. В данной статье приведен опыт использования узкоспектровой видеофиброцистоскопии в ежедневной практике врача-уролога отделения малоинвазивной урологии Городской клинической больницы № 57 (www.amartov.ru, www.gkb57.ru).

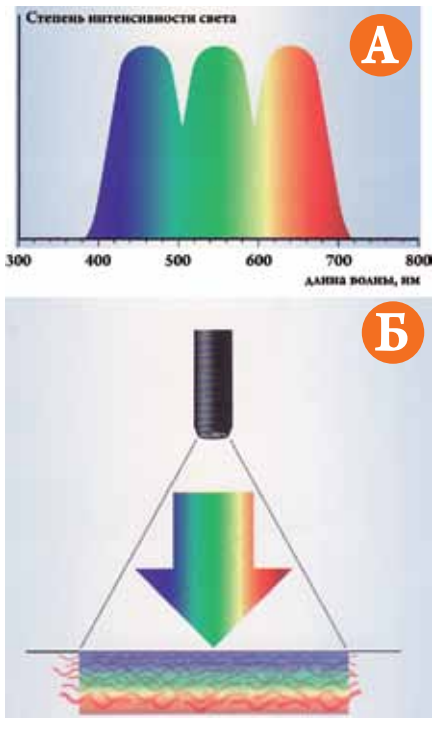


Рис. 1. Схема «белого света».
А) Белый свет состоит из равномерных компонентов длин волн синего, зеленого и красного спектров. Б) Короткие волны спектра (синие) проникают неглубоко, в то время как более длинные волны спектра (зеленые и красные) проникают в более глубокие слои слизистой оболочки.

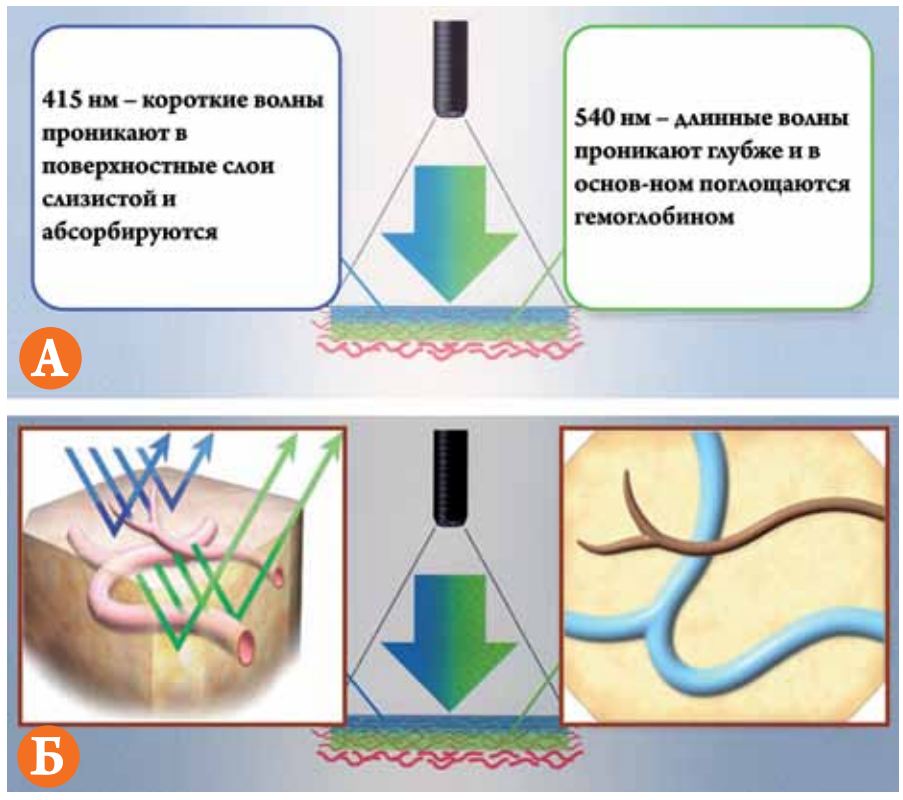


Рис. 2. Схема узкоспектрового изображения (NBI).
А) Механизм изменения цвета эндоскопической картины при осмотре слизистой оболочки мочевого пузыря в режиме NBI. Б) При обследовании в режиме узкоспектрового освещения капилляры на поверхности слизистой оболочки на мониторе наблюдаются в коричневом цвете, а венозная система видна в голубом цвете.

Приниципп узкоспектровой эндоскопии

Узкоспектровое изображение Pseudomonas NBI (Narrow Band Imaging TM) представляет собой технологию, позволяющую усилить оптическое изображение посредством формирования узких пучков света определеной длины, которые в подавляющем большинстве абсорбируются гемоглобином и распространяются только в поверхностных тканях, усиливая таким образом контрастность изображения слизистой оболочки МП и сосудов подслизистого слоя. Фактически, узкоспектровое изображение является технологией спектральной визуализации сосудистой структуры ткани, основанной на выборочном поглощении гемоглобином некоторых длин волн видимого спектра светового излучения. Таким образом, при освещении поверхности слизистой оболочки МП лучом узкой полосы спектрального излучения свет, активно поглощаясь кровеносными сосудами, легко проникает сквозь ткани слизистой оболочки. В результате появляется возможность контрастного выделения капилляров и других структур слизистой оболочки. Так, при обследовании в режиме узкоспектрового освещения капилляры на поверхности слизистой оболочки на мониторе наблюдаются в коричневом цвете, а венозная система видна в голубом цвете (рис. 1, 2).

Новая технология NBI заложена в многофункциональной видеосистеме EVIS EXERA II и совместима с видеофиброцистоскопом CYF-V2, (фирма «Olympus») (рис. 3), что

Рис. 3. Видеофиброцистоскоп CYF-V2 (А) и видеосистема EVIS EXERA II с NBI-технологией (Б) компании «Olympus» (Япония)

позволило создать великолепный диагностический инструмент, позволяющий урологу проводить фиброцистоскопию под местной анестезией.

Применение режима NBI помогает обнаружить очаги метаплазии и дисплазии, а также позволяет идентифицировать специфичный сосудистый рисунок опухолей и их реальное распространение. При обследовании пациентов в данном режиме врачу легче определить точное место для биопсии. Метод с успехом используется как в урологии, так и в гастроэнтерологии.

Клинические преимущества и недостатки метода фиброцистоскопии с узкоспектровой диагностикой

Технические преимущества использования видеофиброцистоскопа включают в себя отличное высококачетвенное (благодаря интегрированной в инструмент видеокамеры) цифровое изображение слизистой оболочки МП как в белом свете, так и в узкоспектровом режиме.

Цифровая передача изображения обусловливает возможность записи данных на цифровой носитель для последующей консультации с другими врачами-специалистами. Большой угол поля зрения (120˚) позволяет создавать широкоформатный обзор. Так, у большинства пациентов возможен одновременный обзор зоны обоих устьев, что важно при обследовании по поводу эссенциальной гематурии.

Широкий диапазон глубины резкости (3–50 мм) позволяет поддерживать качественное изображение как вблизи стенки МП, так и при удалении верхушки инструмента для панорамного обзора слизистой оболочки.

Размер инструмента также имеет значение, верхушка инструмента имеет размер 12,9 F, размер основания — 16,2 F, т.е. калибр инструмента достаточно мал для его проведения по уретре под местной анестезией. При наличии деликатного внешнего калибра размер его рабочего канала (6,6 F) достаточен для проведения инструментов размером 6 F. Возможно как проведение мочеточникового катетера, так и экстрактора для удаления стента или биопсийных щипцов. Длина рабочей части инструмента (380 мм) гораздо больше, чем у ригидного цистоскопа, что позволяет выполнять смотровую цистоскопию у мужчин с длинным мочеиспускательным каналом, а также у пациентов с большими размерами аденомы предстательной железы.

Главным техническим отличием инструмента от ригидного цистоскопа является возможность изгиба верхушки вверх на 210˚ и вниз — на 120˚. Благодаря возможности изгиба верхушки в МП отсутствуют участки слизистой оболочки, которые не могут быть осмотрены инструментом.

При выполнении ригидной цистоскопии подобные трудности встречаются при осмотре дивертикулов МП, а также шейки МП и участков слизистой оболочки, расположенных рядом с шейкой МП. Определенные трудности отмечаются также при наличии внутрипузырного роста аденомы предстательной железы. При необходимости зафиксировать инструмент в определенном положении, например для лазерного удаления опухоли, в основании инструмента имеется фиксатор.

Клинические преимущества использования узкоспектровой фиброцистоскопии включают в себя возможность малоинвазивной детальной оценки состояния слизистой оболочки МП, проведении интраоперационной диагностики между доброкачественными и злокачественными новообразованиями, более точным определением границ новообразований (рис. 4) и возможность одномоментного удаления небольших (до 1 см) новообразований с помощью гольмиевого лазера.

Важно, что для использования метода в ряде случаев не требуется врач-анестезиолог. Сроки пребывания в стационаре также могут быть значительно сокращены.

Онкологические преимущества использования узкоспектровой фиброцистоскопии состоят в большей частоте выявления злокачественных опухолей по сравнению с цистоскопией в белом свете, что обусловливает снижение частоты рецидива в течение года после первичной операции.

«...»

Инновации фирмы «Olympus» позволили разработать цифровой видеофиброцистоскоп, главное достоинство которого – получаение высококачественного цифрового изображения

В работе А.С. Андронова проведено сравнение диагностической ценности узкоспектровой фиброцистоскопии и стандартной цистоскопии в «белом свете». Автором было выявлено, что при стандартной цистоскопии выявляется только половина имеющихся образований в МП, что и обусловливает высокую частоту рецидива при дальнейших контрольных обследованиях и необходимость проведения дорогостоящих адъювантных методов лечения.

Использование узкоспектровой цистоскопии позволяет также улучшить диагностику рака *in situ*, который нередко протекает скрыто под маской «хронического цистита», нередко принимается за сопутствующее воспаление слизистой оболочки МП и пропускается при выполнении традиционной цистоскопии в белом свете.

Технические ограничение и недостатки узкоспектровой фиброцистоскопии включают в себя трудности проведения инструмента при наличии стриктуры уретры, а также ценность метода невысока при наличии макрогематурии в связи с отсутствием системы постоянной ирригации.

Одним из недостатков метода является необходимость освоения навыков выполнения фиброцистоскопии. По нашим данным, кривая обучаемости навыкам фиброцистоскопии составляет не менее 30 процедур. Еще одним недостатком является отсутствие систематических знаний у врачей-урологов об эндоскопической картине ряда заболеваний МП. Последнее было связано с отсутствием современного цистоскопического атласа.

На основании опыта выполнения более 800 видеофиброцистоскопий мы издали атлас по фиброцистоскопии и узкоспектровой диагностике заболеваний МП (рис. 5), в котором в реальном формате отражена нормальная и патологическая эндоскопическая картина доброкачественных и злокачественных заболеваний уретры и МП.

Наиболее частым вопросом, который задается на различных урологических конгрессах, является сравнение возможностей узкоспектровой и фотодинамической цистоскопий. Сам вопрос свидетельствует о том, что врачи плохо представляют себе механизмы действия обоих методов.

Фотодинамическая диагностика основана на селективном накоплении флуоресцирующего вещества в клетках и тканях, обладающих повышенным метаболизмом.

При осмотре тканей в специальном свете опухолевые ткани окрашены в розовый цвет, в то время как нормальные ткани видятся в синем цвете. Фотодинамическая цистоскопия применяется длительно, известны отдаленные результаты применения метода. Фотодинамическая цистоскопия является на сегодняшний день «золотым стандартом» диагностики рака *in situ*. Относительными недостатками метода считается его высокая стоимость и необходимость предварительного введения препарата в МП.

Стоимость фотосенсибилизирующего препарата на сегодняшний день составляет в среднем 7–9 тыс. рублей для одного пациента. В подавляющем большинстве случаев покупка лекарства ложится бременем на плечи пациента.

Учитывая необходимость выполнения регулярных цистоскопий, фотодинамическая диагностика, несмотря на свои явные преимущества, выполняется лишь в небольшом проценте случаев. Другим недостатком метода является довольно большое число ложноположительных результатов (тангенциальное свечение, воспаление и др.), его невысокая эффективность после проведения адъювантной БЦЖ-терапии.

Узкоспектровая диагностика является оптическим методом, использование которого не требует дополнительных расходов на специальные препараты. Вследствие того, что в основе метода лежит осмотр слизистой оболочки в пучках света определенного размера сосуды подслизистого слоя становятся зелеными, а опухолевые клетки с ядрами становятся коричневыми, таким образом, при осмотре слизистой оболочки в узкоспектровом режиме границы опухоли видны более четко.

Изображение мелких опухолевых образований становится более контрастным, чем в белом свете, и их сложнее пропустить при осмотре. Одним из патогномоничных симптомов злокачественной опухоли в узкоспектровом режиме является т.н. эффект «лягушачьей икры». Для адекватной клинической интерпретации получаемого изображения необходим некоторый опыт выполнения данного исследования.

Считается, что метод узкоспектровой диагностики уступает фотодинамической цистоскопии в диагностике рака *in situ*, но превосходит его, когда речь идет о диагностике множественных папиллярных образований и различных дисплазий. Узкоспектровая диагностика более ценна после проведенного адъювантного лечения рака МП. На данный момент сочетание данных методов является весьма заманчивым, однако для детальной оценки требуется проведение дополнительных исследований.

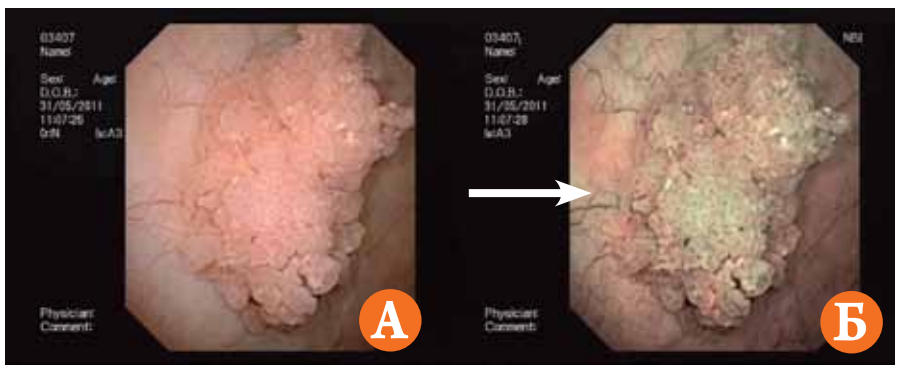


Рис. 4. Узкоспектровая цистоскопия при мышечно-неинвазивном РМП.
А) Видеофиброцистоскопия в «белом свете». Папиллярная опухоль мочевого пузыря .
Б) Видеофиброцистоскопия в режиме NBI. Видна реальная граница опухоли, невидимая в «белом свете» (указано стрелкой).

на правах рекламы

Селективные α-адреноблокаторы в консервативной терапии ДГПЖ

Симптомы нижних мочевых путей (СНМП) у мужчин старше 60 лет рутинно связывают с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Морфологические признаки ДГПЖ встречаются приблизительно у 10–20 % мужчин в возрасте 40 лет, достигая 90 % к 80 годам.

Л.А. ХОДЫРЕВА,
доцент кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, д.м.н

А.А. ДУДАРЕВА,
врач-уролог, к.м.н.
E-mail: annadudareva@bk.ru

В современном мире отмечается глобальный рост продолжительности жизни и постоянное увеличение числа пожилых людей. Численность населения в возрасте старше 60 лет за вторую половину XX века увеличилась более чем в 3 раза. По данным ООН, в 1950 г. в возрасте старше 60 лет было 8 % мирового населения, в 2000 г. –10 %, а к 2050 г., согласно прогнозам, ожидается 21 %. С учетом этих данных постоянно возрастает социальная значимость и актуальность консервативной терапии ДГПЖ/СНМП.

Тактика ведения пациентов с ДГПЖ зависит от тяжести СНМП, предпочтение отдается консервативной терапии и минимально инвазивным хирургическим вмешательствам. Медикаментозная терапия ДГПЖ очень динамично развивалась в течение последних деятилетий. Внедрение в клиническую практику α-адреноблокаторов привело к существенному пересмотру показаний к оперативному лечению ДГПЖ.

В качестве консервативной терапии назначают α1-адреноблокаторы – силодозин, альфузозин, доксазозин, тамсулозин или теразозин, которые в настоящее время являются препаратами первой линии для мужчин с СНМП/ДГЖП умеренной или тяжелой степени, либо ингибиторы 5α-редуктазы – финастерид и дутастерид, которые уменьшают объем стромального компонента железы, либо их комбинацию.

При применении альфузозина, теразозина и доксазозина отмечается влияние на системное артериальное давление, что связано с их влиянием не только на α1A-, но и на α1B-адренорецепторы, и появлением нежелательных эффектов со стороны других органов, в основном – сердечно-сосудистой системы. Чаще всего наблюдаются ортостатическая гипотензия, головокружение, тахикардия, аритмия, поэтому их применение значительно ограничено у пожилых пациентов при наличии сопутствующих сердечно -сосудистых заболеваний, нарушении мозгового кровообращения.

Силодозин является производным индолинового ряда и представляет собой новый α-адреноблокатор с самой высокой на сегодняшний день селективностью к α1A-адренорецепторам. Механизм действия α1-адреноблокаторов связан с ингибированием выработки эндогенного норадреналина гладкомышечными клетками уретры, шейки мочевого пузыря, стромы и капсулы предстательной железы.

Адренорецепторы относятся к рецепторам, сопряженным с G-белком (GPCRs – G-protein-coupled receptors), составляют большое семейство трансмембранных рецепторов. Существует несколько групп рецепторов, которые различаются по сопряженным эффектам, локализации, а также аффинитету к различным веществам: α1-, α2-, β1-, β2-, β3-адренорецепторы. α1-адренорецепторы – это преимущественно внутрисинаптические рецепторы, они чувствительнее к норадреналину, выделяющемуся из симпатических окончаний.

У человека описано четыре подтипа α1-адренорецепторов: α1A-, α1B- , α1D-, α1L-. Доказано, что до 70 % α1-адренорецепторов предстательной железы представлены подтипом α1A. Считается, что подтип α1B участвует в сокращении гладкомышечных клеток крупных артерий, поэтому при применении неселективных α1-адреноблокаторов часто возникают побочные эффекты со стороны сердечно-сосудистой системы. α1D-адренорецепторы локализуются преимущественно в стенке мочевого пузыря и спинном мозге. В ряде работ показано, что α1L-рецепторы не являются отдельным видом рецепторов, а представляют собой фенотип α1A-адренорецепторов. В экспериментальных исследованиях выявлено, что силодозин имеет одинаково высокую аффинность к α1A-адренорецепторам классического типа и к фенотипу α1L-адренорецепторов.

Слева направо: А.А. Дударева, Л.А. Ходырева

В России силодозин доступен в аптеках с октября 2011 г. под торговым названием Уророк (производится итальянской фармацевтической компанией Рекордати). Рекомендуемая доза силодозина составляет 8 мг 1 раз в сутки вместе с пищей. Установлено, что фармакокинетика силодозина в стандартной дозировке достоверно не изменяется с увеличением возраста мужчин, включая пациентов старше 85 лет, и требует коррекции только у больных с умеренно выраженной почечной недостаточностью. При клиренсе креатинина 30–50 мл/мин рекомендуется в течение 1-й недели принимать препарат по 4 мг/сут, затем при хорошей индивидуальной переносимости можно увеличить дозу до 8 мг/сут.

«...»

Тактика ведения пациентов с ДГПЖ зависит от тяжести СНМП, предпочтение отдается медикаментозной терапии и минимальным инвазивным вмешательствам

Силодозин был зарегистрирован в 2006 г. в Японии, в 2008 г. – в США и в 2009 г. – в Европе. Силодозин рекомендован Европейской ассоциацией урологов (EAU) для консервативной терапии СНМП у мужчин. Силодозин входит в Российские Стандарты первичной медико-санитарной помощи для лечения гиперплазии предстательной железы (приказ Министра Здравоохранения РФ от 28 января 2013 г.) и при острой задержке мочеиспускания (приказ Министра Здравоохранения РФ от 29 января 2013 г.)

Проведено большое количество различных высокотехнологичных исследований, подтвердивших уроселективность силодозина на различных тканях животных и человека. Как показал ряд исследований *in vitro* и *in vivo*, силодозин обладает большей селективностью в отношении тканей нижних мочевых путей по сравнению с тканями аорты, селезенки и печени. В 2000 г. S. Murata и соавт. в эксперименте доказали, что силодозин подавляет норадреналин-индуцированные сокращения ткани предстательной железы человека и имеет аффинность к α1A-адренорецепторам примерно в 200 раз выше, чем к ткани аорты и в 100 раз выше, чем к ткани брыжеечной артерии человека.

В целом ряде исследований показано, что сродство силодозина к подтипу α1A-адренорецепторов больше, чем к подтипам α1B- (> 100 раз) и α1D- (> 50 раз). S. Tatemichi и соавт. проводили исследование на изолированных тканях простаты, уретры и треугольнике мочевого пузыря кролика, селезенке и грудной аорте крыс. Было показано, что селективность силодозина в отношении α1A-адренорецепторов по сравнению с α1B-адренорецепторами примерно в 16 раз выше по сравнению с тамсулозином. В работах нескольких исследователей было выявлено влияние α1-адреноблокаторов на ЦНС, позволившее высказать предположение, что они имеют центральный механизм действия при гиперфункции детрузора, включая обструкцию мочевыводящих путей.

Первое рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование препарата силодозин было проведено в Японии в 2001 г., которое показало его высокую эффективность в дозе 4 мг 2 раза в сутки.

Клиническая эффективность и безопасность силодозина оценивалась в трех рандомизированных двойных слепых исследованиях III фазы: из них два плацебо-контролируемых исследования были проведены в США и одно с плацебо и активным сравнением с тамсулозином в Европе. В последнем исследовании принимали

участие 72 медицинских центра из 11 стран Европы, в т. ч. российские клиники. Всего в этих трех исследованиях приняли участие 1 581 пациент, получавшие силодозин от 12 до 52 недель.

В клинических исследованиях у мужчин старше 50 лет, страдающих ДГПЖ, при консервативном лечении силодозином в дозе 8 мг 1 раз в сутки выявлено статистически значимое улучшение общего балла по шкале IPSS, а также по подшкалам IPSS, относящихся к функциям накопления и опорожнения по сравнению с плацебо. Более того, силодозин показал значительно бóльшую эффективность, чем тамсулозин в отношении одновременного улучшения симптомов ноктурии, учащенного мочеиспускания и чувства неполного опорожнения мочевого пузыря. Уменьшение эпизодов ноктурии было более выраженным в подгруппе пациентов, имеющих не менее двух мочеиспусканий в течение ночи, как в сравнении с группой плацебо, так и группой мужчин, принимавших тамсулозин.

Ноктурия напрямую связана с качеством жизни и даже смертностью пациентов. Фрагментация сна может приводить к бессоннице, повышению сонливости и снижению активности днем, что негативно влияет на функцию всех органов и систем организма.

В ряде исследований показали, что ноктурия является фактором риска развития депрессии и тревоги, возникновения автомобильных аварий. В исследовании, проведенном D. Mitropoulos и соавт., около половины опрошенных женщин сообщили, что утомляются в дневное время из-за ночных пробуждений, когда их супруг встает в туалет, что негативно влияет на их качество жизни тоже. Группа травматологов под руководством R.B. Stewart установили, что вероятность падения у пожилых пациентов (n = 1500, средний возраст 80 лет) при походе в туалет, имеющих 2 микции ночью, увеличивается в 1,84, а три микции – в 2,15 раза. А как известно, падения среди пожилых пациентов часто сопровождаются переломами трубчатых костей и связаны со смертностью. В литературе имеются сообщения о том, что ноктурия оказывает более негативное влияние на качество жизни пациентов, чем выраженность дневных СНМП, а также симптомов артериальной гипертензии или сахарного диабета 2 типа.

Согласно анализу результатов трех вышеупомянутых двойных слепых рандомизированных исследований, у пациентов, принимавших силодозин, было получено достоверное улучшение качества жизни, а также уменьшение баллов по подшкалам функции накопления и опорожнения мочевого пузыря по сравнению с пациентами, принимавшими плацебо. Эффект силодозина наступал через 2–6 часов от начала терапии, наблюдалось значимое улучшение Q_{max}, а через 3–4 дня снижение общего показателя IPSS по сравнению с плацебо. Проведенные исследования показали, что силодозин не уступает по эффективности тамсулозину в отношении снижения общего показателя IPSS, Q_{max}

Результаты четырех открытых клинических исследований с участием 326 пациентов, получавших силодозин в дозе 8 мг в течение 4 недель или 3 месяцев, также показали, что его прием приводит к улучшению СНМП. T. Yamanishi и соавт. назначали силодозин ежедневно 2 раза в сутки в дозе 4 мг мужчинам с ДГПЖ, у которых терапия другими α-адреноблокаторами была неэффективна, и было предложено оперативное вмешательство. В результате приема силодозина общий балл по шкале IPSS, а также обструктивные и ирритативные симптомы и оценка негативного их влияния на качество жизни уменьшились. Уродинамическое исследование показало, что примерно у 80 % пациентов терапия силодозином привела к увеличению максимальной цистометрической емкости и купированию гиперактивности детрузора у 40 % пациентов. Практически половина пациентов (44 %) принимали силодозин более 1 года, при этом случаев острой задержки мочи зафиксировано не было.

Самым частым побочным эффектом на фоне приема силодозина было нарушение эякуляции. В основном нарушения эякуляции характеризовались следующими симптомами: оргазм без семяизвержения, оргазм с пониженной интенсивностью семяизвержения и ретроградная эякуляция.

Американские исследователи увидели закономерность, что у мужчин с нарушениями эякуляции эффективность терапии силодозином была в 1,75 раз выше, а именно, уменьшение общего балла IPSS на 3 и более, а также Q_{max} – на 3 мл/с и более. Roehrborn и Homma выявили, что у пациентов с развитием эякуляторных нарушений на фоне приема силодозина наблюдалась более выраженная клиническая эффективность в отношении улучшения СНМП.

Нарушения эякуляции – побочный эффект, характерный для всего класса антагонистов α1-адренорецепторов. В литературе обсуждаются разные причины нарушения эякуляции на фоне приема α1-адреноблокаторов – это расслабление гладкой мускулатуры семенных пузырьков, предстательной железы, уретры и мочевого пузыря, нарушение продукции семенной жидкости и воздействие на рецепторные системы дофамин/серотонин ЦНС. После отмены α-адреноблокаторов эякуляторная функция быстро восстанавливается. Не более чем у 1,3–4 % пациентов расстройства эякуляции стали причиной прекращения лечения силодозином.

Другие нежелательные эффекты, отмеченные менее чем у 2 % пациентов, принимавших силодозин, включали умеренную и продолжительную жажду, диарею, назофарингит и заложенность носа, носили невыраженный характер и не требовали отмены препарата. Важно отметить, что α-адреноблокаторы могут усиливать желудочную секрецию и моторику желудочно-кишечного тракта, однако силодозин благодаря своей высокой селективности практически не имеет этих побочных эффектов и будет более предпочтительным у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки или другими гастроинтестинальными заболеваниями.

В плацебо-контролируемых исследованиях показано, что терапия силодозином не вызывала значимых изменений АД или ЧСС и не увеличивала риска возникновения ортостатической гипотензии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, получавших антигипертензивную терапию. А также силодозин не влиял на параметры ЭКГ у здоровых добровольцев при приеме препарата в дозах 8 мг и 24 мг в течение 5 дней.

При длительном приеме силодозина в течение 40–52 недель сохранялся эффект, достигнутый в результате предыдущих 12-недельных исследований.

Открытое перекрестное плацебо-контролируемое исследование, в котором участвовали мужчины в возрасте 45–78 лет с нормальным АД, продемонстрировало, что одновременное применение 8 мг силодозина в течение 21 дня и трижды однократной дозы ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа в максимальной дозировке силденафила 100 мг или тадалафила 20 мг не сопровождалось клинически значимыми изменениями САД, ДАД или ЧСС, по данным ортостатических тестов.

Таким образом, силодозин является современным уроселективным α1А-адренореноблокатором, характеризующимся высокой клинической эффективностью, быстрым началом действия в купировании СНМП и хорошим профилем безопасности при длительном приеме, не требует корректировки дозы у мужчин с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями, при одновременном применении с антигипертензивными препаратами и ингибиторами фосфодиэстеразы 5-го типа.

«...»

Силодозин является производным индолинового ряда и представляет собой новый α-адреноблокатор с самой высокой на сегодняшний день селективностью к α1А-адренорецепторам

на правах рекламы

Безопасность и эффективность применения силденафила цитрата по данным мировой литературы

«Золотым» стандартом лечения большинства форм эректильной дисфункции общепризнанно являются ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5). Самым изученным представителем ингибиторов ФДЭ-5 является силденафила цитрат. Несмотря на более чем 15-летний опыт применения препарата, вопросы исследования эффективности и безопасности применения силденафила у отдельных групп пациентов волнуют практикующих специалистов и исследователей. Показания к применению силденафила расширяются, на рынок выходят новые генерики, разрешая остро стоящую социально-медицинскую дилемму улучшения качества жизни пациентов с ЭД.

Е.А. ЕФРЕМОВ,
д.м.н., заведующий отделом андрологии и репродукции человека ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России

Е.В. КАСАТОНОВА,
отдел андрологии и репродукции человека ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России

Не являясь угрожающим жизни состоянием, эректильная дисфункция (ЭД), как никакое другое заболевание, способна ухудшить качество жизни мужчины [1].

В настоящее время число мужчин с ЭД в мире превышает 100 млн, в течение ближайших 10 лет прогнозируется увеличение этого показателя более чем втрое. В последние годы в арсенале врача появляется все больше средств, которые обладают достаточно высокой эффективностью и позволяют проводить неинвазивное лечение.

Исследования последних лет изменили не только взгляд на механизм развития эрекции, но и на этиологию эректильных расстройств. В 2/3 случаев ЭД имеет два и более причинных фактора, взаимно усугубляющих течение расстройств эрекции. Известно, что только 25,4 % пациентов получают какое-либо лечение, при этом в 75,2 % случаев им назначают ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (иФДЭ-5), 30,6 % пациентов получают андрогензаместительную терапию, а 2 % используют интракавернозную терапию простагландинами [2].

Как известно, препаратами первой линии терапии ЭД являются иФДЭ-5, эффективность которых превышает 70 % [6].

Появление иФДЭ-5 в качестве средств перорального лечения ЭД явилось революционным событием в клинической практике. Доступность и неинвазивность терапии иФДЭ-5 увеличили эффективность лечения по сравнению с другими лечебными методиками, к которым относятся интракавернозные инъекции вазоактивных препаратов, вакуумные устройства, пенильные протезы и оперативные сосудистые реконструкции [3].

История применения иФДЭ-5 началась в марте 1998 г., когда таблетированный препарат силденафил был разрешен к применению организацией Food and Drug Administration (FDA) в США. После появления на рынке этого первого эффективного таблетированного препарата, он по праву стал флагманом и «золотым» стандартом первой линии терапии ЭД. Варденафил и тадалафил, которые были введены позже, также известны как селективные ингибиторы иФДЭ-5. Таким образом, силденафил является не только препаратом первой линии терапии эректильных расстройств, но и самым изученным в плане безопасности и эффективности препаратом среди иФДЭ-5.

Силденафила цитрат обеспечивает повышение концентрации цГМФ в гладкомышечных клетках кавернозного тела полового члена, что в свою очередь приводит к росту уровня оксида азота (NO) в этих клетках и, как следствие, к расслаблению данных клеток [4].

По результатам четырехлетнего двойного слепого плацебо-контролируемого исследования длительности действия силденафила, частота положительного ответа через 12 часов после приема препарата составила 45 %, несмотря на то что время полувыведения (Т 1/2) силденафила составляет 3–5 часов, а его метаболита — около 4 часов. Это объясняется тем, что время полувыведения не обязательно непосредственно коррелирует с продолжительностью действия [5]. Длительное время препараты из группы иФДЭ-5 рассматривали в качестве симптоматической терапии, принимаемой «по требованию». Однако в последнее время стало появляться все больше данных, указывающих на целесообразность постоянного приема иФДЭ-5. В ряде исследований авторы показали, что именно регулярный прием препаратов иФДЭ-5 приводит к улучшению как эректильной, так и эндотелиальной функции [18–21].

Частота ЭД, несомненно, имеет корреляционную связь с возрастом. В американском исследовании Massachusetts Male Aging Study частота встречаемости ЭД у мужчин в возрасте 40–70 лет составила 52 %. В немецком исследовании Cologne Male Survey частота ЭД увеличивалась на 10 % у мужчин в возрасте 40–49 лет, на 16 % — в возрасте 50–59 лет, на 34 % — в возрасте 60–69 лет и более чем на 50 % — в возрасте от 70 до 80 лет [7–9].

Таким образом, бóльшая часть мужчин, принимающих силденафил, — это мужчины зрелого и пожилого возраста, для которых вопросы безопасности со стороны сердечно-сосудистой системы крайне важны. Более того, некоторые исследования показывают, что силденафил оказывает благоприятное плейотропное действие при различных заболеваниях, включая ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию, сердечную недостаточность, сахарный диабет [10].

Как показали исследования более чем 13 тыс. пациентов, данные за 7 лет международных постмаркетинговых и наблюдательных исследований с участием более 28 тыс. мужчин в Соединенном Королевстве и 3813 мужчин в Европейском Союзе, сердечно-сосудистой риск, связанный с сексуальной активностью и приемом силденафила, крайне низок [14].

> «...»
>
> ***В 2/3 случаев ЭД имеет два и более причинных фактора, взаимно усугубляющих течение расстройств эрекции***

В исследовании группы пациентов с ишемической болезнью сердца разной степени выраженности побочные эффекты были ожидаемы и связаны с вазодилатацией и включали головную боль, гиперемию кожных покровов и небольшое снижение систолического и диастолического артериального давления. Поскольку безопасность силденафила не была установлена у больных с недавно перенесенным инфарктом миокарда, артериальной гипотонией или неконтролируемой артериальной гипертензией, врач должен проконсультироваться с кардиологом перед тем, как назначать силденафил этим пациентам.

На основании ретроспективного анализа установлено, что одновременное применение антигипертензивных препаратов у пациентов, принимающих силденафил, не приводило к какому-либо ухудшению течения основного заболевания и значимым эпизодам гипотонии по сравнению

с пациентами, принимавшими только силденафил. Основные классы антигипертензивных препаратов (α-адреноблокаторы, β-адреноблокаторы, диуретики, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и антагонисты кальция) хорошо переносятся пациентами, принимающими силденафил. Однако следует помнить, что силденафил усиливает гипотензивное действие нитратов и его назначение пациентам, которые используют органические нитраты в любой форме постоянно или с перерывами, противопоказано [2, 11, 12].

Не менее важным признан факт влияния ЭД на демографические показатели. После выхода силденафила на фармацевтический рынок многие научные работы были посвящены влиянию препарата на характеристики сперматозоидов *in vitro*. T. Mostafa и соавт., L. Lefievre и соавт. в своих работах продемонстрировали стимулирующее действие силденафила на подвижность сперматозоидов, зависящее от концентрации препарата [15, 16].

Исследование А.О. Куликова и соавт., проведенное в ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России в 2013 г., показало, что в условиях *in vitro* выявляется резкое увеличение общей подвижности сперматозоидов (А + В) при экспозиции с силденафилом в концентрации 25 нг/мл ($p < 0{,}001$) и тенденция к угнетению общей подвижности (А + В) при концентрации препарата свыше 250 нг/мл ($p = 0{,}09$). Это может свидетельствовать о наличии стимулирующего влияния на сперматогенез и созревание сперматозоидов низкой дозы препарата.

Согласно полученным данным, автор рекомендует избегать максимальных терапевтических дозировок силденафила у пациенток, планирующих беременность [17].

В практике уролога нередким является вопрос назначения иФДЭ-5 пациентам с хронической почечной недостаточностью, в т. ч. находящимся на гемодиализе. В исследованиях установлено, что силденафил хорошо переносится пациентами этой группы в дозе 50 мг «по требованию» в течение 3 недель и значительно улучшает качество жизни, вызывая увеличение удовлетворения сексуальной функцией и ее улучшение на 60 %. Между тем некоторые авторы рекомендуют прием силденафила в дозе 25 мг для мужчин с терминальной стадией почечной недостаточности, поскольку максимальная концентрация препарата в плазме повышается и препарат не удаляется при гемодиализе (менее 1 % дозы) [22].

Также актуальной темой для дальнейшего научного исследования в настоящее время остается применение иФДЭ-5 после радикальной простатэктомии, что является альтернативой послеоперационного фаллоэндопротезирования.

Анализ представленных на сегодняшний день в литературе данных, посвященных лечению послеоперационной ЭД с помощью силденафила цитрата, показали эффективность терапии в диапазоне 14–53 %. В послеоперационном периоде для пациентов, страдающих ЭД, препаратами первой линии являются современные иФДЭ-5 (в т. ч. силденафила цитрат), а их применение наиболее целесообразно в сроки от 1 до 12 месяцев после проведения оперативного вмешательства [23].

Поддержка производства генериков, их использование в медицинской практике является одной из стратегических целей Всемирной организации здравоохранения при обеспечении доступа к медицинской помощи [13]. В соответствии с этим принципом, помимо оригинального препарата на Российском рынке появился генерик силденафила — препарат Таксиер 100 мг № 1 и № 4, 50 мг № 1 и № 4.

Результаты проведенных исследований показывают, что эффективность и безопасность Таксиера сравнимы с таковыми у оригинального препарата, а ценовая политика компании способна заинтересовать многие социальные группы населения, что делает Таксиер препаратом выбора для врачей и фармацевтов.

«...»

Препаратами первой линии терапии ЭД являются иФДЭ-5, эффективность которых превышает 70 %

Литература

1. *Feldman H.A., et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol. 1994;151 (1):54–61.*
2. *Cakir O., et al. The frequencies and characteristics of men receiving medical intervention for erectile dysfunction: Analysis of 6.2 million patients. 2012.*
3. *Fisher W.A., et al. The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) Study Phase II: understanding PDE5 inhibitor treatment seeking patterns, among men with erectile dysfunction. J Sex Med. 2004;1 (2):150–160.*
4. *Boswell-Smith V., et al. Phosphodiesterase inhibitors. Br. J Pharmacol. 2006;147: S252–S257.*
5. *Sultana S.R., et al. Duration of Action of Sildenafil Citrate in Men with Erectile Dysfunction. J Sex Med 2004;1: 179–184.*
6. *Montorsi F., et al. Pharmacological management of erectile dysfunction. BJU Int. 2003;91 (5):446–454.*
7. *Stolk E.A., et al. Are patients and the general public like-minded about the effect of erectile dysfunction on quality of life? Urology. 2003;61 (4):810–-815.*
8. *Feldman H.A., et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol. 1994;151 (1):54–61.*
9. *Braun M., et al. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the «Cologne Male Survey». Int J Impot Res. 2000;12 (6):305–311.*
10. *Chrysant S.G., et al. The pleiotropic effects of phosphodiesterase 5 inhibitors on function and safety in patients with cardiovascular disease and hypertension. J Clin Hypertens (Greenwich). 2012;14 (9):644–49.*
11. *Jackson G., et al. Cardiovascular safety of sildenafil citrate (Viagra): an updated perspective. Urology. 2006;68 (Suppl. 3): 47–60.*
12. *Zusman R.M., et al. Overall Cardiovascular Profile of Sildenafil Citrate. Q1999 by Excerpta Medica, Inc. Am J Cardiol. 1999;83:35C–44C.*
13. *Trade, Foreign Policy, Diplomacy and Health: Access to Medicines/WHO// Feb 2013.http://www.who.int/trade/glossary/story002/en/*
14. *Тевлин К.П., Брук Ю.Ф. Вопросы выбора ингибиторов ФДЭ-5: эффективность и безопасность. Экспериментальная и клиническая урология. 2013;2:46–50.*
15. *Mostafa T. In vitro sildenafil citrate use as a sperm motility stimulant. Fertil Steril. 2007;88 (4):994–996.*
16. *Lefievre L., et al. The cyclic GMP-specific phosphodiesterase inhibitor, sildenafil, stimulates human sperm motility and capacitation but not acrosome reaction. J Androl. 2000;21 (6):929–937.*
17. *Куликов А.О. Влияние ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа на сперматогенез. Дисс. канд. мед. наук. М., 2013.*
18. *Bella A.J., et al. Daily administration of phosphodiesterase type 5 inhibitors for urological and nonurological indications. Eur Urol. 2007;52:990–1005.*
19. *Montorsi F., et al. Can Phosphodiesterase Type 5 Inhibitors Cure Erectile Dysfunction? Eur Urol. 2006;49:979–986.*
20. *McMahon C.G. Treatment of erectile dysfunction with chronic dosing of tadalafil. Eur Urol. 2006;50:215–217.*
21. *Park J.W., et al. Sildenafil improves cutaneous microcirculation in patients with coronary artery disease: a monocentric, prospective, doubleblind, placebo-controlled, randomized cross-over study. Clin Hemorheol Microcirc. 2004;31:173–83.*
22. *Sadovsky R., et al. Three-year update of sildenafil citrate (Viagra) efficacy and safety. Int J Clin Pract. 2001;55 (2):115–28.*
23. *Montorsi F., et al. Efficacy of sildenafil citrate in men with erectile dysfunction following radical prostatectomy: a systematic review of clinical data. J Sex Med. 2005;2 (5):658–67.*

Обзор клинических исследований растительного уросептика Уропрофит® в урологической практике

Мир лекарственных растений еще далеко не изучен, внедрение современных химических и фармакологических методов позволяет выявлять новые химические соединения фитоэкстрактов и создавать различные формы выпуска фитопрепаратов. Следовательно, определяются неизвестные ранее лечебные свойства лекарственных растений и научно доказываются механизмы их действия.

Л.А. ХОДЫРЕВА,
доцент кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, д.м.н.

А.А. ДУДАРЕВА,
врач-уролог, к.м.н.

В.К. КАРПОВ, доцент кафедры ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, к.м.н.

Для лечения мочекаменной болезни и инфекционно-воспалительных процессов в мочеполовых органах широко используются комплексы, содержащие растительные компоненты, которые характеризуются эффективностью и удобством применения.

Растительный уросептик Уропрофит® компании «Валеант» – является одним из современных отечественных комбинированных фитоэкстрактов.

В его состав входят экстракты плодов клюквы, листьев толокнянки, хвоща полевого и витамин С, доказавшие свою эффективность тысячелетним опытом их применения. Клинические и экспериментальные исследования применения компонентов, входящих в состав Уропрофита® показали наличие мочегонного, спазмолитического, гемостатического, литолитического эффектов, а также доказали их иммунокорригирующее, антиоксидантное и антиадгезивное влияние.

В настоящее время многие медицинские центры России с успехом используют Уропрофит® компании «Валеант» в урологии и гинекологии, причем как в амбулаторной, так и в стационарной практике. Высокое качество Уропрофита® обеспечивается тщательным контролем компании-производителя.

Контроль качества сырья и осуществляется на всех этапах технологического производства: входящем, промежуточном и конечном, что соответствует мировым стандартам.

В урологических центрах Москвы и Рязани были проведены постмаркетинговые клинические исследования по применению биологически сбалансированного фитокомплекса Уропрофит® у пациентов, перенесших дистанционную ударно-волновую литотрипсию (ДУВЛ).

Целью этих исследований было изучение клинической эффективности и безопасности применения комплекса растительного происхождения Уропрофит® у больных МКБ в раннем послеоперационном периоде после ДУВЛ.

Под руководством профессора Б.Н. Жиборева в 2011 г. на клинической базе ГБОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова успешно проведено исследование применения Уропрофита® у 38 пациентов, перенесших ДУВЛ с признаками полной дезинтеграции камня. ДУВЛ проводилась одноэтапно, количество импульсов составляло от 2000 до 3000 в зависимости от размера и плотности камня. Контролируемые показатели исследовались до ДУВЛ, через 5 дней и в конце курса приема препарата – на 30-й день.

Отхождение конкрементов в течение первых 5 суток после ДУВЛ в основной группе (n = 20) отмечено у 13 (65 %) больных, в группе сравнения (n = 18) – у 8 (44,5 %).

Лейкоцитурия зафиксирована в основной группе у 14 (70 %), в группе сравнения – у 11 (61,1) до лечения и у 8 (40 %) пациентов против 9 (50 %) через 5 дней соответственно. После курса терапии лейкоцитурия в основной группе определялась у 4 (20 %) и у 6 (33,3 %) больных в группе сравнения. Таким образом, отмечено достоверное и быстрое снижение числа лейкоцитов в моче у пациентов, принимавших Уропрофит®.

Диурез увеличился в обеих группах, однако при сравнении средних величин выявлено достоверно большее увеличение в основной группе, чем в группе сравнения на 312 мл (с 1190 до 1502 мл/сут) и на 91 мл (с 1165 до 1256 мл/сут) соответственно на 5-е сутки после ДУВЛ.

Динамика отхождения фрагментов имела прямую зависимость от первоначального размера конкремента, их локализации и длительности стояния в мочевых путях.

Проведенное исследование позволяет рассматривать Уропрофит® как эффективное средство в комплексном лечении и профилактике инфекционно-воспалительных заболеваний верхних мочевых путей у пациентов в раннем послеоперационном периоде после ДУВЛ.

В ГБУЗ «ГКУБ № 47» ДЗМ проведено аналогичное клиническое исследование эффективности и безопасности комплекса Уропрофит®.

Анализ полученных результатов у пациентов показал достоверное ($p < 0,05$) уменьшение частоты случаев лейкоцитурии и кристаллурии у больных, принимавших Уропрофит, так же как и в предыдущем исследовании. Отмечено достоверное изменение диуреза в обеих группах, более выраженное – у пациентов основной группы.

Таким образом, клинические исследования показали преимущества приема Уропрофита® по сравнению с растительными диуретиками в раннем послеоперационном периоде после ДУВЛ.

В 2011 г. В.И. Павлов и сотрудники ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России изучили влияние Уропрофита® на показатели водно-электролитного и азотистого обменов у пациентов с уретеролитиазом после контактной литотрипсии.

Пациенты были разделены на 2 группы. Основная группа была представлена 28 пациентами, которые в течение 3 недель до операции принимали Уропрофит® по 1 капсуле 2 раза в сутки. Группа сравнения включала данные 24 пациентов, получавших стандартную противовоспалительную терапию.

Все показатели водно-солевого и азотистого обменов, исследованные в сыворотке крови, достоверно не различались у пациентов обеих групп до и после контактной литотрипсии (КЛТ).

Однако в основной группе после КЛТ достоверно выше было абсолютное значение осмолярного клиренса и степень его увеличения по сравнению с дооперационными показателями. Клиренс осмотически свободной воды у пациентов группы сравнения до КЛТ был ниже, чем в основной группе (*табл. 1*).

Также исследователями после уретероскопии и литотрипсии установлен значительно меньший рост в моче концентрации веществ, характеризующих клубочковую и канальцевую дисфункцию: в основной группе микроальбумина – на 86,7 мкг/мл, в группе сравнения – на 162,3 мкг/мл, НГАЛ – на 0,47 мг/мл и 0,65 мг/мл,

«...»

Контроль качества сырья осуществляется на всех этапах производства: входящем, промежуточном и конечном, что соответствует мировым стандартам

Таблица 1. Биохимические показатели мочи

Показатель	Основная группа		Группа сравнения	
	до КЛТ	после КЛТ	до КЛТ	после КЛТ
Креатинин, мкмоль/сут	13782 ± 1481	15679 ± 1258	10165 ± 1135	14633 ± 1257*
Мочевина, ммоль/сут	368,7 ± 25,6	433 ± 19,9*	257,3 ± 13,4	310,3 ± 18,7*
Калий, ммоль/сут	65,2 ± 11,3	67,4 ± 8,4	54,8 ± 6,4	58,3 ± 7,6
Хлориды, ммоль/сут	127,3 ± 25,7	145,6 ± 27,3	90,5 ± 18,8	140,6 ± 22,1*
Натрий, ммоль/сут	182,6 ± 13,9	198,4 ± 20,7	144,5 ± 11,3	185,8 ± 16,2*
Осмолярность, мосм/сут	883,9 ± 76,5	1042,5 ± 84,3	602,6 ± 92,8	812 ± 80,2*
Клиренс креатинина, мл/мин	133 ± 9,4	156,2 ± 14,6	92,5 ± 16	148,2 ± 11,7*
Осмолярный клиренс, мл/мин	1,58 ± 0,14	1,89 ± 0,3	1,45 ± 0,23	1,92 ± 0,17*
Клиренс осмотически свободной воды, мл/мин	-0,51 ± 0,22	-0,83 ± 0,28	-0,18 ± 0,1	-0,73 ± 0,24*
Экскретируемая фракция натрия, %	0,82 ± 0,11	0,76 ± 0,15	0,71 ± 0,05	0,64 ± 0,08

*p<0,05

Таблица 2. Результаты количественного определения гормонов и белков сыворотки крови и мочи

Показатель	Основная группа		Группа сравнения	
	до КЛТ	после КЛТ	до КЛТ	после КЛТ
Кортизол, мг/дл[1]	22,2 ± 1,9	24,6 ± 1,5	23,7 ± 1,1	26,3 ± 1,7
Альдостерон, пг/мл[1]	241,8 ± 24,6	229,1 ± 28,3	223 ± 20,5	252,7 ± 15
Микроальбумин, мкг/мл[2]	29,6 ± 12,8	116,3 ± 42,6*	75,3 ± 34,7	237,6 ± 75,7*
НГАЛ, пг/мл[1]	1,74 ± 0,39	1,88 ± 0,26	2,04 ± 0,28	1,81 ± 0,29
НГАЛ, пг/мл[2]	0,51 ± 0,12	0,98 ± 0,26*	1,12 ± 0,16	1,77 ± 0,34*
β2-микроглобулин, мг/мл[1]	2,21 ± 0,5	2,07 ± 0,37	2,29 ± 0,41	1,98 ± 0,23
β2-микроглобулин, мг/мл[2]	0	0,09 ± 0,01*	0,04 ± 0,01	0,18 ± 0,05*
АКТГ, пг/мл[1]	6,1 ± 2	9,6 ± 2,1	6,8 ± 2,8	10,4 ± 2,6
Вазопрессин, пг/мл[1]	3,28 ± 0,84	3,07 ± 0,49	2,96 ± 0,3	3,21 ± 0,37

[1] – сыворотка крови, [2] – моча

β2-микроглобулина – на 0,09 пг/мл и 0,14 пг/мл соответственно (*табл. 2*).

Таким образом, это исследование показало, что на фоне приема Уропрофита® до КЛТ суточная экскреция осмотически активных веществ снижается в меньшей степени, что свидетельствует об уменьшении канальцевой дисфункции в результате окклюзии мочеточника конкрементом. После операции рост маркеров канальцевого повреждения происходил в меньшей степени, что, возможно, связано с уменьшением дооперационного негативного влияния мочевой гипертензии на паренхиму почки.

Постмаркетинговые клинические исследования эффективности и безопасности применения Уропрофит® у женщин с хроническим циститом проведены в ведущих урологических российских клиниках.

Предложенные авторами дизайны исследований отличались длительностью наблюдения, числом курсовых приемов Уропрофита®, методами обследования. Отбор пациенток проводился в соответствии с четко разработанными критериями включения и исключения.

А.И. Неймарк и соавт. (ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России) в 2011 г. провели клиническое исследование с участием больных хроническим циститом. Все пациентки в зависимости от вида проводимого лечения были разделены на основную и контрольную группы по 20 человек. Возраст пациенток составлял от 20 до 68 лет (средний возраст 45 ± 2,7 лет). Женщины основной группы после антибактериальной терапии получали Уропрофит® по 1 капсуле 2 раза в сутки в течение 1 месяца. Пациентки контрольной группы получали только антибактериальную терапию.

При выполнении цистоскопического исследования были отмечены изменения, характерные для обострения хронического цистита – гиперемия, отек, в некоторых случаях имели место пролиферативные изменения слизистой оболочки мочевого пузыря. В основном изменения затрагивали область мочепузырного треугольника и шейки мочевого пузыря.

По результатам контрольной цистоскопии после курса лечения в основной группе по сравнению с контрольной отмечены менее выраженные изменения слизистой оболочки мочевого пузыря, что свидетельствует о противовоспалительном эффекте Уропрофита®.

При проведении цистометрии у некоторых пациенток выявлены признаки гиперактивности. Цистометрическая емкость мочевого пузыря у пациенток в среднем составила от 200–300 мл. Результаты урофлоуметрии показали наличие обструктивного типа мочеиспускания у 12 пациенток, что автор связывал с явлениями тригонита. У 28 женщин уродинамических нарушений выявлено не было. При проведении повторной урофлоуметрии восстановление нормального мочеиспускания к концу лечения отмечено у всех пациенток исследуемых групп.

По результатам исследования, у женщин основной группы в более ранние сроки отмечено снижение клинических проявлений заболевания, купирование «дизурических» явлений и восстановление нормального мочеиспускания у всех пациенток к концу лечения.

В.Н. Крупин и сотрудники кафедры урологии им. Е.В. Шахова Нижегородской медицинской академии оценили использование Уропрофита® в комплексной профилактике рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей у женщин.

Клиническое исследование отличалось от предыдущих более длительными периодами лечения и наблюдения до 2 и 6 месяцев соответственно. На основании опроса, включающего жалобы, анамнез заболевания и жизни пациенток, физикального осмотра, оценки показателей клинического и микробиологического анализов мочи и подтверждения диагноза хронического рецидивирующего цистита пациентки в возрасте от 27 до 44 лет были включены в исследование. Восемнадцать больных I группы после успешного антибактериального лечения принимали Уропрофит® по 1 капсуле 2 раза в сутки в течение месяца и повторно с профилактической целью через 5 месяцев. Пациентки II группы принимали только растительные диуретики в те же сроки.

Рецидив заболевания был выявлен в I группе у 3 (17,6 %) пациенток, во II – у 8 (42,1 %).

Таким образом, авторы снизили частоту рецидивов инфекционно-воспалительного процесса в мочевом пузыре в 2,5 раза у женщин, принимавших Уропрофит®, по сравнению с больными, которые принимали растительные диуретики.

С.В. Грачев и соавт. (КДЦ «Здоровье», Ростов-на-Дону) включили в исследование 60 пациенток с острым и хроническим циститом. Основная группа состояла из 30 женщин в возрасте от 26 до 75 лет (средний возраст 54,3 года), которые получали Уропрофит® в составе комплексной противовоспалительной терапии. Контрольная группа также была представлена 30 женщинами в возрасте от 26 до 75 лет (средний возраст 50,2 года), которые получали комплексную противовоспалительную терапию без Уропрофита®.

Эффективность терапии оценивалась на основании динамики общеклинических, лабораторных данных, по дневникам мочеиспусканий и УЗИ. В ходе исследования в основной группе (по сравнению с группой контроля) отмечалось снижение бактериурии и лейкоцитурии, уменьшение выраженности болевого синдрома и улучшение качества жизни пациентов.

Таким образом, многокомпонентный фитоэкстракт Уропрофит® является эффективным и безопасным средством растительного происхождения и может использоваться в составе комплексной терапии пациентов с МКБ, острыми и хроническими воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы с целью профилактики и лечения. Уропрофит® хорошо переносится больными. Во время длительного курсового приема не выявлено побочных эффектов и аллергических реакций.

«...»

Клинически доказано, что многокомпонентный фитоэкстракт Уропрофит® является эффективным и безопасным средством растительного происхождения, может использоваться в составе комплексной терапии пациентов с МКБ, острыми и хроническими воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы

на правах рекламы

УРОПРОФИТ®

РАСТИТЕЛЬНОЕ УРОСЕПТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО

СОДЕРЖИТ СТАНДАРТИЗОВАННЫЕ РАСТИТЕЛЬНЫЕ ЭКСТРАКТЫ КЛЮКВЫ, ТОЛОКНЯНКИ, ХВОЩА ПОЛЕВОГО

- УЛУЧШАЕТ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ *
- СПОСОБСТВУЕТ УМЕНЬШЕНИЮ ПОЧЕЧНЫХ ОТЕКОВ *
- УМЕНЬШАЕТ РИСК ПОВТОРНЫХ ОБОСТРЕНИЙ ЦИСТИТА *
- ПРЕПЯТСТВУЕТ ОБРАЗОВАНИЮ МОЧЕВЫХ КАМНЕЙ *

СГР №RU.77.99.11.003.E.008517.01.11 от 04.04.2011
Сертификат соответствия МГ RU.001.П1449 от 18.06.2013
* инструкция по применению БАД к пище "Уропрофит®"

БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНАЯ ДОБАВКА К ПИЩЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

реклама

«МИНИПЕРК» В РОССИИ. ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

В нашей стране ригидная миниперкутанная операция впервые выполнена в 1993 г. в НИИ Урологии МЗ РФ (директор — академик Н.А. Лопаткин) А.Г Мартовым и А.Ю. Павловым. На сегодняшний момент имеется опыт выполнения более 1000 миниперкутанных операций у детей любого возраста, что позволяет говорить о хороших результатах.

А.А. ЛИСЕНОК,
к.м.н., врач высшей категории,
ведущий уролог клиники «К+31»,
онкоуролог, детский уролог-андролог,
детский хирург, клиника «К+31»,
Измайловская ДКБ
E-mail: Lis9lis@bk.ru

М.Г. МАЛЯРОВ,
врач-уролог высшей категории, ведущий сотр. лаборатории ДЛТ, ГКБ №31

И.Е. КОСТИН,
врач-уролог, онкоуролог, специалист по лапароскопии и эндоурологии клиники «К+31»

В 1993 г. в НИИ Урологии МЗ РФ А.Г Мартовым и А.Ю. Павловым впервые выполнена ригидная миниперкутанная операция ребенку 3 лет. Через нефростомический свищ, сформировавшийся интраоперационно после выполнения пластики лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС), был удален фрагмент нефростомического дренажа.

В 1994 г. для интраоперационной поисковой фибропиелокаликоскопии с целью визуализации резидуальных камней был использован цистофиброскоп № 16 СН.

Первая чрескожная фибро-миниперкутанная операция (антеградная фиброуретерокаликоэкстракция) выполнена в 1999 г. у пациента после операции Бриккера с окклюзирующим камнем средней трети мочеточника единственной почки с острым чашечко-лоханочно-мочеточниковым углом.

Благодаря директору НИИ урологии академику Н.А. Лопаткину, наличию технического обеспечения и оснащения с 1990 г. в настоящее время мы имеем огромный опыт в проведении данных оперативных пособий и являемся экспертами в данной области.

Миниперкутанные операции, давно и успешно выполняемые в педиатрической практике, в последнее время все чаще применяются у взрослых пациентов. Фирмой Карл-Шторц серийно производится полуригидный нефроскоп именно для этого вида вмешательств.

В последующем миниперкутанные операции, в основном у детей, в т.ч. до одного года, выполнял А.А. Лисенок. Для выполнения доступа к чашечно-лоханочной системе (ЧЛС) почки использовали кожухи диаметром от 10 до 12–14 СН, предназначенные для чрескожной пункционной нефростомии. Благодаря уменьшению размеров создаваемого нефростомического свища и малой травматизации почки ребенка показания к перкутанной хирургии у детей расширились.

На сегодняшний день мы имеем опыт выполнения более 1000 миниперкутанных операций у детей любого возраста, что позволяет говорить о хороших результатах: полное избавление от каменной массы, отсутствие постгеморрагической анемии и обострения пиелонефрита, быстрое избавление от дренажей.

Все это позволяет заявить о малом сроке реабилитации и пребывания в стационаре, что немаловажно в практике детского хирурга и очень радует родителей. Для выполнения «миниперк» необходимы следующие условия:

· антеградный доступ к ЧЛС почки: рентгеновская С-дуга, УЗ-сканер с хорошей разрешающей способностью (3–10 мHZ), пункционный набор с бужами и кожухом, различного рода проводники, мочеточниковый катетер соответствующего диаметра. При отсутствии дилатации ЧЛС очень важно использовать катетер Фогарти; он позволяет создать артифициальную дилатацию лоханки и чашечек;

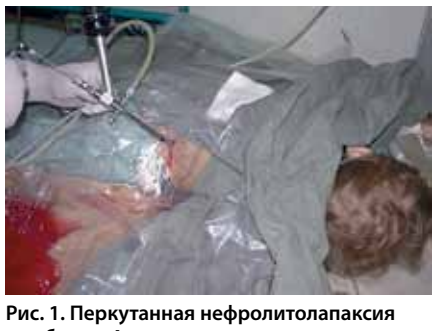


Рис. 1. Перкутанная нефролитолапаксия у ребенка 4 лет

Рис. 2. Миниперк у пациентки с ожирением и коагулопатией

> «...»
>
> ***Более 1500 выполненных операций позволяет говорить, что миниперкутанная нефролитолапаксия является хорошей альтернативой классической перкутанной операции у взрослых***

• интраоперационная визуализация: видеостойка, ирригационная система, детский универсальный цистоуретроскоп или уретеропиелоскоп № 8–9–10 СН;

• удаление камней (лапаксия) — УЗ-генератор для разрушения камней и зонды соответствующего диаметра, либо гольмиевый или тулиевый лазер с мощностью от 30 ВТ и соответствующие оптические волокна;

• интраренальная хирургия образований — гольмиевый или тулиевый лазер с мощностью от 30 ВТ.

Операция заканчивается антеградной установкой внутреннего катетер-стента и нефростомического дренажа или без нефростомии — в случае бездренажной операции с использованием в качестве гемостатика и герметика фиброгеля «SURGIFLO».

По образу и подобию такие операции стали выполняться и у взрослых пациентов, с тем нюансом, что в качестве инструмента-манипулятора в почке применяется либо обычный полуригидный уретеропиелоскоп № 10–12 СН с рабочим каналом 4,5–5,5 СН, либо заявленный выше полуригидный мининефроскоп (К. Шторц, Олимпас, Вольф,) № 14–16–18 СН с рабочим каналом 6 СН.

Детские инструменты «короткие», что затрудняет выполнение миниперкутанных операций у взрослых.

Более 1500 выполненных нами операций позволяет авторитетно говорить, что такая техника является хорошей альтернативой классической перкутанной операции. Миниперкутанная нефролитолапаксия показана в следующих случаях:

• при сложном строении ЧЛС почки (длинные ветвистые чашечки, удвоение и расщепление собирательной системы почки);

• наличии множественных камней чашечек;

• коагулопатии;

• предпочтении пациента в бездренажной операции и т. д.

В современной научной литературе обсуждается данный метод как более приоритеный, который в будущем, возможно, практически вытеснит классические перкутанные вмешательства, особенно если учитывать тот факт, что мочекаменная болезнь — рецидивное заболевание, при котором необходимы повторные операции. В то же время классическая лапаксия, более предпочтительна при большой каменной массе и высокой плотности камня.

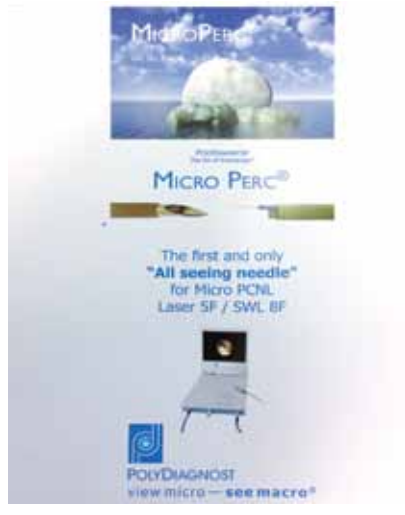


Рис. 3. Лечебно-диагностический комплекс «полидиагност» для микроперка

Немецкая компания «PolyDiagnost» разработала ригидный и гибкий инструмент диаметром 8 СН для диагностики и лечения пациентов с МКБ и образованиями ЛМС с использованием лазера. Ригидный инструмет выполнен в виде иглы для пункции с видео-волокном, световодом и рабочим каналом для лазерного волокна.

Учитывая незначительную травматизацию ткани почки при выполнения прецизионного прикладного перкутанного доступа, операции можно выполнять в стационаре одного дня, в т.ч. у детей.

РОО «Мужское здоровье»

X конгресс «Мужское здоровье» с международным участием
Вторая Конференция «Мужское здоровье» стран СНГ

Минск, 22–24 мая 2014 г.

Уважаемые коллеги и друзья, дамы и господа!

Российская общественная организация «Мужское здоровье» проводит X конгресс "Мужское здоровье" с международным участием. За время существования движения удалось многого добиться. Общество объединило интересы и усилия многих медицинских специалистов, интересующихся проблемами мужского здоровья, провело множество различных мероприятий направленных на оптимизацию оказания медицинской помощи мужскому населению. Интерес медицинской общественности в данной социально значимой медицинской проблеме способствовал созданию подобных общественных объединений в странах ближнего и дальнего зарубежья.

Для проведения конгресса и конференции был избран г. Минск. В дни проведения мероприятий город будет принимать финальный этап чемпионата мира по хоккею с шайбой. Хоккей является символом мужественности, отваги, самоотверженности, железного здоровья, поэтому девизом X конгресса должен стать лозунг: «В хоккей играют настоящие мужчины!».

Участники и гости X конгресса и Второй конференции стран СНГ получат уникальную возможность болеть за свои национальные сборные непосредственно на месте событий, а интересная научная программа, национальный колорит Беларуси, гостеприимство и радушие ее жителей, сделают эту встречу по-настоящему незабываемой.

Данный медицинский форум будет проводиться под патронажем правительств Российской Федерации и Республики Беларусь.

Научные тематики конгресса:

- Инновационные разработки и фундаментальные научные исследования в области андрологии
- Актуальные вопросы мужской репродуктивной системы
- Сексуальные расстройства у мужчин
- Онкологические заболевания у мужчин
- Заболевания предстательной железы
- Урогенитальные реконструктивно-пластические операции
- Андрологическая эндокринология
- Влияние заболеваний различных органов и систем на качество жизни мужчин: междисциплинарный подход
- Профилактические и реабилитационные аспекты мужского здоровья
- Педиатрическая андрология

Взнос участника конгресса составляет 4000 рублей. От оплаты регистрационного взноса освобождаются председатели секционных заседаний, докладчики и участники конкурса молодых ученых.
С дополнительной информацией можно ознакомиться на сайте Конгресса www.rusmh.co.
E-mail: roo.rusmh@gmail.com, marina.lal@mail.ru

Место проведения: Республика Беларусь, город Минск, Президент-Отель
Сроки проведения: 22–24 мая 2014 г.
Оргкомитет:
(499) 432-96-22 Лалабекова Марина Валерьевна – исполнительный директор, e-mail: marina.lal@mail.ru;
(499) 432-96-22 Охоботов Дмитрий Александрович – ученый секретарь РОО «Мужское здоровье»,
e-mail: 14072003m@gmail.com.
Технический организатор: ООО «Научно-методический организационный медицинский центр».

реклама

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО по ЭНДОУРОЛОГИИ и НОВЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ

АССОЦИАЦИЯ УРОЛОГОВ ГРУЗИИ

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО УРОЛОГОВ

Батуми 2014
I Интернациональный и IV Российский Конгресс по эндоурологии и новым технологиям

Внимание! Изменение дат!
Конгресс состоится 30 октября – 1 ноября 2014 года

Уважаемые коллеги и друзья!

Обращаем ваше внимание на изменение даты проведения I Интернационального и IV Российского Конгресса по эндоурологии и новым технологиям, который состоится 30 октября – 1 ноября 2014 г. в г. Батуми (Аджария, Грузия).
Приглашаем вас принять участие в работе Конгресса.

Язык конгресса: русский, английский.

E-mail: endourolog@rambler.ru

Взнос участника – 100 евро (эквивалент в нац. валютах).

По вопросам участия, бронирования гостиницы и спонсорской поддержки обращайтесь в Орг. комитет:
Лалабекова Марина
Тел/факс +7 (499) 432-96-22
E-mail: marina.lal@mail.ru

Технический организатор: «ООО Научно-методический организационный медицинский центр».

Надеемся на встречу и плодотворное сотрудничество!

Президент Российского общества по эндоурологии и новым технологиям, профессор **Мартов А.Г.**
+7 (499) 780-08-53,
martovalex@mail.ru,
www.amartov.ru

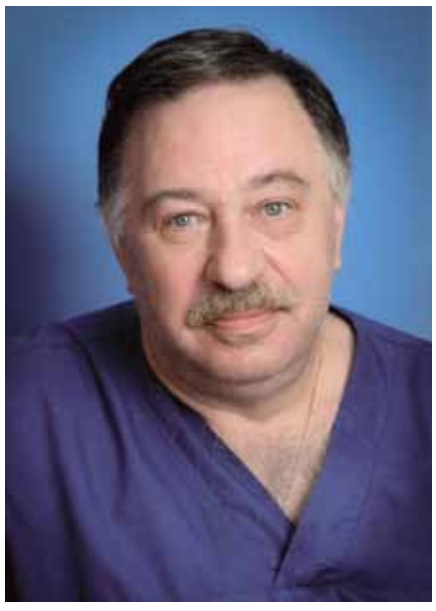
Президент Конгресса, президент Ассоциации урологов Грузии, Академик Академии наук Грузии, профессор **Манагадзе Л.Г.**
lmanagadze@gua.org.ge

реклама

On-line регистрация и более подробная информация будут доступны на сайте общества:
www.endourorus.org

Литолитическая и комбинированная терапия уратного литиаза

Проведена оценка эффективности применения препарата Трометамол Н в комплексной терапии уратного и смешанного уролитиаза с применением экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии низкоинтенсивного магнитно-лазерного излучения. Установлено, что на фоне проводимой терапии отмечается растворение уратных и смешанных конкрементов.



П.И. МОТИН,
заведующий урологическим отделением ГКБ № 29

М.Н. ИСРАФИЛОВ,
врач-уролог урологического отделения ГКБ № 29

Мочекаменная болезнь является в настоящее время одним из самых распространенных заболеваний мочевыделительной системы. Она занимает второе место в мире после неспецифических воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей и встречается почти у 6 % населения в мире, при этом в Азии – у 1–5 %, в Европе – у 5–9 %, в Северной Америке – до 13 %.

В России, как и в мире, существуют области, где это заболевание встречается особенно часто и носит эндемический характер. На Урале распространенность мочекаменной болезни достигает 25,5 %, а в Восточной Сибири – 41,5 %. Доказана эндемичность районов не только по частоте, но и по составу конкрементов; так в Южном регионе доминируют конкременты из соединений мочевой кислоты, а в Московском регионе преобладает оксалатный уролитиаз – 63,4 %, при этом распространенность уратного уролитиаза составляет около 15 %. Наиболее часто это заболевание встречается у людей в трудоспособном возрасте от 20 до 50 лет, причем преобладает у мужчин. Половой коэффициент, то есть соотношение числа заболевших мужчин и женщин, составляет 1,2–1,3. Этиопатогенез уратного литиаза изучен и связан со сложными физико-химическими процессами, происходящими как в целом в организме, так и на уровне мочевыводящей системы и имеет врожденный или приобретенный характер. Биохимическими основами нарушения пуринового обмена являются гиперурикемия и гиперурикурия, приводящие к образованию камней, состоящих из мочевой кислоты, а также натриевых, аммониевых и кальциевых (очень редко) солей этой кислоты.

Генез уратного нефролитиаза имеет как общие для камнеобразования причины, так и характерную только для него особенность, заключающуюся в том, что для образования уратного камня необходима высокая кислотность мочи, так как мочевая кислота растворяется только в слабокислой и щелочной средах. При pH мочи выше 6,5 кристаллизации мочевой кислоты не происходит, и она выделяется в растворенном состоянии, снижение pH мочи менее 5,5 ведет к перенасыщению мочи кристаллами мочевой кислоты, которые выпадают в осадок и служат остовом для образования камня.

Для лечения уратного литиаза в настоящее время применяются консервативные и комбинированные методы лечения. «Золотым стандартом» лечения уратных камней является литолитическая терапия цитратными смесями, которые применяются как в виде самостоятельного метода лечения, так и в комбинации с экстракорпоральной ударно-волновой или контактной литотрипсией. Однако проведение экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии сопряжено с рядом осложнений (почечная колика, окклюзия мочеточника, атаки острого пиелонефрита, повреждающее воздействие на паренхиму почки). Эффективность препаратов для растворения уратных камней зависит от площади поверхности и состава конкрементов. Она существенно повышается при сочетании с экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсией. В то же время применение литолиза в качестве монотерапии уменьшает травматизацию паренхимы почки.

Различают два вида литолиза – контактный восходящий, когда происходит непосредственное воздействие растворяющих средств с помощью современных малоинвазивных технологий – чрескожное растворение. Второй методикой является нисходящий (парентеральный) литолиз.

В урологической клинике ГКБ № 29 68 пациентам в возрасте от 19 до 65 лет проведен литолиз уратных и смешанных конкрементов путем контактного и парентерального введения препарата Трометамол Н. Данный препарат мало токсичен, не связывается белками крови, не вызывает гемолиза эритроцитов.

Его отличительной особенностью является то, что он вызывает повышение pH мочи до 8,0–10,5, поэтому высоко эффективен при конкрементах, растворимых в щелочной среде – уратных. Также этот препарат полностью выводится в неизмененном виде почками, что создает благоприятные условия для растворения конкрементов.

Диагностика уратного уролитиаза, динамический контроль во время и после лечения проводили посредством сбора анамнеза, комплекса клинико-лабораторных исследований, включающих определение уровня мочевой кислоты крови и мочи, исследование уровня мочевины и креатинина крови, скорости клубочковой фильтрации, УЗИ почек с допплерографией.

В большинстве случаев образование так называемой «фосфатной оболочки» происходило у пациентов, у которых в посевах мочи обнаруживалась уреазопродуцирующая микрофлора групп *Proteus, Enterobacter* или *Pseudomonas aeruginosa.*

Оценка клинической эффективности контактного растворения уратных конкрементов, основанная на непосредственном воздействии препарата Трометамол Н на конкремент в сочетании с современными малоинвазивными технологиями, проведена у 26 пациентов с уратными и смешанными конкрементами, которым в связи с развитием атаки острого пиелонефрита была выполнена чрескожная пункционная нефростомия. После купирования атаки пиелонефрита больным этой группы проводилась экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия с целью разрушения «фосфатной оболочки» на поверхности уратных камней для достижения фрагментации конкрементов и образования в них макро- и микротрещин, что значительно увеличивает площадь контакта конкрементов с литолитическим препаратом.

Из 26 обследованных пациентов конкременты мочеточника в нижней трети выявлены у 12 (46,1 %) больных, камни средней трети мочеточника – у 6 (23,1 %) больных, конкременты верхней трети мочеточника – у 5 (19,2 %) пациентов. Камни почки были выявлены у 3 (11,6 %). Размеры конкрементов колебались от 0,8 до 1,3 см, что в среднем составило 1,05 ± 0,35 см.

Препарат Трометамол Н вводили антеградно непосредственно в почечную лоханку по нефростомическому дренажу ежедневно. Для предотвращения пиелотубулярного и пиеловенозного рефлюкса внутрилоханочное давление при инфузии Трометамола Н не превышало 25 см водного столба, что достигалось определением высоты расположения флакона с раствором над уровнем лоханки почки.

В процессе литолиза уровень внутрилоханочного давления контролировался с помощью аппарата, применяемого для измерения центрального венозного давления. Скорость введения препарата в среднем не превышала 100 мл/час. Данная методика контактного литолиза обеспечивала создание достаточно высокой концентрации препарата вокруг конкремента. При локализации камней в чашечно-лоханочной системе этих усло-

«...»

В России существуют области, где мочекаменная болезнь встречается особенно часто и имеет эндемический характер (Урал – 25,5 %, Восточная Сибирь – 41,5 %)

вий было достаточно для их успешного растворения. Для лучшего контакта литолитического препарата с растворяемыми конкрементами и успешной эвакуации жидкости из чашечно-лоханочной системы при их локализации в мочеточнике мы осуществляли медикаментозную терапию на фоне воздействия низкоинтенсивного лазерного излучения при постоянном магнитном поле.

Лазеротерапия проводилась лазерно-терапевтическим аппаратом «РИКТА», который предназначен для терапевтического неинвазивного воздействия. Нами разработана методика проведения лазеротерапии при контактном растворении уратных конкрементов.

Первый сеанс проводится за сутки до предполагаемой процедуры растворения камня. Воздействие осуществляется на проекцию конкремента и сегмент мочеточника, расположенный ниже него. Второй сеанс проводится за час до начала литолиза путем воздействия лазерного излучения на проекцию конкремента, сегмент мочеточника, расположенный ниже него, и на проекцию почки.

В последующие сутки воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением осуществляется аналогичным образом ежедневно до растворения уратного конкремента. Общее количество сеансов составило 4,1 ± 2,1.

Оценка клинической эффективности литолиза осуществлялась по данным ультразвукового и рентгенологического мониторинга.Результаты исследований показали, что у всех пациентов достигнуты положительные результаты. После проведения ударно-волновой литотрипсии растворение конкрементов у 21 (81 %) пациента произошло после одного сеанса, а у 5 (19 %) пациентов после двух сеансов литолиза. Полученные данные клинических исследований говорят о высокой эффективности препарата Трометамол Н при контактном растворении уратных и смешанных конкрементов с применением ударно-волновой литотрипсии.

В отличие от контактного при нисходящем (парентеральном) литолизе необходимо учитывать тот факт, что у больных мочекаменной болезнью на стороне поражения всегда имеет место снижение функции почки. В результате этого бóльшая часть лекарственных препаратов, вводимых в организм больного, выводится здоровой контралатеральной почкой и лишь малая часть – больной. Наружное воздействие на почку низкоинтенсивным лазерным излучением позволяет повысить концентрацию препарата в моче и увеличить скорость растворения конкремента, за счет улучшения кровотока в паренхиме.

Особую трудность вызывает растворение окклюзирующих камней мочеточника, когда препарат полностью выводится контралатеральной почкой. Купирование приступа почечной колики и отсутствие боли не означает, что функция почки восстановилась. В отличие от экскреторной урографии и изотопного исследования почек сонография является быстро развивающимся методом диагностики.Парентеральный литолиз проведен 42 пациентам.

На основании проведенного до начала лечения обследования было установлено, что наиболее часто конкременты локализуются в почках – 18 (42,9 %) наблюдений, затем в верхней трети – 10 (23,8 %), в средней трети – 8 (19,0 %) и в нижней трети – 6 (14,3 %) мочеточника. У 15 пациентов размеры конкрементов были до 1 см, что составило 35,7 %, у 12 (28,6 %) пациентов – до 2 см, до 3 см – у 9 (21, 4 %) пациентов и свыше 3 см – у 6 (14,3 %) больных.

На основании выше приведенных данных все пациенты были распределены в 2 группы. Первую группу составили 27 (64,3 %) пациентов с уратными камнями. Размеры конкрементов у данных больных колебались от 0,5 до 2,0 см. Этим пациентам проводился парентеральный литолиз препаратом Трометамол Н. Во вторую группу вошли 15 (35,7 %) пациентов с уратными и смешанными конкрементами размером более 2 см, длительно страдавших уратным уролитиазом.

Этим больным было проведено внутреннее стентирование почки и верхних мочевых путей с последующей экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсией и парентеральным литолизом препаратом Трометамол Н.

Внутреннее стентирование верхних мочевых путей обусловлено длительным нахождением конкрементов в лоханке почки, наличием хронического пиелонефрита, большими размерами конкремента.

Для растворения уратных конкрементов препарат Трометамол Н вводился внутривенно капельно со скоростью от 30 до 60 капель в минуту. В течение одного сеанса литолиза объем инфузии составлял до 500 мл препарата. В среднем общее количество сеансов составило 9,1 ± 4,1.

Воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением начинали за сутки до инфузии литолитического препарата. Облучению подвергался мочеточник в месте нахождения конкремента и ниже него, а затем сама почка. В том случае, если конкремент находился в лоханке почки или чашечке и пассаж по мочеточнику был не нарушен, то лазеротерапия осуществлялась только на проекцию почки по передней и задней аксиллярным линиям с целью улучшения микроциркуляции и увеличения диуреза.

Для растворения конкрементов потребовалось от 3 до 12 сеансов литолиза. У 29 (69,1 %) пациентов уратные камни растворились полностью, у 8 (19,0 %) после частичного литолиза самостоятельно отошли фрагменты размерами до 0,4 см, и 5 (11,9 %) пациентов были выписаны на амбулаторное лечение с размерами фрагментов конкремента до 0,5см. Скорость растворения конкрементов колебалась от 0,5 до 2 мм/сут.

Исследуя биохимические показатели у обследованных больных нами выявлено следующее: до начала литолиза у 34 (81 %) пациентов отмечено повышение уровня мочевой кислоты в сыворотке крови. При этом у 12 (28,6 %) пациентов ее уровень составил от 426 до 600 мкмоль/л, у 16 (38,1 %) – от 601 до 775 мкмоль/л и у 6 (14,3 %) – свыше 776 мкмоль/л.

После проведения курса литолиза на фоне приема препарата Трометамол Н отмечалось достоверное снижение уровня мочевой кислоты в сыворотке крови. Нормальные показатели мочевой кислоты сыворотки крови наблюдались у 20 (47,6 %) пациентов, у 17 (40,5 %) пациентов эти показатели были субнормальными (от 426 до 600 мкмоль/л) и у 5 (11,9 %) пациентов показатели мочевой кислоты сыворотки крови составили от 601 до 775 мкмоль/л. Следует особо отметить что ни у одного из пациентов не наблюдался уровень мочевой кислоты сыворотки крови свыше 776 мкмоль/л.

В моче концентрация мочевой кислоты после проведения курса литолиза повысилась с 110 ± 34 мкмоль/л до 540 ± 74 мкмоль/л (в среднем в 5 раз).

Результаты исследования уровня мочевины и креатинина крови у 42 больных до начала лечения показали, что у 33 (78,6 %) из них были признаки ХПН.

«...»

Наиболее часто мочекаменная болезнь встречается у людей в трудоспособном возрасте от 20 до 50 лет, причем преобладает у мужчин

У 8 (21,4 %) из 42 больных до лечения отмечались нормальные показатели уровня креатинина. В то же время у 12 (28,6 %) пациентов эти показатели были субнормальными и составляли от 100 до 149 мкмоль/л, у 16 (38,1 %) пациентов уровень креатинина составлял от 150 до 199 мкмоль/л и у 6 (11,9 %) пациентов – свыше 200 мкмоль/л. После проведенного курса литолитической терапии нормальные показатели креатинина отмечены у 23 (54,8 %) больных. Субнормальные цифры креатинина отмечены у 15 (35,7 %) больных, у 4 (9,5 %) больных после лечения уровень креатинина составил 150–199 мкмоль/л и только у 1 (2,7 %) больного сохранился уровень креатинина выше 200 мкмоль/л. Таким образом, применение препарата Трометамол Н в комплексной терапии уратного уролитиаза является патогенетически обоснованным, т. к. приводит не только к снижению уровня мочевой кислоты в сыворотке крови, но и увеличению ее выведения из организма. При этом достоверно улучшается функциональное состояние почки, проявляющееся снижением уровня азотистых шлаков в сыворотке крови, увеличением скорости клубочковой фильтрации, а также улучшением микроциркуляции в паренхиме почки.

На фоне проводимой терапии отмечается растворение уратных конкрементов, при этом скорость растворения составляет от 0,5 до 2 мм/сут, а полный литолиз достигается в 97,1 % случаев.

www.bionika-media.ru

ПОДПИСКА

Уважаемые читатели!
Предлагаем Вам оформить подписку с любого выпуска непосредственно в Издательском Доме Бионика Медиа!
Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.

16+ Реклама

МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК

Стоимость подписки на 2014 год:
Второе полугодие (июль-декабрь):
Для индивидуальных подписчиков **1 801 руб. 80 коп.**
Для организаций **2 910 руб. 60 коп.**

Оформить подписку Вы можете на сайте **www.bionika-media.ru** или обратившись по телефону **8(495) 332-02-63** и по e-mail: **subscription@bionika-media.ru**

bionika media

МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК

МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК

Воспоминания о Николае Евсеевиче Савченко

М.И. ДАВИДОВ,
Председатель общества урологов и андрологов Пермского края, доцент Кафедры факультетской хирургии с курсом урологии Пермской государственной медицинской академия им. Е.А. Вагнера

Мне довелось лично знать академика, министра здравоохранения Белоруссии, зав. кафедрой урологии Минского медицинского института Николая Евсеевича Савченко. Развитие урологии и андрологии в Белоруссии во многом связано с именем этого замечательного человека, о котором я хочу кратко рассказать.

Мое знакомство с Н.Е. Савченко произошло в 1987 г., во время Всесоюзной школы-семинара молодых ученых-урологов, которая проходила в г. Баку. Эта школа была замечательной идеей. По инициативе Н.А. Лопаткина, Н.Е. Савченко и других ведущих урологов СССР в Баку собрали около 40 молодых (до 35 лет) ученых-урологов, и в течение 2 недель 20 ведущих ученых страны читали им лекции и проводили практические занятия. Академик Н.Е. Савченко выглядел моложе своих 64 лет, имел черные вьющиеся волосы, красивое лицо, очень умные проницательные глаза и спортивную молодцеватую фигуру. Он обладал огромным багажом знаний и легко вступал в дискуссию по любому научному вопросу. Нам он прочитал несколько лекций, в т. ч. по гипоспадии, эписпадии, гермафродитизму, эректильной дисфункции, мужскому бесплодию, энурезу, уродинамическим исследованиям. Он обладал тонким юмором и любил общаться с учениками в неформальной обстановке. Не кичился своим званием академика, а в перерывах и при поездках на экскурсии с удовольствием общался с нами, молодыми урологами, которым было по 27–30 лет. Он часто дискутировал по различным вопросам сексологии, эректильной дисфункции и мужского бесплодия. «Вот вы говорите, что мужчина бесплоден, если у него в 1 мл эякулята содержится менее 20 млн сперматозоидов? – начинал он беседу. – Но ведь для зачатия нужен только один сперматозоид!» Этот вопрос ставил нас в тупик. И он начинал нам рассказывать, что норма содержания сперматозоидов весьма условна, о философском законе перехода количества в качество и т. п. Мы завороженно смотрели на маститого ученого, поражающего нас своей эрудицией и талантом рассказчика.

Следующая встреча произошла в Минске в сентябре 1989 г. во время 4-й Республиканской конференции урологов и нефрологов Белоруссии, где я выступал с небольшим докладом. Это был очень сложный период. Шла т. н. «перестройка», и волна «демократизации» охватила и эту республику СССР.

Академика Е.Н. Савченко почти ежедневно ругали в газетах, обвиняя в том,

Н.Е. САВЧЕНКО

что он якобы «скрыл от общественности» факты заражения территории во время Чернобыльской атомной катастрофы 1986 г. Его сняли с должности министра здравоохранения Белоруссии. Но Николай Евсеевич держался очень мужественно. Он вел конференцию, сидя в президиуме и возглавляя республиканское общество урологов, которое в то время насчитывало 306 врачей. Он выступил с блестящим программным докладом, где наметил задачи урологов Белоруссии в диагностике, лечении и профилактике заболеваний. В 1989 г. в Белоруссии было 2440 урологических коек, имелись большие успехи в лечении многих заболеваний, в т. ч. андрологических.

Н.Е. Савченко в докладе и прениях осветил многие вопросы андрологии, в т. ч. диагностики и лечения доброкачественной гиперплазии и рака простаты, простатита, острой задержки мочеиспускания, эпидидимита, перекрута семенного канатика, приапизма, травм половых органов, эректильной дисфункции, гипоспадии и других. Он был неутомим и неугомонен.

Это было время, когда в Минске проходили демонстрации, направленные на подрыв дружбы белорусов и русских. В прессе шла оголтелая кампания борьбы с русским языком. В это непростое время приехали всего лишь шесть урологов из России, включая проф. Э.К. Яненко. Николаю Евсеевичу не нравилась кампания, направленная на раскол белорусов и русских. Во время обедов, организованных в столовой, он усаживал всех шестерых, прибывших на конференцию русских, за свой стол и пытался окружить их вниманием и заботой, вел непринужденную дружескую беседу.

«Вот вы ежедневно читаете наши газеты. В прессе идет кампания по искоренению русского языка в Белоруссии. Но посмотрите! Сегодня полдня шли организационные доклады всех главных урологов областей и крупных городов. И заметьте, все докладчики, белорусы по национальности, читали на русском языке! Нельзя нам искоренять русский язык! Он прочно вошел в нашу жизнь. Он язык межнационального общения», – убежденно говорил Н.Е. Савченко.

Николай Евсеевич был фронтовиком, он ушел добровольцем на фронт в первый день Великой Отечественной войны, закончил войну в Берлине, имел 8 орденов и 11 медалей. Он много рассказывал о своей героической фронтовой жизни.

В дальнейшем, в 1990-х гг., я еще несколько раз встречался с академиком Н.Е. Савченко, побывал в его клинике урологии и андрологии в Минске, видел, как он выполняет сложнейшие, в т. ч. андрологические, операции.

Для меня этот замечательный человек навсегда останется примером настоящего ученого, врача и гражданина, горячего сторонника нерушимой дружбы белорусского и русского народов!

ПОДПИСКА

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

www.bionika-media.ru

Уважаемые читатели!
Предлагаем Вам оформить подписку на газету «Московский уролог» непосредственно в Издательстве. Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.

Стоимость подписки: на 2 полугодие 2014 г. (3 выпуска) **442 руб. 20 коп.**

Для оформления подписки обратитесь по телефону: **8 (495) 332-02-63.**
Или по e-mail: **subscription@bionika-media.ru** Наши менеджеры подберут удобную для вас форму доставки издания, а так же выставят счет.

16+ реклама

bionika media

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

Светлая память Николаю Константиновичу Дзеранову

17 марта 2014 года на 64-м году скоропостижно скончался известный врач-уролог, профессор, доктор медицинских наук, Николай Константинович Дзеранов!

После окончания в 1974 г. Северо-Осетинского государственного медицинского института (г. Владикавказ) по специальности «лечебное дело» Н.К. Дзеранов работал хирургом в Республике Татарстан в Лениногорске и селе Муслюмово, а с 1975 по 1977 г. – заведующим хирургическим отделением ЦРБ.

В 1977 г. был принят и прошел обучение в клинической ординатуре на кафедре урологии II МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова, а затем окончил аспирантуру на той же кафедре. В 1983 г. защитил кандидатскую диссертацию «Паранеопластические признаки рака почки».

В 1982–1985 гг. Н.К. Дзеранов руководил работой операционного блока урологического отделения 1-й Городской клинической больница им. Н.И. Пирогова в Москве. В 1985 г. в период становления НИИ урологии был приглашен на должность научного (а затем старшего научного) сотрудника отдела эндоскопических методов диагностики и лечения, в 1995 г. был назначен заведующим отделом мочекаменной болезни, а в 2008 г. — заместителем директора НИИ урологии по научной работе.

Н.К. Дзеранов был высококвалифицированным урологом, ведущим специалистом в области дистанционной ударно-волновой литотрипсии и внес большой вклад в развитие отечественной урологии, разработав и внедрив в клиническую практику современные малоинвазивные методы лечения мочекаменной болезни.

Основными научными работами стали исследования по изучению действия энергии ударных волн на биологически активные ткани в экспериментах на животных и в клинике.

Он не только участвовал в разработке и внедрении в клинику серии отечественных литотрипторов «УРАТ», «МЕДОЛИТ», «Компакт-01-У-ЛГК», но и заложил основы клинических аспектов применения дистанционной ударно-волновой литотрипсии при различных клинических формах мочекаменной болезни у взрослых и детей. В 1994 г. он успешно защитил докторскую диссертацию «Дистанционная литотрипсия в лечении мочекаменной болезни».

Николай Константинович проявил себя не только как видный ученый и врач, но и как прекрасный организатор и педагог. Под его руководством на базе НИИ урологии был создан Центр литотрипсии Минздрава РФ, налажено серийное производство отечественных литотрипторов, законодательно утверждена новая структура – отделения дистанционной литотрипсии, разработана и утверждена программа «Цикл последипломного обучения врачей дистанционной литотрипсии».

Сотрудники руководимого им Центра литотрипсии принимали участие в подготовке кадров и открытии отделений ДЛТ во многих регионах Российской Федерации.

Под руководством Николая Константиновича Дзеранова защищено 9 кандидатских и 3 докторские диссертации. Им опубликовано более 500 научных работ в отечественной и зарубежной литературе, издано 19 методических руководств по различным аспектам лечения мочекаменной болезни.

Он автор 5 патентов, 5 монографий, соавтор учебника по урологии (2 издания) и Национального руководства по урологии, а также 2 учебных компакт-дисков. Им проведена большая работа по сбору, систематизации и изданию монографии «История развития отечественной урологии».

В 2011 году Николай Константинович Дзеранов возглавил отдел нефролитиаза НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова.

Профессор Николай Константинович Дзеранов успешно сочетал профессиональную работу с общественной, он являлся Почетным членом Президиума Российского общества урологов, исполнительным директором Ассоциации урологов Содружества Независимых Государств, членом Европейской ассоциации урологов, членом редколлегий многочисленных научных изданий.

За выдающиеся заслуги перед российским здравоохранением Николай Константинович Дзеранов был удостоен звания «Заслуженный врач Российской Федерации», награжден премией Правительства России в области науки и техники, государственными медалями и дипломами.

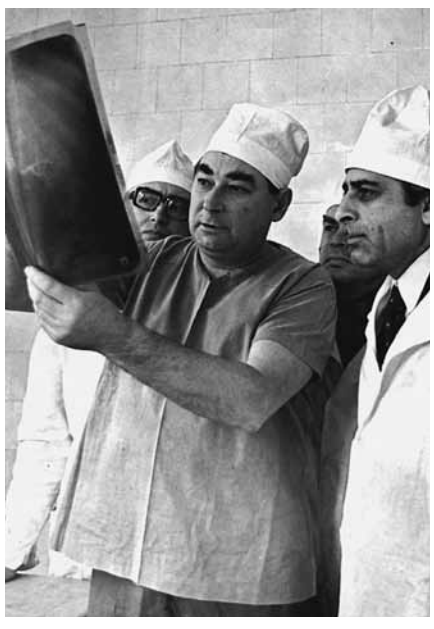
У него было множество научных планов и проектов. К сожалению, смерть оборвала жизнь этого яркого и неординарного человека. Он ушел из жизни в самом расцвете сил.

Урологи потеряли специалиста, коллегу и друга, отечественная урологическая наука – талантливого ученого, семья – любящего мужа и отца, осетинский народ – своего сына, которым они гордились, пациенты – врача.

Профессор Николай Константинович Дзеранов был членом редакционного совета газеты «Московский уролог», светлая память о нем навсегда останется с нами.

К 85-летию Юрия Антоновича Пытеля

«Камни гонит не моча, а умение врача»
Ю.А. Пытель



14 февраля 2014 года исполнилось 85 лет со дня рождения известного уролога Ю.А. Пытеля (на фото, в центре). Он родился в Москве в семье всемирно известного врача-уролога, члена-корреспондента АМН СССР, профессора А.Я. Пытеля. Антон Яковлевич руководил урологической клиникой II Московского медицинского института им. Н.И. Пирогова и являлся основателем отечественной школы урологов. Юрий Антонович с детства мечтал быть урологом, как отец. В 1951 г. он окончил Волгоградский медицинский институт, в 1955 г. – клиническую ординатуру по урологии в ЦИУ врачей.

С 1956 по 1964 г. работал ординатором, затем заведующим отделением городской больницы №60 г. Москвы. В 1960 г. он защитил кандидатскую диссертацию «Интрамуральный нервный аппарат верхних мочевых путей человека». В 1964 г. Ю.А. Пытель становится ассистентом, а в 1967 – доцентом кафедры урологии II Московского медицинского института.

В 1969 г. защитил докторскую диссертацию и в этом же году был избран заведующим кафедрой урологии I МОЛМИ им. И.М. Сеченова, 16 сентября 1970 г. Юрий Антонович утвержден в звании профессора.

Под руководством Ю.А. Пытеля на кафедре урологии I МОЛМИ им. И.М. Сеченова начали разрабатываться крупные и малоизученные проблемы. Большое место в научных исследованиях клиники заняли рентгеновские методы диагностики, в практику уже в те годы была введена селективная почечная артерио- и венография, фармакоартерио- и венография, фармако-урография, урорентгенкинематография, телевизионная пиелоскопия.

Клиника одна из первых в стране начала разработку ультразвуковых методов исследования и диагностики заболеваний почек, мочевого пузыря, предстательной железы, в том числе интраоперационных. Большое внимание в клинике уделялось онкоурологии.

Разработаны топографо-анатомические и клинические обоснования торакоабдоминальных и оперативных доступов к почке, позволяющих выполнять расширенные операции.

При раке предстательной железы был внедрен метод биопсии простаты под ультразвуковым контролем. На протяжении многих лет изучалась гиперплазия предстательной железы. Клиника внесла значительный вклад в лечение больных уратным нефролитизом и нарушением пуринового обмена.

В 1972 г. Ю.А. Пытель возглавил Всероссийское Общество урологов, под его председательством организовано 11 пленумов и 4 съезда урологов России.

Ю.А. Пытель автор более 500 научных работ и монографий. Под его руководством подготовлено и защищено 12 докторских и 52 кандидатских диссертаций.

Последние несколько лет жизни Юрий Антонович болел сахарным диабетом, бронхиальной астмой, сердечно сосудистой недостаточностью, которые стерли клиническую картину основного заболевания – рака предстательной железы.

Умер Юрий Антонович Пытель 25 апреля 1998 г. в клинике, которой отдал без малого 30 лет жизни и похоронен на Введенском кладбище.

Омник® Окас® для лечения СНМП/ДГПЖ*

Когда поход
в туалет может стать
ночным кошмаром

Рег. уд.: ЛС-000849 от 24.02.11

реклама

Омник® Окас®

тамсулозин

Заряд силы на следующий день

** в соответствии с инструкцией по медицинскому применению препарата Омник Окас*

Представительство компании «Астеллас Фарма Юроп Б. В.» (Нидерланды) г. Москва.
109147. Россия, Москва, ул. Марксистская, д. 16. Тел. +7(495) 737-07-55. Факс +7(495) 737-07-53.

astellas
Свет, ведущий к жизни

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА