стр. 4
Московскому государственному университету им. М.В. Ломоносова 260 лет!

стр. 8
Интервью с А.А. Костиным «Перспективы развития онкологической службы Московской области»

стр. 16
Е.В. Брызгалина «Современная биоэтика: особенности и проблемы развития»

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

№ 2
АПРЕЛЬ 2015 г.

В НОМЕРЕ

ПОМНИМ...
Подвиги врачей бессмертны! стр. 2

Программа XI конгресса «Мужское здоровье» стр. 3

ИНТЕРВЬЮ
И.В. Казанская «Врожденные заболевания органов мочевой системы у детей» стр. 6

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
Перспективные маркеры ранней диагностики рака предстательной железы стр. 14

ОБЗОР МЕРОПРИЯТИЯ
30-й конгресс Европейской Ассоциации Урологов стр. 18

ПАМЯТИ ВЫДАЮЩИХСЯ УРОЛОГОВ
Д.В. Кан – новатор, выдающийся ученый и блестящий хирург стр. 22

К 70- летию Победы

С праздником!

Сквозь десятилетия доходит до нас немеркнущий свет подвигов, совершенных в суровые годы самой кровавой войны в истории человечества.

День Победы – символ мужества и величия нашего народа! Память о Великой Отечественной войне неподвластна времени.

Самоотверженный подвиг защитников Отечества вписан в героическую историю нашей Родины как символ стойкости, высокого патриотического духа, мужества, братского единства и сплоченности народов нашей страны.

Этот всенародный праздник неразрывно связан со славным поколением победителей.

Мы в неоплатном долгу перед старшим поколением, и в наших силах сделать все возможное, чтобы ветераны были окружены повседневной заботой и вниманием.

От всей души поздравляем участников Великой Отечественной войны, тружеников тыла, всех жителей Земли и борцов за мир с Днем Великой Победы!

Желаем крепкого здоровья, долгих лет жизни, мира и благополучия!

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

Главный редактор
Армаис Альбертович КАМАЛОВ, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, директор университетской клиники МГУ им. М.В. Ломоносова, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова,
Заместитель главного редактора
Любовь Алексеевна ХОДЫРЕВА, д.м.н., зав. отделом ГБУ НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ

Научный редактор
Анна Анатольевна ДУДАРЕВА, к.м.н., в.н.с. ГБУ НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ

Редакционный совет
Аполихин О.И., д.м.н., профессор
Аляев Ю.Г., д.м.н., профессор, член-корр. РАН
Велиев Е.И., д.м.н., профессор
Винаров А.З., д.м.н., профессор
Глыбочко П.В., д.м.н., профессор, член-корр. РАН
Даренков С.П., д.м.н., профессор
Дутов В.В., д.м.н., профессор
Зубань О.Н., д.м.н., профессор
Каприн А.Д., д.м.н., профессор, член-корр. РАН
Кривобородов Г.Г., д.м.н., профессор
Лоран О.Б., д.м.н., профессор, член-корр. РАН
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,
Марина ЛЫНДИНА, Марина ГРИГОРЬЕВА,
Марина ПОЛЯКОВА, Антон СМИРНОВ, Евгений ТИХОНОВ
Отдел полиграфии
Руководитель – Наталья НАДВОРСКАЯ
Менеджер – Дмитрий ТУЖИКОВ

Размещение рекламы:
Директор департамента по работе с клиентами – Ирина ШУЛЕНИНА
Руководитель департамента по рекламе в медицинской прессе – Ольга КРЕКШИНА
Менеджеры по работе с клиентами
Наталия ДИВЛЕКЕЕВА, Анна ДОНСКИХ
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
Заместитель генерального директора по медицинским изданиям – Анна ВЛАСОВА

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

Периодичность – 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.
Распространение федеральное

Газета набрана и сверстана в ООО «Бионика Медиа», отпечатана в ОАО ООО «Борус-Пресс» 300041, г. Тула, ул. Сойфера, д. 6
Тираж 5000 экз.
Номер подписан 16 апреля 2015 г. в 10:00

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

Подвиги врачей бессмертны!

Жестокая и губительная Великая Отечественная война, унесшая десятки и сотни тысяч жизней, отразилась на истории всего мира и стала одним из самых крупных военных конфликтов всех времен и народов. В ней, действительно, принимали участие практически все жители нашей страны, кто-то воевал и участвовал в жестоких и кровопролитных сражениях с жестоким и многочисленным врагом.

Военные врачи находились в тяжелом положении, им необходимо было проводить сложнейшие операции зачастую под шквальным огнем, не имея достаточного количества медикаментов и нормальных условий. Более того, число пострадавших и нуждающихся в неотложной помощи было так велико, что врачам и медсестрам приходилось работать без передышки сутками.

Особенно тяжело приходилось медицинскому составу в 1941 г., когда Советская Армия терпела самые большие потери.

За годы войны на фронте трудились более 700 тыс. медицинских работников. По окончанию войны 12,5% всех этих людей были убиты, и этот показатель серьезно превышает потери в каждом отдельном военном подразделении. Но несмотря на опасность они никогда не опускали рук, а в самых экстремальных ситуациях только железная воля помогала им вытаскивать сотни людей с того света и вновь возвращать на поля сражений.

Интересным моментом является и то, что прямо в полевых госпиталях врачи разрабатывали и начинали применять на практике совершенно новые, более прогрессивные технологии лечения, которые приносили ощутимые плоды и помогали многим тяжелораненым солдатам гораздо раньше вернуться к исполнению своих обязанностей и практически полностью избавиться от неприятных последствий травм.

Они добились поразительных результатов, и за все время войны, благодаря медицинским работникам, в строй вернулись около 72% раненых солдат и 90% больных, т.е. приблизительно 17 млн человек. Эти высочайшие показатели ярко демонстрируют профессионализм и невероятную самоотдачу советских медиков, сумевших выполнять свой долг даже в самых сложных и непредвиденных обстоятельствах.

Особую дань уважения стоит отдать выдающимся специалистам, занимавшимся организацией работы всего медицинского персонала и постоянно работавших на благо страны и людей. К этим людям можно отнести главного хирурга Николая Ниловича Бурденко, начальника главного санитарного управления Ефима Ивановича Смирнова, главного терапевта ВМФ Александра Леонидовича Мясникова, главного хирурга ВМФ Юстина Юлановича Дженделадзе и многих других руководителей, а также заместителей. Именно благодаря их самоотверженной работе и вниманию к мельчайшим деталям тысячи врачей на фронте получали необходимые медикаменты и имели возможность справляться с огромным наплывом тяжелораненых солдат.

Ограниченные кадровые возможности не позволили на первых этапах войны иметь урологические отделения в войсковых и даже фронтовых районах. Специализированная урологическая помощь была сосредоточена в тыловых эвакогоспиталях. В соответствии с существовавшими тогда представлениями об удельном весе повреждений органов мочеполовой системы сначала под эти отделения было отдано 1,62% всех коек, но уже в 1942 г. их коечный фонд составил 3% (в соответствии со структурой боевых поражений). В Центральном эвакогоспитале в Москве было открыто урологическое отделение на 350 коек, 27 отделений имели от 50 до 250 коек. Главным урологом Главного военно-санитарного управления Красной Армии был назначен профессор А.П. Фрумкин, а главным урологом Главного управления эвакогоспиталей Наркомздрава РСФСР профессор И.Н. Шапиро.

Опыт первого года войны показал, что на первых этапах эвакуации при оказании хирургической помощи врачи допускали много ошибок, не было специализированного промежуточного этапа для их исправления, что приводило к частым осложнениям. Эти обстоятельства выдвинули неотложную задачу — приблизить специализированную урологическую помощь к фронтовому и армейскому районам. В июне – июле 1942 г. были назначены главные урологи фронтов, во фронтовых и сортировочных госпиталях были созданы урологические отделения по 50 коек. При фронтовых эвакопунктах на базе урологических отделений были организованы 1,5-месячные курсы по военно-полевой урологии для хирургов, что позволило приступить ко второму этапу – продвижению специализированной урологической помощи в армейский район.

Первую хирургическую помощь при ранениях органов мочеполовой системы во время войны оказывали общие хирурги медсанбатов. Так, в трудное время на другом качественном уровне произошло повторное слияние урологии с хирургией. В конце войны работала стройная и разветвленная служба военно-полевой урологии. Но переход к мирным проблемам требовал не только иных организационных подходов, но и, в определенном смысле, коренной перестройки мышления. С одной стороны, выросло число урологов, значительно повысились их мастерство и хирургическая смелость, с другой, жесткая регламентация этапной помощи не могла способствовать широкому научному творчеству.

Основы специализированной медицинской помощи при повреждениях органов мочеполовой системы в Великой Отечественной войне были подготовлены всем ходом развития и оформления урологии в самостоятельную дисциплину в мирный период. До войны уже были открыты кафедры урологии и доцентские курсы в ряде медицинских институтов, работали крупные урологические отделения и клиники. Но их было очень немного: среди 10 тыс. хирургов, с которыми мы вступили в войну, урологов было немногим более 100!

Каждый медицинский работник, отважно сражавшийся за жизнь солдат во время Великой Отечественной войны, заслуживает глубокого уважения и почтения. Выполняя свой врачебный долг, они внесли огромный вклад в общую Победу, а многие из них заплатили за нее собственными жизнями.

А.А. Камалов

XI Конгресс «Мужское здоровье» с международным участием

27 апреля 2015 года

9.00 – 18.00	**РЕГИСТРАЦИЯ УЧАСТНИКОВ** Место проведения: КОМПЛЕКС ОТЕЛЕЙ PULLMAN И MERCURY СОЧИ, ул. Орджоникидзе, 11а					
18.00 – 21.00	**ТОРЖЕСТВЕННОЕ ОТКРЫТИЕ КОНГРЕССА Место проведения: ЗАЛ ЗИМНЕГО ТЕАТРА СОЧИНСКОЙ ФИЛАРМОНИИ ул. Театральная, 2**					
18.00 – 18.40	**ПРИВЕТСТВИЕ УЧАСТНИКАМ**					
	Камалов Армаис Альбертович Президент Российского общества «Мужское здоровье», Директор «Университетской клиники» МГУ им. М.В. Ломоносова, член-корр. РАН, профессор	**Глыбочко Петр Витальевич** Ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, член-корр. РАН, профессор	**Пахомов Анатолий Николаевич** Мэр города Сочи	**Филиппов Евгений Федорович** Министр здравоохранения Краснодарского края, доктор медицинских наук	**Алексеенко Сергей Николаевич** Ректор кубанского медицинского университета	**Медведев Владимир Леонидович** Заведующий кафедрой урологии, Главный внештатный уролог департамента здравоохранения Краснодарского края Президент Ассоциации урологов Кубани профессор
18.40 – 20.00	**Концерт ведущих музыкальных и творческих коллективов г. Сочи**					
20.00 – 21.00	**ФУРШЕТ**					

28 апреля 2015 года

8.00 – 15.00	**РЕГИСТРАЦИЯ УЧАСТНИКОВ** Место проведения: КОМПЛЕКС ОТЕЛЕЙ PULLMAN И MERCURE СОЧИ, ул. Орджоникидзе, 11а	
	СЕКЦИОННЫЕ ЗАСЕДАНИЯ	
9.00 – 10.30	**ЗАЛ КАМЕЛИЯ** **АМБУЛАТОРНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОХРАНЫ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ**	**ЗАЛ ПЛАТАН** **МЕЖДУНАРОДНАЯ ШКОЛА ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО МУЖСКОМУ ЗДОРОВЬЮ PRISM (Королевский колледж Великобритании)**
	ЛЕКЦИИ ВЕДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТОВ	
10.40–12.00	**ЗАЛ КАМЕЛИЯ** **СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ РАКА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА**	**ЗАЛ ПЛАТАН** **РОЛЬ ПСА В ДИАГНОСТИКЕ И МОНИТОРИНГЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ**
12.00–13.00	**ЗАЛ МАГНОЛИЯ** **ЛАНЧ-СИМПОЗИУМ КОМПАНИИ АСТЕЛЛАС**	
13.00–14.15	**ЗАЛ КАМЕЛИЯ** **РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В УРОАНДРОЛОГИИ**	**ЗАЛ ПЛАТАН** **ФЕНОМЕН ЛИБИДО**
14.25–15.40	**ЗАЛ КАМЕЛИЯ** **ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У МУЖЧИН**	**ЗАЛ ПЛАТАН** **НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ**
15.50–16.50	**ЗАЛ КАМЕЛИЯ** **ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В УРОАНДРОЛОГИИ**	**ЗАЛ ПЛАТАН** **ВТОРИЧНЫЕ МЕТАБОЛИТЫ ПОЛОВЫХ СТЕРОИДОВ И РПЖ**
17.00–18.30	**САТЕЛЛИТНЫЕ СИМПОЗИУМЫ**	
	ЗАЛ КАМЕЛИЯ **ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ – ВЗГЛЯД СО ВСЕХ СТОРОН (Симпозиум компании ТЕВА)**	**ЗАЛ МАГНОЛИЯ** **«КАК СТАТЬ ХОРОШИМ УРОЛОГОМ» U R O C A R E AN INITIATIVE FROM SUN PHARMA (Симпозиум компании Сан Фарма)**
18.30	**Трансфер на гала-ужин**	
19.30–23.00	**Торжественный гала-ужин**	

29 апреля 2015 года

9.00–10.15	**ЗАЛ КАМЕЛИЯ** **АМБУЛАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ УРОАНДРОЛОГИИ**	**ЗАЛ ПЛАТАН** **ЛЕЧЕНИЕ ДГПЖ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**
10.25–11.55	**ЗАЛ КАМЕЛИЯ** **РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ**	**ЗАЛ ПЛАТАН** **УРОЛОГИКА: ПРОСТО О СЛОЖНОМ. (Симпозиум компании Эли Лилли)**
13.00–14.30	**ЗАЛ КАМЕЛИЯ** **«ТЕРАПИЯ ЭД В РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ. НОВЫЙ ПРЕПАРАТ ЭРЕКСЕЗИЛ И ЕГО МЕСТО В ПРАКТИКЕ УРОЛОГА» (Симпозиум комании Эгис)**	**ЗАЛ ПЛАТАН** **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У МУЖЧИН С ВАД. ПОДВОДНЫЕ КАМНИ ЗГТ**
14.40–16.10	**ЗАЛ КАМЕЛИЯ** **ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА**	**ЗАЛ ПЛАТАН** **НЕОТЛОЖНАЯ УРОАНДРОЛОГИЯ**
16.20–17.20	**ЗАЛ ПЛАТАН** **ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В УРОАНДРОЛОГИИ**	
17.30	**ЗАЛ ПЛАТАН** **ЗАКРЫТИЕ КОНГРЕССА Принятие резолюции конгресса**	

30 апреля 2015 года

9.30–11.00	**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ**

МГУ 260 лет

В январе 2015 г. Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова отметил свой 260-летний юбилей. Учреждение университета в Москве стало возможным благодаря деятельности выдающегося ученого-энциклопедиста, первого русского академика Михаила Васильевича Ломоносова (1711–1765).

Указ об учреждении Московского университета Елизавета Петровна подписала 12 (25 по новому стилю) января 1755 г. (в День св. Татьяны по православному церковному календарю). Церемония торжественного открытия занятий в университете состоялась в день празднования годовщины коронации Елизаветы Петровны 26 апреля (7 мая) 1755 г.

В соответствии с планом М.В. Ломоносова, в Московском университете были образованы 3 факультета: философский, юридический и медицинский. Свое обучение все студенты начинали на философском факультете, где получали фундаментальную подготовку по естественным и гуманитарным наукам. Образование можно было продолжить, специализируясь на юридическом, медицинском или на том же философском факультете. Профессора читали лекции не только на общепризнанном тогда языке науки – латыни, но и на русском языке. После выпускных экзаменов лучшим из оканчивавших университет присваивалась степень кандидата, остальным – звание «действительный студент».

Просветительская деятельность Московского университета способствовала созданию на его базе или при участии его профессуры таких крупных центров отечественной культуры, как Казанская гимназия (с 1804 г. – Казанский университет), Академия художеств в Петербурге (до 1764 г. – в ведении Московского университета), Малый театр и др.

В 1804 г. был принят первый университетский устав. Университету предоставлялась значительная автономия, ректор и деканы факультетов избирались из числа профессоров. Совет профессоров решал все вопросы университетской жизни, присуждал ученые звания. Книги, которые печатались с одобрения Совета в университетской типографии, освобождались от общей цензуры.

По инициативе и при содействии университета во второй половине XIX – начале XX в. возникли известные московские музеи: Политехнический, Исторический, Зоологический, Антропологии, Изящных искусств (ныне Музей изобразительных искусств им. А.С. Пушкина); были открыты Ботанический сад и Зоологический сад (Московский зоопарк). С 1919 г. университет полностью был переведен на государственное финансирование. В 1940 г. в дни празднования 185-летнего юбилея, университету было присвоено имя М.В. Ломоносова, которое он носит и поныне.

В конце 40-х – начале 50-х гг. прошлого века значительно улучшилось материальное положение Московского университета. На Ленинских (Воробьевых) горах возводится огромный комплекс новых университетских зданий. Создаются многочисленные специализированные лаборатории, в т.ч. и межфакультетские, организован мощный Научно-исследовательский вычислительный центр. В составе МГУ появились новые факультеты: Институт восточных языков (с 1972 г. — Институт стран Азии и Африки при МГУ), факультет психологии, факультет вычислительной математики и кибернетики, первый в стране факультет почвоведения и другие.

Московский университет превратился в крупный международный центр подготовки студентов и аспирантов. Для обучения иностранных граждан русскому языку в 1959 г. в университете был образован один из первых в нашей стране подготовительный факультет (ныне Центр международного образования).

Полномочия учредителя МГУ осуществляются Правительством Российской Федерации.

Ученым советом МГУ 23 марта 1992 г. Ректором МГУ выбран академик РАН Виктор Антонович Садовничий.

За годы ректорства В.А. Садовничего Московский университет получил статус российского самоуправляемого (автономного) высшего учебного заведения (1992), возобновлена деятельность Татианинской церкви (1995), был принят новый устав МГУ (2008) и Федеральный закон, закрепляющий особый статус МГУ как уникального научно-образовательного комплекса (2009). В сентябре 2008 г. вышел Указ президента РФ, закрепляющий академическую самостоятельность университета – право самим устанавливать образовательные стандарты и программы.

Здание МГУ на Воробьевых горах

МГУ является крупнейшим классическим университетом Российской Федерации, особо ценным объектом культурного наследия народов России. В настоящее время в МГУ обучаются более 40 тыс. студентов, аспирантов, докторантов, а также специалистов в системе повышения квалификации. Кроме того, около 10 тыс. школьников занимаются при МГУ. Ежегодно в Московском университете защищается до 800 кандидатских и 200 докторских диссертаций по различным отраслям знаний.

Из 18 лауреатов Нобелевской премии 11 наших соотечественников являются выпускниками или профессорами Московского университета, 12% всех открытий, зарегистрированных в СССР, принадлежат ученым МГУ. Их труд отмечен 60 Ленинскими премиями, 120 Государственными премиями СССР. За последние 10 лет более 40 работ ученых МГУ удостоены Государственной премии Российской Федерации.

Учебный процесс и научную работу в МГУ обеспечивает уникальный коллектив преподавателей и ученых. Это – 2,5 тыс. докторов и почти 6 тыс. кандидатов наук, около 5 тыс. профессорско-преподавательского состава. В Московском университете работают более 300 академиков и членов-корреспондентов РАН и отраслевых академий. В университетской фундаментальной и прикладной науке заняты 4,5 тыс. научных работников, ведущих в настоящее время исследования более чем по 350 приоритетным научным направлениям и программам.

В структуре Московского университета на сегодняшний день 39 факультетов, 15 научно-исследовательских институтов, 4 музея, 6 филиалов, около 380 кафедр, Научный парк, Ботанический сад, Научная библиотека, имеющая фонд в 9 млн томов, издательство, типография, Культурный центр, школа-интернат, в которой обучаются около 300 талантливых ребят со всей России.

В октябре 1987 г. правительство приняло решение о строительстве нового комплекса зданий для Московского университета, в 2005 г. построена университетская клиника, оборудованная по последнему слову науки и техники.

Велики международные связи Московского университета. Он входит в Евразийскую ассоциацию университетов, имеет прямые договоры о сотрудничестве более чем с 60 зарубежными центрами и объединениями, университетами Европы, США, Японии, Китая, других азиатских стран, Австралии, Латинской Америки, арабских государств. Уже функционируют 5 филиалов в странах ближнего зарубежья.

Два с половиной века истории старейшего российского университета свидетельствуют о его огромном вкладе в дело служения общечеловеческим идеалам свободы, гуманизма, добра, красоты, истины.

Л.А. Ходырева, А.А. Дударева

Открытие памятника А.П. Чехову перед учебным корпусом Медицинского научно-образовательного центра МГУ (слева направо: Декан факультета фундаментальной медицины МГУ Ткачук В.А., Ректор МГУ Садовничий В.А., скульптор Рукавишников А.И.)

Врачеватели завтрашнего дня.
Университетская клиника МГУ

В год своего основания Московский университет имел три факультета: философский, юридический и медицинский. Однако через 175 лет было принято решение выделить последний из университета, создав на его базе Первый мединститут. Лишь в 1992 году, с появлением нового ректора В.А. Садовничего, историческую справедливость восстановили: в МГУ снова заработал медицинский факультет.
Об этом напомнил директор медицинского научно-образовательного центра «Университетская клиника» МГУ им. М.В. Ломоносова, член-корреспондент РАН, профессор Армаис Альбертович КАМАЛОВ.

– Воссоздание медицинского образования в структуре МГУ – не только и не столько дань исторической традиции, сколько отражение требований времени. Медицина, безусловно, университетская наука. Достаточно вспомнить имена знаменитых выпускников старейшего вуза – хирургов Н.И. Пирогова, Н.В. Склифосовского, терапевтов С.П. Боткина, А.А. Остроумова, Д.Д. Плетнева, педиатра Н.Ф. Филатова и других, ставших светилами науки, ее первооткрывателями.

– Факультет фундаментальной медицины. Что означает это название?

– Оно подчеркивает, что образование здесь будущие медики получают на фундаментальной основе. На медицинском факультете нет кафедр физики, химии, биологии или, скажем, математики. Наши студенты изучают эти дисциплины на соответствующих факультетах университета, постигая азы современных знаний с помощью именитых специалистов МГУ. За 6 лет юноши и девушки получают багаж знаний, позволяющий им стать врачевателями завтрашнего дня, конкурентоспособными специалистами, которые могут ориентироваться в новейших достижениях науки.

Отрасль, призванную стоять на страже здоровья, нельзя представить в отрыве от столбовой дороги науки. А подобные представления, к сожалению, бытовали. Более того, встречаются и поныне в виде утверждений: мол, наука – сама по себе, медицина – сама по себе. Нам всем следовало бы почаще перелистывать страницы истории. Может быть тогда реже звучали бы утверждения нынешних прагматиков о том, что фундаментальная наука должна подтверждать свою нужность сиюминутными экономическими выгодами.

– В чем новизна организации медицинского образования в университете?

– В стремлении обеспечить столь необходимое сегодня органичное слияние учебного процесса и практики в опоре на энциклопедичность знания. Образование на факультете фундаментальной медицины поставлено на качественно иные рельсы. Начну с того, что один из вступительных экзаменов для абитуриентов... математика. Это «холодный душ» для тех, кто собрался идти в медицину лишь потому, что не дружит с точными науками. Математика – прекрасная гимнастика для мозгов. Она учит не только считать, но и быстро читать, быстро думать, вырабатывать реакцию, мыслить строго логически. Тому, что столь необходимо настоящему медику. Такой вступительный «барьер» обеспечивает дополнительный отбор способных детей.

Факультет фундаментальной медицины не может существовать в отрыве от своей клинической базы. До последнего времени она была раскидана по различным стационарам столицы, федеральным учреждениям, располагалась даже в клинике 4-го Управления... Сегодня – и в том немалая заслуга ректора – создан замкнутый цикл. Осваивая азы фундаментальных знаний, наши студенты на высоком уровне в рамках востребованных специальностей получают и клиническое образование.

Новая университетская клиника – медицинский научно-образовательный центр МГУ – не только чисто медицинское учреждение. Это органичное единство науки и образования. Здесь предусмотрено взаимодействие со всеми фундаментальными лабораториями, факультетами и кафедрами МГУ, партнерство с ведущими клиниками страны, что позволяет определять векторы развития медицины завтрашнего дня.

В центре трудятся авторитетные ученые с мировым именем. На общей научной платформе взаимодействуют коллективы других федеральных учреждений – того же Эндокринологического научного центра, Института хирургии им. А.В. Вишневского, Первого медицинского института и многих других клиник. Какую цель мы ставим перед собой? Во-первых, сформировать совместные научные коллективы для разработки перспективных направлений. Так, сегодня совместно со специалистами Эндокринологического научного центра, который возглавляет академик, вице-президент РАН И.И. Дедов, создается лаборатория молекулярной эндокринологии. Здесь будут изучать изменения, возникающие при различных заболеваниях, выявлять предпосылки для создания новых лечебных препаратов. Другая лаборатория во главе с деканом факультета, академиком РАН В.А. Ткачуком занимается проблемами регенеративной медицины, клеточными технологиями. Мы готовим уникальную базу для создания инновационных препаратов, основанных на использовании, в частности стволовых клеток, с тем, чтобы активнее противостоять орфанным (редким), онкологическим и другим тяжелым заболеваниям.

Университетская клиника – это полный цикл тесно связанных между собой лечебных подразделений. Мы намерены активно заниматься профилактической и превентивной медициной. Это направление возглавляет академик, вице-президент РАН А.И. Григорьев. Он и его сотрудники наметили очень интересную программу по сохранению здоровья, когда важно не столько провести диагностику и лечение, сколько оценить уровень здоровья и не допустить возникновения заболевания.

– Чем располагает медицинский центр МГУ?

– За короткое время в Раменках, по соседству с Ломоносовским проспектом, поднялся комплекс зданий общей площадью 52,8 тыс. кв. метров. В его составе 9-этажный стационар на 300 коек с интенсивной терапией и реанимацией, хирургическим, терапевтическим, кардиологическим отделениями, 5-этажный лечебно-диагностический корпус, лабораторный корпус, операционный блок с десятью операционными, рассчитанными на кардиохирургические, нейрохирургические вмешательства, ортопедию, общую хирургию, урологию и т.д. На службе медиков – самое современное оборудование.

Имеется корпус временного пребывания пациентов. Перенесшим различные оперативные вмешательства пациентам не потребуется обращаться в другие медучреждения. Они получат у нас и необходимую реабилитационную помощь. То есть здесь завершенный цикл всех медицинских структур сосредоточен под одной крышей.

Как федеральное учреждение новый центр МГУ работает по системам ОМС и добровольного медицинского страхования, предусмотрены хозрасчетные услуги, позволяющие обращаться сюда жителям других регионов. Москвичам достаточно направления своей поликлиники. Студенты и преподаватели, хотя традиционная поликлиника сохранена, при необходимости тоже могут воспользоваться услугами медицинского центра.

– И все же принадлежность к университету предполагает, прежде всего, образование...

– Конечно, подготовка кадров – на переднем плане. Наши студенты на 4-м и 6-м курсах пишут курсовую и дипломную работы. Многие из этих работ тянут на мини-кандидатскую диссертацию. Наши учебные группы – это 6–10 человек. С каждым студентом проводится индивидуальная работа. Мы уходим от практики, когда выпускник медвуза вынужден заново учиться, постигая азы профессии (реальные, а не умозрительные) уже в больницах и поликлиниках. Объединяя обучение с практикой, причем супертехнологичной, мы создали центр подготовки будущих специалистов на симуляторах и тренажерах. Так, у нас есть даже симулятор робот-ассистированной хирургической системы да Винчи.

Убежден, мы должны готовить не только врачей высокого уровня. Наши выпускники – доктора с научным мышлением, способные быстро включиться и в исследовательскую, и в образовательную деятельность. Развивая направления постдипломного образования, мы взяли курс на подготовку медицинских менеджеров, того же главного врача, который помимо своей основной специальности должен великолепно разбираться в экономике, юриспруденции, знать законодательные акты. Где, как не в МГУ можно подготовить такого специалиста? В стране один за другим открываются новые высокотехнологичные медицинские центры, и такие специалисты высокого уровня очень востребованы.

Кстати, тех, кто приходит в клинику, встречает памятник А.П. Чехову – замечательному писателю, врачу, выпускнику медицинского факультета Московского университета. Собираемся назвать учебный корпус университетской клиники Чеховским.

Беседу вел Михаил ГЛУХОВСКИЙ

Интервью опубликовано в Литературной газете №10 (6500) за 2015 г.

Врожденные заболевания органов мочевой системы у детей

О пренатальной диагностике таких заболеваний и современных возможностях их лечения корреспонденту газеты Александру Рылову рассказала профессор И.В. КАЗАНСКАЯ, главный научный сотрудник НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И. Пирогова на базе ДКБ №9 им. Г.Н. Сперанского, председатель Межрегиональной общественной организации детских урологов-андрологов

- Ирина Валерьевна, как часто рождаются дети с врожденными и наследственными заболеваниями, есть ли динамика?

- Частота врожденной и наследственной патологии в популяции не изменяется за последние годы и составляет в среднем 1–5% от числа новорожденных детей. В мире ежегодно рождаются от 10 до 20 млн детей с такими заболеваниями. И чем ниже в развитых странах становится смертность от асфиксии, родовой травмы и инфекций, тем выше в структуре неонатальной и младенческой смертности удельный вес врожденных пороков развития. Сегодня уже около 40–50% ранней младенческой смертности и инвалидности с детства обусловлены наследственными факторами.

- Какие пороки и аномалии развития встречаются чаще всего?

- В структуре различных патологий развития пороки почек и мочевых путей занимают важное место, составляя по некоторым данным до 20%, и я хотела бы посвятить нашу беседу именно этой теме. Распространенность врожденной патологии органов мочевой системы составляет около 7,5 на 1000 новорожденных. Вы, конечно, знаете важнейшее правило медицины: чем раньше и точнее будет поставлен диагноз, тем успешнее будет лечение.

Так вот основная задача пренатальной диагностики патологий урологического профиля у плода – выделить группу риска по возможному рождению ребенка с пороком органов мочевой системы для составления прогноза исхода беременности, программы интра- и постнатального наблюдения, лечения или, в отдельных случаях, элиминации патологического плода. Считается общепризнанным, что пороки мочевой системы относятся к легко выявляемой патологии. По данным норвежских специалистов С. Исаксена и соавт., почти в 90% случаев УЗИ-диагноз при подобных нарушениях развития полностью совпадает с результатами патологоанатомических исследований. Согласно результатам многоцентрового исследования, проведенного в европейских странах в конце 90-х гг. прошлого века, точность пренатальной УЗИ-диагностики пороков мочевой системы составила 89%.

В нашей стране исследование органов мочевыделительной системы является обязательной составной частью протокола скринингового УЗИ во II и III триместрах беременности и включает оценку почек и мочевого пузыря плода.

-Может ли лечение таких расстройств начинаться уже в материнской утробе?

- Такое лечение, называемое фетальной терапией и хирургией, существует уже не только теоретически. Например, при УЗИ-обследовании плода может быть обнаружен тяжелый стеноз уретры, нарушающий отток мочи из мочевого пузыря. Критическое уменьшение образования мочи приводит к маловодию и плохому развитию легких. Снятие обструкции пузыря с помощью шунтирующей процедуры в матке может предохранить от развития необратимых нарушений в развивающихся легких и улучшить функцию почек. Подобные операции уже проводились. Но они крайне сложны и часто сопровождаются осложнениями. Поэтому для их внедрения в широкую практику нужна большая работа.

Таким образом, хирургическое лечение тех болезней, которым посвящена наша беседа, начинается только после рождения ребенка, причем среди них есть такие, как например экстрофия мочевого пузыря, где вмешательства необходимы уже в первые дни после рождения ребенка. Надеюсь, я привела убедительный пример, показывающий насколько важна пренатальная диагностика врожденных патологий мочеполовой системы у детей.

- Какие из таких обследований наиболее эффективны?

- Это УЗИ беременных в установленные приказом МЗ от 01.11.2012 (№ 572 Н) сроки, то есть на 11–14-й, 18–21 и в 30–34-й неделях гестации, причем для исключения позднего манифестирования врожденных аномалий развития плода специально предназначено второе из этих обследований – на 18–21-й неделях.

Расскажу теперь о клинических рекомендациях по оказанию медицинской помощи в случаях выявления специалистом УЗ-диагностики у плода маркеров урологической патологии. Этот документ был разработан ведущими специалистами Межрегиональной общественной организации детских урологов-андрологов. Рекомендации уже прошли всестороннее обсуждение экспертами, были утверждены на IV Съезде детских урологов-андрологов в апреле 2015 г., и до конца этого года мы планируем представить документ в Минздрав России.

> «...»
>
> ***В структуре патологий развития пороки почек и мочевых путей занимают значительную долю, составляя по некоторым данным до 20%***

- А зачем понадобилось создавать такие рекомендации?

- На то есть две причины. Сегодня мы будем говорить о крайне трудных в лечении болезнях, где обычно есть врожденные поражения не только мочеполовой, но и других систем. Борьбу с этим расстройствами ведут мультидисциплинарные бригады врачей, причем часто нужно провести несколько операций по мере взросления ребенка, сложные реабилитационные мероприятия. Раньше подавляющее большинство таких детей были обречены. А там, где удавалось добиться успеха, речь шла об уникальном лечении. Сегодня же мы можем спасти жизнь все большего числа таких детей, и уже накоплен мировой и отечественный опыт, позволяющий создать некие алгоритмы оказания им медицинской помощи. Этот опыт мы и хотели обобщить в нашем Порядке. Вторая же причина заключается в том, что в нашей стране уже есть высококвалифицированные специалисты, которые могут лечить такие болезни. Именно им в первую очередь будет полезен наш документ. Но поскольку благодаря совершенствованию диагностики сегодня оказывается, что частота врожденных пороков мочеполовой системы у детей выше, чем казалось ранее, новый Порядок будет интересен и врачам неонатологам, педиатрам общей практики и другим специалистам.

Итак, если в женской консультации на УЗИ у плода беременной женщины обнаружен врожденный порок мочевыводящей системы, она, согласно нашему Порядку, направляется в центр пренатальной диагностики для консультирования, постановки на учет, проведения дифференциальной диагностики и уточнения диагноза. Пренатальное консультирование проводится детским урологом-андрологом в составе консилиума, где участвуют акушер-гинеколог, специалист по УЗ–диагностике, генетик и неонатолог. Консилиум определяет прогноз для развития плода, здоровья и жизни ребенка. При пороках, имеющих неблагоприятный исход, то есть инкурабельных поражениях почек и мочевыводящей системы, консилиум принимает пока неокончательное решение о вынашивании или прерывании беременности. Затем беременной женщине предоставляется исчерпывающая информация о результатах обследования, прогнозе заболевания, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, на основании чего она

принимает уже окончательное решение, будет ли беременность прервана или нет.

- Назовите, пожалуйста, самые тяжелые пороки развития органов мочевой системы?

- К инкурабельным тяжелым порокам развития органов мочевой системы относятся: синдром Поттера или двусторонняя агенезия почек, поликистоз почек, двусторонний мультикистоз почек, двусторонний гидронефроз и уретерогидронефроз с резким истончением почечной паренхимы, синдром клапанов задней уретры в сочетании с двусторонним обструктивным или рефлюксирующим уретерогидронефрозом, синдром мегацистис-мегауретер-микроколон; синдром Пруно-Белле, иначе называемый синдром «сливового живота»; наконец, экстрофия мочевого пузыря. Это очень редкие заболевания, встречающиеся одно на несколько десятков тысяч рождений, и при которых, повторю, обычно страдает не только мочеполовая, но и другие системы органов.

- Новорожденные со всеми этими врожденными пороками неминуемо погибают?

- Среди названных мной патологий, действительно, есть такие, где трагический финал неизбежен. Это относится, например, к синдрому Поттера. При этом комплексе наследственных аномалий новорожденные имеют кроме врожденного отсутствия одной или обеих почек, также сращение нижних конечностей с аномалией стоп, аномалии развития позвонков, мочевыводящих путей, рудиментарные гениталии, гипоспадию, гипоплазию легких, атрезию гортани, пищевода и анального отверстия, и другие поражения. Обычно летальный исход наступает в первые часы жизни. Как правило, нежизнеспособны и большинство детей с синдромом «сливового живота», то есть, аплазией мышц передней брюшной стенки в сочетании с дисплазией почек и мочевыводящих путей и двусторонним крипторхизмом.

Однако в случаях экстрофии мочевого пузыря уже возможно лечение, причем настолько действенное, что при некоторых вариантах этого заболевания сегодня можно избежать и инвалидизации ребенка. У таких детей мочевой пузырь оказывается не внутри, а снаружи. То есть, передняя стенка пузыря отсутствует, как и соответствующий ей участок брюшной стенки. Таким образом, мочевой пузырь оказывается вовне. Моча изливается наружу через отверстия мочеточников. Это комплекс врожденных пороков развития может включать кроме классической экстрофии мочевого пузыря, также расхождение лонных костей; эписпадию, при которой частично или полностью расщеплена передняя стенка мочеиспускательного канала; клоакальную экстрофию и еще несколько вариантов. Считается, что каждая из этих аномалий – результат одной и той же «эмбриональной ошибки».

> «...»
>
> ***Для того, чтобы добиться удержания мочи у пациентов с экстрофией мочевого пузыря, коррекцию надо начинать в первые 2–3 суток после рождения***

Каждый план хирургического лечения этой болезни, основа которого – пластика мочевого пузыря, очень индивидуален, так как нет двух детей с экстрофией, полностью идентичных. Добиться удержания мочи у большинства пациентов с экстрофией мочевого пузыря остается по-прежнему очень сложной проблемой. Лечение обычно включает серию операций в течение нескольких лет – т.н. «поэтапная реконструкция». В соответствии с международными стандартами, как и предложенными нами рекомендациями, коррекцию данного порока надо начинать в первые 2–3 суток после рождения, пока кости остаются пластичными и еще возможно сведение костей лона без остеотомии (пересечения подвздошных костей). Сведение лонных костей обеспечивает наилучший эффект удержания мочи. В ходе этого же вмешательства проводится и первичное закрытие мочевого пузыря. У девочек пластика половых органов и уретры, то есть лечение эписпадии, обычно выполняется одновременно с закрытием мочевого пузыря на первом этапе. У мальчиков реконструкция эписпадии обычно выполняется между 1–2-м годами жизни. Эта операция также важна для удержания мочи, что в свою очередь способствует росту мочевого пузыря, его вместимости. А вот пластика шейки мочевого пузыря позволяющая достичь контроля мочеиспускания, проводится в возрасте 5 лет при достаточном (не менее 80 мл) объеме мочевого пузыря. Во время этой операции пересаживают мочеточники для предотвращения рефлюкса мочи в почки и формируют сфинктер.

Если же очевидно, что качество мочевого пузыря осталось неудовлетворительным, поскольку он не увеличивается в объеме в результате хирургических вмешательств, а остается маленьким и не может выполнять своей прямой функции, тогда выполняется аугментация, подразумевающая увеличение мочевого пузыря из ткани кишки или желудка.

- Догадываюсь, что по завершению всех этих обследований, должны быть сформированы какие-то группы риска беременных женщин в зависимости от состояния их плодов?

- И о первой из них я уже начала рассказывать. Это группа плодов с врожденными пороками, имеющими неблагоприятный прогноз, когда требуется либо прерывание беременности или экстренная специализированная хирургическая помощь сразу же после рождения ребенка. Кроме экстрофии мочевого пузыря, к патологиям, где срочная операция нужна в первые 7 дней жизни, относятся: инфравезикальная обструкция (уретероцеле, клапаны задней уретры) с нарушением мочеиспускания; двусторонний обструктивный или рефлюксирующий мегауретер с острым пиелонефритом, угрозой развития апостематозного поражения почек и почечной недостаточности; двусторонний инфицированный гидронефроз III–IV степени с истончением паренхимы почек; пороки развития единственной почки и мочеточника с проявлениями почечной недостаточности; мегацистис. При перечисленных состояниях основным видом операций в периоде новорожденности являются различные способы отведения мочи. Однако реконструктивно-пластические операций в раннем постнатальном периоде обычно нецелесообразны, особенно у новорожденных с острым течением пиелонефрита.

Беременные из этой группы направляется для родов в перинатальный центр или акушерский стационар с отделением реанимации новорожденных и обязательно расположенный в транспортной доступности от специализированных стационаров, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь по урологическому профилю.

- До сих пор мы говорили о наиболее тяжелых пороках развития мочеполовой системы. Но ведь есть и не столь грозные и опасные патологии из этого класса болезней?

- Вы правы. В наших рекомендациях выделена группа плодов с врожденными аномалиями развития мочевой системы, которые не требуют экстренного оперативного вмешательства, но нуждаются в урологическом обследовании в раннем постнатальном периоде для определения лечебной тактики и оказания специализированной медицинской помощи до трех месяцев жизни; а также группа с функциональными расстройствами мочевыводящей системы, с высоким риском развития урологических заболеваний и инфекционных осложнений в постнатальном периоде. Дети из этой группы нуждаются в тщательном диспансерном наблюдении, но не в срочном лечении. Если оказывается, что плод относится к этим двум группам, беременная женщина направляется на роды в акушерский стационар, из которого родившийся ребенок подлежит переводу в центры специализированных видов помощи, где есть возможности для комплексного урологического обследования и выхаживания новорожденного, уточнения диагноза и определения тактики лечения.

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 2015 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

Перспективы развития онкологической службы Московской области

О проблемах в лечении онкоурологических больных, с которыми сталкивается онкологическая служба Московской области, и о направлениях ее реформ корреспонденту газеты Александру Рылову рассказал главный онколог региона, первый заместитель генерального директора Национального медицинского исследовательского радиологического центра, заведующий кафедрой урологии, онкологии и радиологии ФПК МР РУДН А.А. КОСТИН

-Андрей Александрович, не могли бы Вы рассказать о последней статистике онкоурологических заболеваний в Московской области (МО)?

- Наше население – 7,5 млн человек, численность его растет, мы догоняем Москву. Больные онкологического профиля составляют 2,8% всех жителей региона, таких пациентов сейчас около 188 тыс. В 2013 г. от рака в МО умерли 16,4 тыс. человек (17% от всех умерших), и это вторая по значимости причина смертности после сердечно-сосудистых заболеваний. Рак предстательной железы (РПЖ) и почек наряду с другими нозологиями входят в состав десяти наиболее распространенных злокачественных новообразований (ЗНО) в нашем регионе, занимая в их структуре 21 и 13%. В 2013 г. было 1,2 тыс. новых случаев РПЖ, заболеваемость составила 32 случая, для рака почек – 9 и мочевого пузыря – 6 случаев на 100 тыс. населения.

Быстрее всего в нашей области растет заболеваемость РПЖ. С 2002 г. прирост здесь составил 136%, а для рака почки и мочевого пузыря – 29 и 9% соответственно. Смертность от этих трех видов рака составляет 12,3 и 2,5 случая на 100 тыс. населения. Причем она незначительно снижается для ЗНО почек и мочевого пузыря, а вот для РПЖ среднегодовой прирост весьма заметен – 3%. По всем этим онкоурологическим заболеваниям в результате улучшения ранней диагностики у нас увеличиваются случаи выявления локализованных опухолей. Однако вместе со всей страной наш регион еще значительно отстает от западных стран. Например, РПЖ на 1–2 стадиях мы обнаруживаем в 48% случаев, по всей РФ – в 49%, а в США – в 81% случаев.

- Как устроена руководимая Вами служба?

- Всего в ней заняты около 450 врачей. Амбулаторное звено включает 78 первичных онкологических кабинетов и 9 диспансерно-поликлинических отделений. В стационарной службе 2-го уровня всего 739 коек в 11 специализированных и хирургических отделениях ранее при муниципальных, а с января этого года – уже федерально-бюджетных учреждениях. К ЛПУ 3-го уровня, где оказывается высокотехнологичная медицинская помощь – ВМП (всего 705 коек), относятся МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Московский областной онкодиспансер в г. Балашиха (МООД) и Люберецкий онкологический диспансер. Но только в первых двух учреждениях выполняются такие сложные вмешательства, как цистэктомия и простатэктомия. Онкоурологические отделения у нас пока есть только в МОНИКИ и МООД, значительная же часть пациентов лечатся в неспециализированных отделениях. Это серьезная проблема, и мы надеемся при реорганизации нашей службы увеличить число таких отделений.

- Препараты быстро дорожают, в СМИ появляются буквально панические статьи о лекарственном обеспечении онкологических больных…

- У нас же ситуация совсем не хуже, чем в прошлом году, и даже несколько лучше, поскольку на 2015 г. мы уже практически на 100% закупили лекарственные средства, в т.ч. и наиболее востребованные для онкоурологических больных – аналоги лютеинизирующего рилизинг гормона (LHRH) и антиандрогенные средства. Однако меня и моих коллег очень беспокоит то, как эта ситуация будет развиваться в будущем.

- Поскольку надежд на заметное увеличение финансирования нет, дальше будет только хуже?

- Нет, ситуация не безнадежная, выход есть, и сразу скажу, что мы уже сегодня в плане реорганизации нашей службы делаем все возможное для того, чтобы лечение наших пациентов не только не ухудшилось, но и стало более успешным. Большие надежды мы возлагаем на импортозамещение в фармакологии и сфере расходных материалов. Но главная наша задача сегодня– улучшить раннюю диагностику и выявлять как можно больше ЗНО на локализованных стадиях. Конечно, мы это делали и будем делать, прежде всего для того, чтобы сохранить жизни и здоровье наших больных. Но сегодня это вопрос и экономического выживания нашей службы, чем больше опухолей мы обнаружим на ранних стадиях и чем больше проведем радикальных излечивающих операций, тем меньше останется пациентов, которым нужно дорогостоящее лекарственное лечение, включая терапию таргетными препаратами. Вы конечно знаете, что один месяц такого лечения может стоит до 200 тыс. руб. Примерно столько же стоит одна крупная операция для таких больных, включая реабилитацию. Но если оценить стоимость всего курса лечения больного метастатическим раком, которого можно бы избежать благодаря вовремя сделанной операции, то этих денег хватит на закупку заметной части оборудования для одного онкроурологического отделения. Не менее важна и вторая наша задача: увеличить долю высокотехнологичных методов лечения, избавившись от дефицита коечного фонда для его проведения, обеспечить такое качество операций, когда число рецидивов рака и осложнений будет минимальным и, наконец, избавит наших больных от очередей для получения такого лечения.

- Оказывают ли вам помощь в высокотехнологичном лечении столичные онкологические центры?

- Да, и очень большую! От имени моих коллег и пациентов МО хочу передать глубокую благодарность академику РАН М.И. Давыдову и члену-корреспонденту РАН А.Д. Каприну, руководителям РОНЦ им. Н.Н. Блохина и Национального медицинского исследовательского радиологического центра, где прошли консультации и лечение уже сотни наших больных, обучались многие областные специалисты-онкологи. Мы будем и дальше развивать сложившуюся систему интеграции онкологической службы МО с ведущими учреждениями страны, прежде всего, МНИОИ и РОНЦ путем проведения совместных конференций, консилиумов, консультаций, в т.ч. с использованием средств телемедицины. Значительную поддержку нашей службе оказывает и Министерство здравоохранения МО. В результате большинство онкологических пациентов МО получают высокотехнологичное лечение в нашем регионе. Но я надеюсь, что уже скоро мы будем сами проводить его практически для всех наших больных. Ведь это наша ответственность и наша работа. Пока же у нас действует несложный механизм направления пациентов по решению специальной комиссии в любое онкологическое ЛПУ, не относящееся к МО, если в этом возникает необходимость. И чаще всего такая ситуация складывается не потому, что мы не может решить какую-то проблему лечения (подчеркну, что наши специалисты сегодня выполняют весь объем ВМП для онкоурологических больных), а потому, что человеку удобнее лечиться в МО в связи с местом его проживания.

- Коснется ли реорганизация 1-го уровня областной онкологической службы?

-Безусловно. Мы испытываем здесь достаточно острый дефицит специалистов-онкологов, в отдаленных районах МО он достигает 50% от числа врачей, которые там необходимы. Мы планируем ликвидировать ряд наиболее слабо обеспеченных специалистами первичных онкологических кабинетов, расположенных в районах, обладающих онкологическими отделениями 2-го и 3-го уровней, а в них создать условия для амбулаторного приема больных. Также мы обеспечим возможность для врачей-не онкологов направлять больных на амбулаторный прием в указанные отделения 2-го и 3-го уровней.

- И последний вопрос в нашей беседе. Планируете ли Вы проводить скрининговые программы, такие как программа раннего выявления РПЖ, выполненная ранее в Москве?

- Программа дала отличный результат, а потому я уже обратился в МЗ Московской области с предложением о реализации подобной программы и в нашем регионе. Я хорошо знаю о противоречивых мнениях, сложившихся в профессиональном сообществе онкоурологов по поводу широкого применения ПСА-скрининга рака простаты, и о предложениях резко сузить его. Думается, что в нашей стране этого не стоит делать, учитывая особенности наших онкоурологических пациентов, которые обращаются к врачу уже на запущенных стадиях РПЖ. Ведь сколько бы мы ни говорили о недостаточной специфичности ПСА-анализов, у большинства таких больных эти тесты весьма надежно обнаруживают рак. Я считаю, что 1 раз в год у мужчин старше 40 лет в рамках диспансерных осмотров или при любом биохимическом анализе крови должен определяться уровень ПСА.

Эмболизация почечной артерии при раке почки

В.К. КАРПОВ,
доцент кафедры урологии МГУ

С.А. КАПРАНОВ,
профессор кафедры урологии МГУ

М.М. ЭХОЯН,
врач-уролог ГКБ №31

В структуре онкологической заболеваемости почечно-клеточный рак (ПКР) занимает 2% (10-е место). В онкоурологическом профиле рак почки в России устойчиво занимает 2-е место, уступая раку простаты. Средний возраст пациентов, у которых впервые диагностирован ПКР – 50–70 лет. ПКР чаще диагностируется у мужчин. Смертность от ПКР в мире возросла до 102 тыс. человек в год. ПКР в 25–40% наблюдений является случайной находкой при диспансерном обследовании. При первично выявленном ПКР в 25–30% диагностируются метастазы в отдаленные органы. На сегодняшний день основным методом лечения рака почки является нефрэктомия и/или резекция почки. Пятилетняя выживаемость при локализованных формах ПКР – 50–90%; при наличии отдаленных метастазов – 0–13%.

ПКР часто сопровождается такими осложнениями, как кровотечение, образование опухолевого тромба, вплоть до его отрыва и тромбоэмболии легочной артерии, большим объемом интраоперационной кровопотери, техническими сложностями при мобилизации почки.

В ГКБ №31 в последнее время при больших размерах опухоли почек в качестве предоперационной подготовки применяется эмболизация почечной артерии, что приводит к уменьшению размеров опухоли, облегчает выделение опухоли, повышает радикальность проводимого вмешательства и его абластичность, уменьшает кровопотерю во время операции.

Клиническое наблюдение

Пациент С., 1966 г. р.

Поступил в ГКБ №31 в экстренном порядке с жалобами на примесь крови в моче с «червеобразными» сгустками, боли в поясничной области слева, повышение температуры тела до 38 °С.

История настоящего заболевания: вышеуказанные жалобы отметил за месяц до госпитализации.

Пациенту в амбулаторных условиях проведено комплексное обследование в объеме ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии почек с внутривенным контрастированием, по данным которых диагностирована опухоль левой почки, занимающая нижний и средний сегменты размерами 20×11×15 см с наличием опухолевого тромба в почечной вене (рис. 1).

При рентгенографии легких и остеосцинтиграфии данных за метастатическое поражение костей и легких не выявлено.

По данным динамической нефросцинтиграфии выявлено выраженное снижение накопительной и выделительной функций левой почки. Функция правой почки удовлетворительная.

Установлена стадия: T3bN1Mo. Тромбоз левой почечной вены. Варикоцеле слева.

С целью предоперационной подготовки и остановки кровотечения из почки первым этапом выполнена селективная эмболизация почечной артерии спиралями Джиантурко по методу Сельдингера (рис. 2).

На следующий день при контрольном УЗИ с допплеровским картированием установлено, что кровоток в артериях почки отсутствует. Отмечено уменьшение почки в размерах до 15×10×10 см. После эмболизации отмечались гипертермия и выраженный болевой синдром, что потребовало адекватного обезболивания. Через три дня после эмболизации выполнена операция – радикальная нефрэктомия. Учитывая большие размеры опухоли, принято решение выполнить нефрэктомию из люмболапаратомного доступа. Протокол операции: под эндотрахеальным наркозом выполнена люмболапаротомия с переходом в 10-е межреберье. При ревизии органов брюшной полости пальпаторно распространения опухоли не выявлено. Выделена почечная вена, в которой определялся опухолевый тромб размером 4×1 см, не доходящий до нижней полой вены 1,5 см. С учетом ранее выполненной эмболизации почечной артерии почечная вена перевязана в первую очередь ниже опухолевого тромба и пересечена. При выделении почки отмечено незначительное кровотечение. Далее выделена почечная артерия, перевязана и пересечена между аортой и спиралью Джиантурко. Выполнена нефрэктомия. Произведена лимфодиссекция от бифуркации аорты до диафрагмы. Необходимо отметить, что благодаря ранее выполненной эмболизации почечной артерии удалась избежать массивной кровопотери (250–300 мл), выделение почки с капсулой Герота технический было облегчено.

Макропрепарат: почка размерами 15×10×10 см. Нижний и средний сегменты почки замещены опухолью. На разрезе опухоль грязно-желтого цвета с очагами распада, наличием в почечной вене опухолевого тромба.

Гистологическое заключение: умеренно дифференцированная светлоклеточная почечно-клеточная карцинома с обширными кровоизлияниями и некрозом. Опухоль врастает в лоханку, фиброзную капсулу почки, паранефральную клетчатку, почечную вену с наличием опухолевого тромба. Метастаз в одном парааортальном лимфоузле.

Таким образом, эмболизация почечной артерии в качестве метода предоперационной подготовки позволяет уменьшить размеры опухоли, облегчить выделение почки и уменьшить кровопотерю в ходе операции, повысить радикальность и абластичность операции, а также позволяет остановить кровотечение на дооперационном этапе.

Рис. 2. Ангиография во время эмболизации почечной артерии больного С.

«...»

ПКР сопровождается кровотечением, образованием опухолевого тромба, большим объемом интраоперационной кровопотери, сложностями при мобилизации почки

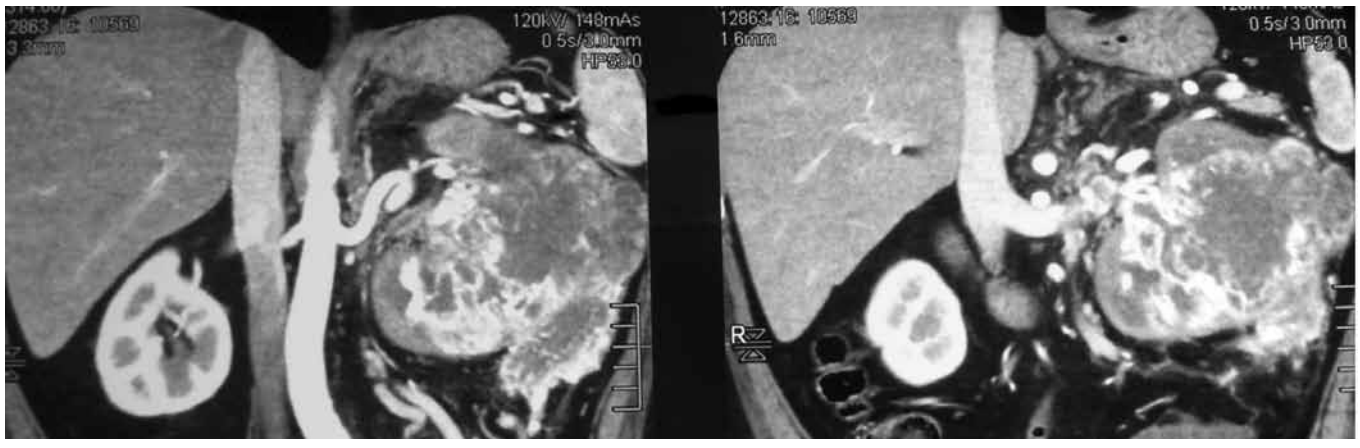


Рис. 1. Компьютерная томограмма больного С. с внутривенным контрастированием

Отдельные вопросы применения силденафила при различных урологических заболеваниях

Е.А. ЕФРЕМОВ,
д.м.н., зав. отделом андрологии и репродукции человека НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России

Е.В. КАСАТОНОВА,
научный сотрудник отдела андрологии и репродукции человека НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России

Я.И. МЕЛЬНИК,
научный сотрудник андрологии и репродукции человека НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России

Эректильная дисфункция (ЭД) характеризуются стойкой неспособностью к достижению или поддержанию эрекции, достаточной для успешного полового акта. Это расстройство эрекции широко распространено и, по данным Chew K.K. и соавт., к 2025 г. по приблизительным оценкам затронет 322 млн мужчин во всем мире [1].

Данные последнего отдельного исследования о распространенности ЭД в 6 регионах Российской Федерации были получены в 2012 г. на основе анализа данных анкетирования 1225 респондентов. При анализе опросника МИЭФ–5 было выявлено, что лишь у 10,1% опрошенных мужчин отсутствуют признаки ЭД, в то время как легкая степень ЭД отмечена у 71,3%, средняя степень – у 6,6% и тяжелая степень – у 12% респондентов. Таким образом, из 1225 опрошенных мужчин симптомы ЭД присутствовали у 1101 (89,9%) респондента [2].

В настоящее время при лечении ЭД учитывается полиэтиологичная природа заболевания, однако первой линией терапии, несмотря на все многообразие причин ЭД, являются ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа (иФДЭ-5). Неинвазивность терапии иФДЭ-5 увеличила доступность лечения по сравнению с другими лечебными методиками, к которым относятся интракавернозные инъекции вазоактивных препаратов, вакуумные устройства, пенильные протезы и оперативные сосудистые реконструкции [3].

В настоящее время в мире имеется большой опыт применения силданафила при различных урологических заболеваниях, осложненных ЭД.

Нарушение функции нижних мочевыводящих путей и ЭД

Существует несколько клинических исследований, доказывающих эффективность иФДЭ-5 в лечении нарушения функции нижних мочевыводящих путей (СНМП). J.P. Mulhall и соавт. изучали влияние силденафила на СНМП у мужчин, обратившихся по поводу сексуальной дисфункции. После применения силденафила у 60% улучшились показатели вопросника IPSS. Среднее уменьшение числа баллов по шкале IPSS в неделю составило 2±0,6. Авторы пришли к выводу, что силденафил способствует улучшению мочеиспускания у мужчин с легкой и умеренными формами СНМП и ЭД [4].

Много работ посвящено изучению роли иФДЭ-5 в сочетании с α-адреноблокаторами в повышении сексуальной функции. Kaplan и соавт. сообщили о результатах своей экспериментальной работы, демонстрирующей безопасность и эффективность комбинированного лечения с применением адреноблокатора альфузозина и силденафила в сравнении с группами монотерапии в лечении СНМП и ЭД. Через 12 недель терапии у больных всех групп отмечено улучшение показателей IPSS, Qmax и по шкале МИЭФ, но наилучшие результаты получены в группе комбинированной терапии. Исследователи пришли к выводу, что лечение силденафилом в комбинации с адреноблокатором было безопасным и эффективным при лечении как СНМП, так и ЭД [5]. В другом рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании, выполненном McVary и соавт. были отмечены сходные результаты.

В этом 12-недельном исследовании 366 мужчин старше 45 лет с баллами по шкале МИЭФ-5 менее 25 и IPSS – более 12 баллов, получали силденафил в дозировке 50 и 100 мг или плацебо. Результаты показали снижение среднего балла IPSS на 6,32 в группе силденафила по сравнению с 1,93 в группе плацебо. По шкале МИЭФ-5 выявлено улучшение среднего балла на 9,17 по сравнению с 1,86 при приеме плацебо ($p<0,0001$) [6].

Таким образом, применение силденафила как самостоятельно, так и в комбинации с а-адреноблокаторами, продемонстрировало эффективность и безопасность при лечении СНМП, вызванных доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) и ЭД.

Рак предстательной железы и ЭД

Лечение ЭД силденафилом у пациентов, перенесших лучевую терапию по поводу рака предстательной железы (РПЖ) первоначально показали свою эффективность в неконтролируемых исследованиях, а затем подтверждены в контролируемом исследовании. После лучевой терапии локализованного РПЖ 50 пациентов с ЭД, принимали 50 мг силденафила. При этом значительное улучшение эрекции отметили 66–74% пациента [7–8].

Наиболее значимыми прогностическими факторами восстановления эректильной функции после радикальной простатэктомии является билатеральное сохранение сосудисто-нервных пучков и отсутствие эректильных расстройств до проведения оперативного лечения. Эффективность силденафила для лечения ЭД у 170 мужчин после радикальной нервосберегающей простатэктомии составила 80%.

В рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании Padma-Nathan и соавт. сообщают, что раннее применение иФДЭ-5 увеличивает восстановление спонтанных эрекций, причем эффективность силденафила возрастает со временем, а лучшие результаты наблюдаются через 12–24 месяцев после операции [9–10].

Травма таза и ЭД

Травмы таза и промежности могут служить причиной ЭД. P.J. Harwood и соавт. отметили, что в результате перелома костей таза и повреждения уретры 30 и 42% пациентов соответственно имели ЭД [9]. O.Z. Shenfield и соавт. сообщили, что после уретропластики применение силденафила в дозировке 100 мг позволило значительно уменьшить проявление ЭД у 47% больных. Отмечено, что препарат наиболее эффективен при травмах мочеполовых органов с сохраненной иннервацией и кровоснабжением [11–12].

В настоящее время на российском рынке помимо оригинального препарата силденафила появился генерик Эрексезил (ЗАО «Фармацевтический Завод ЭГИС», Венгрия). Результаты проведенных исследований показывают, что эффективность и безопасность препарата Эрексезил сравнима с таковой у оригинального препарата [13]. В исследованиях было отмечено существенное положительное влияние Эрексезила на эректильную функцию. Отмечено улучшение качества жизни пациентов, принимавших этот препарат [14]. Доступные формы выпуска 50 и 100 мг №1 и №4 позволяют эффективно дозировать препарат, что обеспечивает индивидуальный подход к лечению каждого пациента.

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Список литературы

1. Chew KK, Earle CM, Stuckey BGA, et al. Erectile dysfunction in general medicine practice: prevalence and clinical correlates. Int J Impot Res. 2000;12:41–45.
2. Пушкарь Д.Ю., Камалов А.А., Аль-Шукри С.Х. и др. Анализ результатов эпидемиологического исследования распространенности эректильной дисфункции в Российской Федерации // Урология. 2012. № 6. С. 5–9.
3. Jonas U. The history of erectile dysfunction management. Int J Impot Res. 2001;3:3–7.
4. Mulhall JP, Guhring P, Parker M, et al. Assessment of the impact of sildenafil citrate on lower urinary tract symptoms in men with erectile dysfunction. J Sex Med. 2006;3(4):662–67.
5. Kaplan SA, Gonzalez RR, Ogiste J, et al. Combination of an alpha-blocker, alfuzosin SR, and a PDE-5 inhibitor, sildenafil citrate, is superior to monotherapy in treating lower urinary tract symptoms (LUTS) and sexual dysfunction [abstract 1638]. J Urol. 2006;175(4):528.
6. McVary K, Camps J, Henry G, et al. Sildenafil improves erectile function and urinary symptoms in men with erectile dysfunction and concomitant lower urinary tract symptoms [abstract 1637]. J Urol. 2006;75(4):527–528.
7. Zelefsky MJ, Mckee AB, Lee H, et al. Efficacy of oral sildenafil in patients with erectile dysfunction after radiotherapy for carcinoma of the prostate. Urology. 1999;53: 775–778.
8. Merrick GS, Butler WM, Lief JH, et al. Efficacy of sildenafil citrate in prostate brachytherapy patients with erectile dysfunction. Urology. 1999; 53:1112–1116.
9. Tutolo M, Briganti A, Suardi N, et al. Optimizing postoperative sexual function after radical prostatectomy. Ther Adv Urol. 2012;4(6):347–65.
10. Padma-Nathan H, McCullough AR, Levine LA, et al; Study Group. Randomized, double-blind, placebo-controlled study of postoperative nightly sildenafil citrate for the prevention of erectile dysfunction after bilateral nerve-sparing radical prostatectomy. Int J Impot Res. 2008;20(5):479–86.
11. Harwood PJ, Grotz M, Eardley I, et al. Erectile dysfunction after fracture of the pelvis. J Bone Joint Surg Br. 2005;87(3):281–90.
12. Shenfield OZ, Gofrit OD, Gdor Y, et al. The role of sildenafil in the treatment of erectile dysfunction with pelvic fracture urethral disruption. J Urol. 2004;172:2350–2352
13. Randomized, open-label, 2-way crossover, bioequivalence study of sildenafil 100 mg tablet and Viagra (reference) following a 100 mg dose in healthy subjects under fasting conditions. Final integrated clinical and statistical report. Version Date: 2007-02-26.
14. Инструкция по медицинскому применению препарата Эрексезил. http://www.egis.ru/images/science/bioequivalencestudy_2007.pdf

Терапия идиопатической патоспермии

С.Д. ДОРОФЕЕВ,
к.м.н., ведущий н.с. отдела андрологии и репродукции человека НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» МЗ РФ

Е.А. ЕФРЕМОВ,
д.м.н., зав. отделом андрологии и репродукции человека НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» МЗ РФ

Бесплодный брак является не только медицинской, но и социальной проблемой. Частота бесплодия в России превышает критический уровень, создавая угрожающую демографическую ситуацию. Доля мужского фактора среди всех случаев бесплодных браков достигает 50%, и тенденции к снижению этой цифры пока нет.

Немалую долю среди причин инфертильности занимает идиопатическая патоспермия. Одним из возможных факторов, негативно влияющих на сперматогенез, является гиперпродукция сперматозоидами свободных радикалов и других активных форм кислорода.

Повреждение клетки свободными радикалами называется оксидативным стрессом. Он возникает в результате несостоятельности антиоксидантной системы организма (т.е. преобладании окислительных реакций над восстановительными).

Образование свободных радикалов и их действие на клетки – физиологическое явление, имеющее место в организме человека в процессе метаболизма при приеме пищи, работе мышц, дыхании, т.е. там, где проходят энергетические реакции, деление клеток, синтез биологически активных веществ. «Виновником» образования свободных радикалов может быть также действие ультрафиолетового излучения, загрязнение окружающей среды, стрессы, неправильное питание, Таким образом, причины окислительного стресса кроются как вне, так и внутри организма.

Оксидативный стресс затрагивает все основные органеллы и жизненно важные процессы эукариотических клеток различных органов и тканей (в т.ч. белков, липидов, нуклеиновых кислот), приводя к различным заболеваниям и патологическим состояниям, в т.ч. нарушению фертильности у мужчин.

В ответ на массовое распространение гипотезы о ведущей роли свободных радикалов в старении организма возникло предположение о том, что прием антиоксидантов может уменьшить или предотвратить оксидативный стресс, остановив тем самым прогрессирование многих заболеваний, а в случае инфертильности – улучшить характеристики сперматозоидов и качество эякулята в целом.

Сочетание веществ, препятствующих окислительному стрессу, приводит к более выраженному положительному результату, чем их применение по отдельности. Поэтому в последнее время для терапии и профилактики мужской инфертильности применяются многокомпонентные биопрепараты.

Одним из таких биопрепаратов является АндроДоз. В его состав входят вещества, каждое из которых известно своими свойствами улучшать качество спермы: аминокислоты L-аргинин и L-карнитин, микроэлементы цинк и селен, витамины Е и А, а также глицирризиновая кислота, коэнзим Q10 и L-карнозин.

В 2013 г. в России проведено многоцентровое клиническое исследование эффективности и безопасности препарата АндроДоз при лечении пациентов с патоспермией в течение 3 месяцев. В исследовании приняли участие 73 пациента в возрасте от 20 до 65 лет с различными вариантами патоспермии, включая идиопатическую, как с наличием антиспермальных антител (АСАТ) в эякуляте, так и без.

Результаты исследования

При анализе результатов исследования было выявлено улучшение всех характеристик сперматозоидов (и количественных, и качественных) и околоспермальной плазмы. При исследовании эякулята отмечено прогрессивное статистически значимое увеличение объема, начиная с 3-го визита, который осуществлялся через 1,5 месяца приема пациентами исследуемого препарата. Это особенно заметно у пациентов, имевших изначально объем эякулята менее 2 мл. Через 1,5 месяца терапии объем эякулята нормализовался у 66,66% пациентов в общей группе и у 29,49 и 95,12% пациентов в подгруппах с АСАТ и без соответственно. Через 1,5 месяца терапии вязкость эякулята нормализовалась у 18,4% пациентов с исходно измененным показателем (длина нити менее 20 мм) в общей группе и у 16,8 и 20,4% пациентов в подгруппах с АСАТ и без соответственно.

Статистически значимое повышение числа сперматозоидов в 1 мл эякулята было выявлено уже через 1,5 месяца после начала приема препарата. Также было зарегистрировано увеличение выраженности эффекта по мере продолжительности терапии до 3 месяцев с сохранением достигнутых показателей в последующем периоде наблюдения. При дальнейшем наблюдении за пациентами отмечен эффект последействия с дальнейшей положительной динамикой: через 3 месяца после окончания терапии концентрация сперматозоидов в эякуляте нормализовалась у 48,48 и 100% пациентов в подгруппах с АСАТ и без соответственно. К окончанию исследования число пациентов с исходно сниженным количеством жизнеспособных сперматозоидов (<58%) уменьшилось в 2,29 раза в подгруппе пациентов без АСАТ и в 1,95 раза в подгруппе пациентов с АСАТ.

Наиболее выраженная положительная динамика подвижности сперматозоидов выявлена среди пациентов с исходно сниженным числом сперматозоидов с прогрессивным движением (<32%), где показатель увеличился в 1,74 раза по сравнению с исходным уровнем, причем эффект сохранялся и после окончания терапии. При исследовании общего числа патологических форм сперматозоидов к моменту завершения терапии было выявлено статистически значимое снижение числа патологических форм в обеих подгруппах, сохраняющееся в течение всего периода наблюдения и наиболее выраженное (увеличение на 26,32%) через 1,5 месяца терапии среди пациентов с исходно повышенным содержанием патологических форм (>96%). Достоверность положительных изменений количественных и качественных показателей сперматозоидов подтверждается повышением концентрации ингибина В в сыворотке крови. В группе пациентов с отсутствием АСАТ в эякуляте выявлено статистически достоверное повышение концентрации ингибина В, причем к моменту завершения курса лечения увеличение составило 21,7%.

Имеются данные, что гиперпродукция активных форм кислорода в эякуляте сопровождается более выраженными аутоиммунными реакциями, т.е. интенсивность оксидантного стресса прямо пропорциональна образованию АСАТ. Снижение уровня АСАТ в эякуляте может свидетельствовать об уменьшении силы окислительных реакций и, соответственно, об эффективности проводимой антиоксидантной терапии. В обеих подгруппах (с наличием АСАТ более 10% и не более 10%) выявлено снижение уровня АСАТ. Изменения были статистически значимыми в группе пациентов с АСАТ более 10% (АСАТ в среднем снизились на 26,5%; p=0,05) и сохранялись через 3 месяца терапии с сохранением достигнутого эффекта через 1,5 месяца наблюдения.

В процессе наблюдения за пациентами ни одного побочного эффекта при приеме АндроДоза выявлено не было. У партнерш пациентов обеих групп в ходе исследования (уже во время приема АндроДоза) наступили 8 (10,9%) беременностей, одна из которых завершилась выкидышем на сроке 6–7 недель. Семь других протекали нормально и были прослежены до срока 5 месяцев.

Заключение

Курсовое применение АндроДоза при различных вариантах патоспермии у мужчин положительно влияет на процессы сперматогенеза, за счет чего статистически значимо улучшаются количественные и качественные характеристики эякулята. Поэтому АндроДоз может быть рекомендован к применению в качестве средства первой линии терапии при идиопатической патоспермии (как с наличием иммунологического фактора инфертильности, так и без, а также с тератозооспермией).

Препарат хорошо переносится пациентами и не имеет побочных эффектов, что позволяет применять его в течение длительного времени, а также проводить повторные курсы при наличии положительного клинического эффекта.

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Лазерная инцизия и резекция стриктуры уретроцистоанастомоза – оптимизация эндоскопического лечения обструктивных осложнений радикальной простатэктомии

А.Г. МАРТОВ,
д.м.н., профессор, отделение малоинвазивной урологии ГКБ 57 ДЗ г. Москвы, кафедра урологии ИПК ФМБА, кафедра эндоскопической урологии РМАПО

Д.О. ДЖАЛИЛОВ,
отделение малоинвазивной урологии ГКБ 57 ДЗ г. Москвы, кафедра урологии ИПК ФМБА, кафедра эндоскопической урологии РМАПО

Проблема нарушенного мочеиспускания после выполнения радикальной простатэктомии (РПЭ) является весьма актуальной проблемой урологии. Актуальность проблемы связана с все возрастающей частотой выполнения данной операции в различных урологических клиниках, усложнением клинических случаев, при которых она выполняется (морбидное ожирение, местно-распространенный процесс, перенесенная ранее трансуретральная резекция простаты, большие размеры простаты и т.д.). По данным литературы, стриктура уретроцистоанастомоза после различных вариантов простатэктомии (открытая, лапароскопическая, роботизированная), наиболее часто клинически проявляет себя в течение первого года после операции и частота развития данного осложнения составляет до 10–15%. Клиническая картина нередко осложняется сочетанием развития обструктивной симптоматики, частичного или полного недержания мочи и различных вариантов нарушения накопительной или выделительной функции мочевого пузыря.

В подавляющем большинстве случаев первичная коррекция данного осложнения включает в себя внутреннюю уретротомию, трансуретральную электрорезекцию или инцизию суженного участка. Данные методы позволяют быстро и эффективно устранить инфравезикальную обструкцию, но, к сожалению, сопровождаются довольно высокой частотой рецидива (30–60%) и повышенным риском усугубления недержания мочи, т.к. наружный сфинктер мочевого пузыря в ряде случаев располагается слишком близко к зоне анастомоза или оказывается вовлеченным в рубцовый процесс. С целью улучшения результатов электрохирургических методов лечения предложены различные методы: введение митомицина С и использование гиалуронидазы после эндоскопической коррекции анастомоза, имплантация уретральной спирали с протезированием наружного сфинктера, различные варианты реконструкции задней уретры.

Широкое внедрение лазерной эндоскопической хирургии позволило применить гольмиевый лазер для коррекции стриктур уретроцистоанастомоза. Первоначально, лазерная коррекция включала в себя выполнение лазерной инцизии, подобно тому, как выполняется электроинцизия. Однако после рассечения образуются флотирующие участки тканей, которые требуют дополнительной электрорезекции, что минимизирует преимущество лазерной хирургии. Накопленный опыт эндоскопической хирургии нижних мочевых путей и лазерной эндохирургии позволил разработать и использовать в клинической практике оригинальную методику лазерной резекции уретроцистоанастомоза (рис. 1).

Помимо оптимизации способа лазерной коррекции анастомоза следует учитывать целый комплекс медико-технических факторов, которые улучшают результаты использования эндоскопических методов: выполнение операции с использованием лазерного цистоскопа или резектоскопа с системой постоянной ирригации под контролем цифровой видеоэндоскопии с экраном высокой четкости (рис. 2–3), применение специальных гелей-лубрикантов с анестетиком и антисептиком и др.

Использование цифрового видеоизображения позволяет четко выбирать место и направление разрезов, минимизировать травму наружнего сфинктера. Для обеспечения высокого качества эндоскопической картины во время лазерной коррекции анастомоза также желательно наличие системы постоянной ирригации, что делает использование стандартного цистоскопа не очень оптимальным инструментом. Лазерный резектоскоп, или цистоскоп является более оптимальным рабочим инструментом, который идеально подходит для выполнения операции. Инструмент обладает не только постоянной ирригацией, но и позволяет с помощью рабочего элемента производить высокоточные разрезы, не повреждая наружного сфинктера и устьев мочеточников, которые в ряде случаев находятся в зоне разрезов.

Операцию мы обычно начинаем с выполнения внутренней уретротомии холодным ножом с последующим выполнением видеофиброцистоскопии. Использование гибкого инструмента позволяет производить осмотр всей неошейки мочевого пузыря, что позволяет обнаружить лигатуры, кальцинаты и камни, нередко недоступные для осмотра ригидным инструментом (рис. 4).

С января 2000 по май 2013 г. в отделении малоинвазивной урологии ГКБ 57 различные лазерные эндоскопические вмешательства, направленные на устранение инфравезикальной обструкции после радикальной простатэктомии, были выполнены 33 пациентам. Все операции выполнены в течение 6–12 месяцев от момента выполнения радикальной простатэктомии. У 11 пациентов ранее в других клиниках были наложены цистостомические дренажи. Для сравнительной оценки результатов ретроспективно была набрана группа из 46 пациентов, которым выполнялись традиционные электрохирургические операции. Контрольные обследования, включая фиброцистоскопию, проводились пациентам спустя 1 год после проведения оперативного лечения. Среднее время дренирования мочевого пузыря после операции составило 1,7 суток.

Удовлетворительные результаты лечения, были достигнуты у 57 (72,1%) пациентов из 79, которые прошли контрольное обследование через 12 месяцев. Средние показатели IPSS/QoI составили 13,1/2,4, Qmax увеличилась в среднем с 5,9 мл/сек до 20мл/сек. Послеоперационный объем остаточной мочи не превышал 30 мл. Из общего числа оперированных больных, у 61 (22,7%) пациента, было отмечено усугубление недержания мочи, возникшее в раннем послеоперационном периоде, которое самостоятельно купировалось к моменту контрольного обследования. По прошествии года усугубление недержания (более 2 прокладок в сутки) сохранялось лишь у 14 пациентов, у 6 (42,8%) из них отмечалась тотальная инконтиненция. Суммарный удовлетворительный результат по такому критерию, как усугубление недержания мочи был отмечен у 65 (82,2%) больных.

В 23 (29%, 23/79) случаях были выявлены рецидивы стриктур уретроцистоанастомоза, в 7 случаях (21%, 7/33) после лазерной коррекции, в 16 (34,7%, 16/46) – после электрохирургической операции.

Согласно полученным данным, эффективность и безопасность лазерной резекции уретроцистоанастомоза превышает аналогичные показатели электрохирургических методов лечения. В лечении первичных стриктур уретроцистоанастомоза результаты лазерной коррекции оказались лучше, чем в лечении рецидивных стриктур.

Среди перспектив развития данного направления стоит отметить потенциальные возможности тулиевого лазера. Предполагается, что его использование позволит сократить время операции. Принципиального влияния на частоту рецидива стриктуры и усугубление недержания мочи тулиевый лазер по сравнению с аналогичными параметрами гольмиевого лазера не оказывает. Дальнейшие исследования в этом направлении позволят изучить этот вопрос.

Рис. 2 Широкоформатная цифровая HD видеоэндоскопия

Рис. 3. Традиционная видеоэндоскопия

Рис. 4. Видеофиброцистоскопия. Кальцинированный шовный материал в зоне анастомоза, по верхней окружности шейки мочевого пузыря

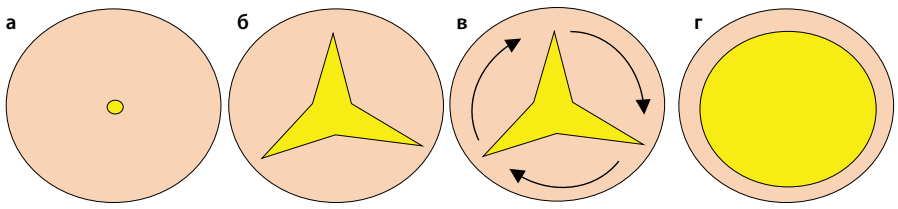


Рис. 1. Основные этапы лазерной инцизии и резекции уретроцистоанастомоза (слева направо): а – стриктура уретроцистоанастомоза (вид до операции), б – лазерная инцизия анастомоза, в – направление лазерных резекционных разрезов, г – окончательный вид шейки мочевого пузыря

ПростаДоз®

ОПТИМАЛЬНЫЙ ПУТЬ К МУЖСКОМУ ЗДОРОВЬЮ

СОДЕРЖИТ ОНКОПРОТЕКТОРЫ

- 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.

STADA CIS
www.stada.ru

Реклама

ТУ9197-003-64546009-11

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

БАД. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ RU.77.99.11.003.E.016996.12.12

Перспективные маркеры ранней диагностики рака предстательной железы

А.А. КАМАЛОВ, д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова

Д.А. ОХОБОТОВ, к.м.н., доцент кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова

В.К. КАРПОВ, к.м.н., доцент кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, Заслуженный врач РФ

В.Н. МАМЕДОВ, клинический ординатор кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова

В.О. ДМИТРОВ, клинический ординатор кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова

Современная урология и андрология активно развиваются за счет обогащения новыми методами диагностики и лечения, основанными на различных достижениях в фармакологии, биохимии, биологии, физиологии, экспериментальной медицине и других фундаментальных науках, что способствует появлению в арсенале врача-уролога новых технологий диагностического и лечебного плана. При этом ключевое значение имеет международное и межотраслевое взаимодействие, обмен опытом и последними данными между специалистами. Кроме того, активный профессиональный интерес врачей и исследователей к последним научным изысканиям и достижениям способствует прогрессу медицинской фундаментальной науки.

Рак предстательной железы (РПЖ) считается сегодня одной из самых серьезных медицинских проблем среди мужского населения. По темпам прироста он стремительно вышел на 1-е место, опережая рак легких и колоректальный рак. Сегодня он занимает 2-е место среди всех онкологических заболеваний в структуре смертности у мужчин (Guidelines EAU, 2014). Поэтому поиск новых маркеров ранней диагностики, а также поиск способов эффективного предупреждения заболевания и его лечения являются актуальными задачами. В последнее время эта тема активно обсуждается медицинской общественностью. Среди множества направлений в ранней диагностике РПЖ в первую очередь заслуживают внимания те методы, которые являются «РПЖ-специфичными», а не простатоспецифичными, как, например простатический специфический антиген (ПСА, PSA), который все-таки является в большей степени простатоспецифичным маркером и его концентрации могут меняться в зависимости от различных причин. Повышение уровней ПСА может отражать появление раковых клеток, однако может быть и проявлением незлокачественных процессов, таких как доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) или результатом возникновения инфекционно-воспалительных изменений в железе. Все типы клеток предстательной железы (ПЖ) как нормальные, так и гиперплазированные и раковые способны синтезировать высокие уровни ПСА в переходной зоне ПЖ. Неопластические клетки вырабатывают меньшие объемы ПСА по сравнению с клетками при ДГПЖ, но обеспечивают больший выброс ПСА в кровь по сравнению с клетками ДГПЖ. Таким образом, сегодня ПСА должен рассматриваться как хороший показатель мониторинга объема железы при ДГПЖ, но не как патогномоничный маркер РПЖ.

Исследование концентрации свободной и связанных форм ПСА имеет несколько бóльшую специфичность и привязку к развитию РПЖ, но достоверность использования данного метода сегодня также дискутируется, т.к. результаты ряда исследований показали неэффективность оценки отношения свободного ПСА к общему для прогнозирования злокачественности процесса.

В данном обзоре мы решили представить несколько интересных РПЖ-специфичных маркеров, которые, с нашей точки зрения, могли бы быть рассмотрены в качестве методов раннего выявления РПЖ.

GDF-15

Два года назад в центре исследования рака университета Колорадо Джеймс Ламберт и коллеги (2012–2014) провели исследования, результаты которого показали, что подавление регуляции гена *GDF-15* может обусловливать хроническое асептическое воспаление и приводить к РПЖ. Интересно, что при иммуногистохимических и генетических исследованиях образцов РПЖ, ген, кодирующий GDF-15 и активирующийся с помощью витамина D, отсутствует. Возникла гипотеза, что если витамин D способен повышать экспрессию GDF-15 в несколько раз, то активация кодирующего гена может являться механизмом, посредством которого витамин D тормозит развитие РПЖ. Изначально ответ был отрицательным, т.к. считалось, что высокий уровень GDF-15 может быть в нормальной ткани, а низкий уровень – в клетках РПЖ, но было обнаружено, что во многих образцах ткани ПЖ человека GDF-15 просто не отслеживается. Тем не менее была замечена одна интересная особенность: уровень GDF-15 был равномерно низким в образцах ткани ПЖ, которые содержали воспаление. Как отмечает Ламберт, воспаление бывает при многих видах рака, включая РПЖ, рак желудка и толстой кишки, поэтому GDF-15 может быть хорошим инструментом для поддержания здоровья тканей ПЖ, поскольку он подавляет воспаление, которое потенциально формирует условия для активного развития РПЖ. При количественном измерении экспрессии GDF-15 белка в тканях ПЖ с признаками воспаления, выяснилось, что ген *GDF-15* подавлял активность ядерного фактора каппа-B (nuclear factor kappa B, NF-kB), который является провоспалительным медиатором. В медицинских поисковых электронных системах (Scopus, Pubmed и др.) встречается достаточно много работ, посвященных ингибированию NF-kB. И только теперь, осознавая ключевую роль витамина D при РПЖ, мы, наконец, приблизились к пониманию того, как использовать протективные механизмы GDF-15.

Человеческий калликреин 2 (hK2)

Человеческий калликреин, тип 2 (hK2), вырабатываемый ПЖ, является сериновой протеазой и очень сходен с ПСА. Два этих соединения гомологически сходны на 80% и оба продуцируются в основном в ПЖ. Несмотря на структурное сходство, hK2 и ПСА отличаются своей ферментной активностью. Уровень hK2 в ткани ПЖ, семенной плазме и сыворотке крови составляет около 2% от общего ПСА. Так же, как и ПСА, hK2 сыворотки крови представлен в двух формах: связанный с различными молекулами и свободный. Предполагается, что hK2 может являться предиктором низкой дифференцировки клеток ПЖ, экстракапсулярного роста опухоли и биохимического регресса у пациентов после радикальной простатэктомии. Возможность использования hK2 для оценки предоперационной стадии и локализации злокачественного процесса в ПЖ является спорной и вызывает все больший интерес для исследований у зарубежных коллег.

Ранний антиген рака простаты

Ранний антиген рака простаты (РАРП) – это ядерный матриксный белок, первоначально идентифицирующийся при белковом профилировании раковой ткани у подопытных крыс. Иммуногистохимические исследования ткани ПЖ после биопсии с использованием аутоантител к РАРП показали чувствительность и достоверность определения раковых клеток в 80% случаев. Было отмечено положительное окрашивание не только у раковых клеток, но и нормальных клеток ПЖ из зоны, прилегающей к злокачественной опухоли. Более того, экспрессия РАРП была обнаружена и в клетках предраковых образований, таких как пролиферативная атрофия, интраэпителиальная неоплазия. В одном из недавно проведенных исследований, включавшем 46 пациентов, чувствительность определения РПЖ у пациентов составила 94%.

Трансформирующий фактор роста-бета (TGF-β)

Трансформирующий фактор роста-бета (TGF-β) является фактором роста, участвующим в регуляции нескольких клеточных процессов, включая пролиферацию, иммунный ответ, дифференцировку и ангиогенез. TGF-β способствовал активному появлению злокачественных клеток в моделях РПЖ, что сочеталось с локальным повышением его экспрессии в зонах усиленного роста опухоли, опухолевой инвазии и метастатического распространения.

Кроме того, было выявлено увеличение уровня циркулирующего TGF-β в крови у пациентов с выявленным прогрессированным злокачественного процесса.

Интерлейкин-6

Интерлейкин-6 (ИЛ-6) – это цитокин, который оказывает различное влияние на иммунные и гематопоэтические механизмы. В исследованиях *in vitro* и *in vivo* было выявлено повышение уровня ИЛ-6 и рецепторов к нему (ИЛ-6р) при РПЖ. При этом повышение в сыворотке крови уровней ИЛ-6 и ИЛ-6р было связано с метастатическим процессом и развитием

гормон-резистентности болезни, причем предполагается, что ИЛ-6 может служить предиктором малигнизации и прогрессирования РПЖ.

Хромограмин А

Хромограмин А представляет собой пептид, секретируемый нейроэндокринными клетками ПЖ. Несмотря на то что роль хромограмина А до сих пор достоверно неизвестна, привлекает внимание тот факт, что его уровень имеет прогностическую ценность у пациентов с РПЖ. Установлено, что повышенный уровень хромограмина А связан с повышенной злокачественностью процесса, быстрым прогрессированием и увеличением смертности пациентов больных РПЖ. В дополнение к этому ряд исследований продемонстрировал, что повышение уровня сывороточного хромограмина А предшествует повышению содержания ПСА при прогрессировании гормон-резистентного РПЖ. Полученные данные свидетельствуют о том, что показатель уровня хромограмина А можно использовать для оценки вероятности метастазирования РПЖ.

PSMA и PSCA

Простатический специфический мембранный антиген (PSMA) – это гликопротеин, который высоко экспрессируется как нормальной, так и малигнизированной тканью ПЖ. На сегодняшний день имеются противоречивые данные об отсутствии или наличии корреляции концентрации сывороточного PSMA у пациентов с РПЖ, что сформировало базу для дальнейших исследований и поиска ответа на вопрос о возможности использования PSMA при прогнозировании заболевания у пациентов с РПЖ. PSMA и PSCA (антиген стволовых клеток простаты) являются мембранными гликопротеинами, в норме в небольшом количестве продуцируемыми эпителием ПЖ, широко распространяющимися на опухолевых клетках при любых формах простатической интраэпителиальной неоплазии, РПЖ и метастазировании. Их увеличенная продукция коррелирует с повышенным риском возникновения РПЖ, вероятностью более высокой степени злокачественности по шкале Глисона, более высокой стадией патологического процесса и наличием отдаленных метастазов. В настоящее время проводятся многочисленные исследования в отношении роли PSMA и PSCA как мишеней, используемых для диагностики и лечения новообразований ПЖ.

PCA3

Основанный на определении гиперэкспрессии PCA3 в моче, метод диагностики РПЖ, вызвал повышенный интерес среди исследователей. За последние 6 лет появилось достаточное количество сообщений, в которых была продемонстрирована более высокая диагностическая точность и специфичность исследования экспрессии PCA3 в моче по сравнению с PSA-тестом. При этом чувствительность PCA3 варьируется от 46,9 до 82%, а специфичность – от 55 до 92%. Положительная прогностическая ценность метода, по результатам различных исследований, варьируется от 39 до 86%, а отрицательная – от 61 до 89,7%. До сих пор оптимальный пороговый уровень PCA3 остается предметом дискуссии. Это происходит потому, что выбор основывается на поиске баланса между чувствительностью и специфичностью метода.

В соответствии с рекомендациями FDA , пороговый уровень для PCA3 установлен равным 25, в связи с тем, что при более высоком пороговом уровне возрастает вероятность ложноотрицательных результатов. Отечественная тест-система PCA3 (А.В. Сидоренков и соавт., 2012). При использовании порогового уровня 50 для PCA3, чувствительность теста достигла 75%, а специфичность – 87,5%. Но при этом частота ложноотрицательных результатов составляет 25%. При морфологическом контроле выявлено, что уровень экспрессии PCA3 значительно выше у пациентов с положительным результатом первичной биопсии по сравнению с пациентами с отрицательной биопсией.

> «...»
>
> ***Исследования, проводимые в области выявления и лечения РПЖ, дают надежду на то, что в будущем смертность от РПЖ будет еще более снижена***

В наблюдении T. Charles и соавт. исследовался уровень экспрессии PCA3 в моче у 125 пациентов, среди которых у 47 при первичной биопсии ПЖ был выявлен РПЖ. Через 5 лет 78 пациентам с отрицательными результатами первичной биопсии из исходной группы наблюдения вновь провели оценку уровня PCA3 в моче. При повторной биопсии РПЖ был обнаружен еще у 15 пациентов. Причем уровень PCA3 при первичном обследовании у них был значительно выше по сравнению с пациентами, у которых в ходе пятилетнего наблюдения РПЖ обнаружен не был.

PCA3 является достаточно стабильным показателем, однако при проведении оценки взаимосвязи PCA3 со степенью агрессивности РПЖ, клинической и патоморфологической стадиями, степенью дифференцировки по Глисону, объемом опухоли, наличием экстрапростатического роста, наличием положительного хирургического края и другими параметрами, четкой корреляции выявлено не было.

Для повышения качества определения показаний к биопсии ПЖ на основе PCA3 были разработаны математические модели и номограммы. Номограммы Chun, Hansen и PCPT, включающие PCA3, показали более высокую диагностическую точность по сравнению с номограммами, не учитывающими этот параметр, что позволило снизить частоту выполнения биопсий ПЖ с 11 до 22%. Интересно комбинированное использование определения уровня PCA3, мультиспиральной компьютерной томографии или диагностики с помощью гистоскана.

TMPRSS2-ERG

TMPRSS2-ERG представляет собой химерный ген, образующийся при слиянии TMPRSS2 и ERG, определяется в значительном количестве в образцах мочи пациентов с РПЖ. Он достаточно высокоспецифичен и встречается в 50% случаев РПЖ у европейцев. Тест, основанный на определении TMPRSS2-ERG в моче, обладает чувствительностью до 37%, специфичностью до 93%, а прогностическая ценность положительного результата достигает 94%. Тем не менее ввиду гетерогенности РПЖ экспрессия TMPRSS2-ERG среди опухолевых очагов неоднородна. Иногда при наличии злокачественного процесса в ПЖ во время исследования в мочу может не попасть достаточное для получения положительных результатов количество TMPRSS2-ERG, что приводит к снижению чувствительности теста.

Комбинация маркеров PCA3 и TMPRSS2-ERG

Безусловно, более высокой точности диагностического метода можно добиться, определяя несколько параметров. Одной из перспективных комбинаций представляется сочетанное определение экспрессии PCA3 и TMPRSS2-ERG. Применение PCA3 с пороговым значением 58 позволило выявить РПЖ в 62% случаях, а в комбинации PCA3 с TMPRSS2-ERG – в 73% случаях. В 2012 г. в работе G. Robert и соавт. было отмечено, что данное сочетание маркеров позволило повысить чувствительность теста PCA3 с 68 до 76%.

Комбинация маркеров сывороточного PSA, PCA3 и TMPRSS2-ERG

В 2011 г. S. Salami и соавт. предложили и апробировали алгоритм определения показаний к биопсии ПЖ, основанный на совместном определении сывороточного PSA, и PCA3 и TMPRSS2-ERG в моче. Диагностическую ценность маркеров оценивали по отдельности и в сочетании. Максимальную чувствительность продемонстрировал PCA3 (93%), а максимальную специфичность – TMPRSS2-ERG (87%). Чувствительность и специфичность комбинированного алгоритма в отношении РПЖ составили 80 и 90% соответственно. По мнению авторов, биопсию ПЖ следует назначать пациентам с повышением сывороточного PSA≥10 нг/мл либо повышением экспрессии PCA3 или TMPRSS2-ERG, поскольку данный алгоритм улучшает качество диагностики РПЖ, в т.ч. в «серой зоне» PSA. В другом исследовании авторы не выявили значимой взаимосвязи PCA3 и TMPRSS2-ERG с уровнем сывороточного PSA, объемом ПЖ, индексом массы тела, количеством предшествующих биопсий ПЖ, длительностью временно́го интервала между моментом сбора мочи для исследования и биопсией ПЖ, семейным анамнезом и клинической стадией. Поэтому сочетание наиболее известных маркеров сегодня также пока не пригодно для массового скрининга РПЖ.

4Kscore Test

Американская ассоциация урологов (AUA – American Urological Association) провела презентацию 4Kscore Test на очередном заседании 18 мая 2014 г. В ходе 4Kscore Test анализируются показания сразу четырех биомаркеров. Таким образом, к исходным данным добавляются возраст мужчины, результаты пальцевого ректального исследования и результаты предыдущей биопсии. Полученная информация обрабатывается по новой формуле, определяя вероятность заболевания РПЖ. И только в том случае, если обнаружена высокая вероятность онкологического заболевания, уролог назначает ПСА-тест с последующей биопсией. Высокая точность алгоритма была подтверждена предварительными данными клинических исследований.

Заслуживают внимания результаты сравнения диагностической эффективности [-2]проPSA и индекса здоровья ПЖ (phi), полученные V. Scattoni и соавт.

[-2]proPSA – незрелая форма ПСА, или его предшественник. Условный индекс phi с более высокой точностью позволяет предсказывать наличие РПЖ и в большей степени ассоциирован со степенью агрессивности заболевания, чем PCA3. Но при этом баланс между чувствительностью и специфичностью сильно зависит от выбранного порогового значения, что несколько снижает его диагностическую ценность.

Рацемаза (AMACR)

Были получены новые данные о молекулярной патологии опухолей ПЖ, свидетельствующие о том, что в раковых клетках этого органа синтезируется специальный протеин £-метилацин – коэнзим А рацемаза (AMACR), представляющий собой пероксисомный и митохондриальный фермент. Это первый иммуногистохимический маркер злокачественной трансформации клеток ПЖ. Альфа-метил КоА-рацемаза (AMACR) является ферментом, участвующим в окислительном метаболизме и синтезе жирных кислот с разветвленной цепью, которые обнаруживаются в молочных продуктах и мясе. Кроме того, что этот фермент образуется в больших количествах в ткани РПЖ, он еще кодируется геном, который локализован в области 5p13.3, содержащей полиморфизмы, связанные с РПЖ.

GSTP1 (Glutathione-S-Transferase п1)

Одним из наиболее широко описанных проявлений эпигенетических аномалий в опухолевых клетках (в т.ч. ПЖ) является изменение профиля метилирования промоторной области гена *GSTP1* (Glutathione-S-Transferase п1). Продуктом данного гена является цитоплазматический фермент глутатион-S-трансферазы класса п1 (GSTP1), участвующий в регуляции апоптоза и утилизации ксенобиотиков. Так, в норме промоторная область гена глутатион-S-трансферазы находится в неметилированной форме, при пролифе-

ративной воспалительной атрофии частота метилирования промоторной области GSTP1 составляет 6,4%, при высокоактивной интраэпителиальной неоплазии ПЖ – 70%, а при аденокарциноме ПЖ – 90%.

CpG-островки (CGI), гены RARB2 и RASSF1

Помимо гена *GSTP1* при малигнизации ткани ПЖ значительные изменения в статусе метилирования 5'-регуляторных областей наблюдаются также среди генов, продукты которых участвуют в подавлении опухолевого роста. Метилирование CpG-островков (CGI) в промоторных областях таких генов приводит к их инактивации, что связано с повышением риска возникновения злокачественных заболеваний. Метилирование CGI в промоторных областях таких генов приводит к инактивации последних, что связано с повышением риска возникновения злокачественных заболеваний. Из большого количества инактивируемых супрессоров опухолевого роста наиболее интересны гены *RARB2* и *RASSF1*, также являющиеся представителями группы эпигенетических маркеров опухолевых заболеваний ПЖ. Ген *RARB2* (retinoic acid receptor beta) кодирует белок, отвечающий за рецепторопосредованную супрессию опухолевого роста (как известно, ретиноиды являются ингибиторами роста и развития опухолей). Метилирование CpG-островков в промоторной области данного гена свидетельствует о наличии малигнизации ткани ПЖ и не обнаруживается в клетках здоровой ткани.

Метилирование классического гена-супрессора опухолевого роста *RASSF1* является ранним событием канцерогенеза РПЖ и нарастает по мере прогрессии заболевания. Ген *RASSF1* (RAS association domain family protein 1A) также является супрессором опухолевого роста. Метилирование CpG-островков в промоторной области данного гена было зафиксировано при малигнизации различных типов тканей. Частота и степень метилирования RASSF1 коррелируют с агрессивностью опухоли и, таким образом, позволяют прогнозировать течение заболевания.

RARB, ERb, TIGI

Гиперметилирование генов *RARB*, *ERb*, *TIGI* коррелирует со стадией процесса и степенью дифференцировки опухоли. Метилирование AP обнаруживается в 0–20% случаев первичного РПЖ и в 13–28% случаев гормонально рефрактерного РПЖ, что в таких случаях является свидетельством исключения участия самого AP в активации пролиферации клеток РПЖ.

uPA, uPAR

uPA – это сериновая протеаза, активатор плазминогена, uPAR – это рецептор клеточной мембраны к uPA. Повышение уровней uPA/uPAR наблюдается при прогрессировании опухолевого роста, метастазировании и сокращении срока жизни пациентов с РПЖ.

Инсулиноподобные факторы роста I и II

Инсулиноподобные факторы роста (ИФР) I и II – сывороточные факторы, относящиеся к семейству инсулина. В крови у мужчин, больных РПЖ и ДГПЖ, отмечается повышение уровней этих биомаркеров. Сегодня активно обсуждается роль ИФР как аутокринных и паракринных факторов роста при РПЖ, а их использование в качестве скриннинговых маркеров является предметом дискуссии.

Считается, что использование метилирования одного гена как биомаркера РПЖ не является целесообразным вследствие низкой специфичности по сравнению с предраковыми состояниями. В то же время применение системы из ряда генов существенно увеличивает прогностические и диагностические возможности. Так, профиль метилирования системы генов *GSTP1*, *APC*, *RASSF1* и *MDR1* достоверно отличается при первичном РПЖ и простатической интраэпителиальной неоплазии высокой степени: чувствительность 97–100% и специфичность 92–100%. В работе S.V. Harden и соавт. анализ количественного метилирования GSTP1 позволил установить гистологию биопсийных образцов со 100% эффективностью.

Другие перспективные маркеры

PSP 94 – секретируемый белок ПЖ 94, ECPA и ECPA-2. Еще 2 перспективных маркера, точность, специфичность и возможности использования которых пока остаются под вопросом.

Таким образом, перед клиницистами и исследователями до сих пор стоит задача найти новые подходы для улучшения нашей способности вовремя обнаруживать РПЖ и предсказывать течение болезни. Для проведения таких видов терапии, как химиопрофилактика, генная терапия и адьювантная терапия необходимо иметь более надежный набор маркеров РПЖ. Так как самыми полезными и вероятнее всего определяемыми маркерами любых заболеваний являются те, которые могут быть обнаружены в крови, возникает большой интерес к протеомике. Это недавно появившееся направление является перспективным инструментом для лучшего понимания биологических систем. Несмотря на то что сегодня открыт целый ряд биомаркеров с доказанной корреляцией для РПЖ ни один из них нельзя использовать как замену диагностики с помощью измерения уровня ПСА в крови. Связано это с тем, что клиницисты и исследователи пока еще не обладают достаточным количеством данных о функционировании тех или иных биомаркеров и достаточно достоверными результатами исследований, которые могли бы являться основанием для формирования новых международных рекомендаций для диагностики РПЖ. Значительное количество исследований, проводимых сегодня в области выявления и лечения РПЖ дает надежду на то, что в будущем смертность от РПЖ будет еще более снижена.

Современная биоэтика: особенности и проблемы развития

Е.В. БРЫЗГАЛИНА,
философский факультет Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова

Обсуждение проблем биоэтики именно в издании, профессионально ориентированном на специалистов в области урологии, не случаен. Само зарождение биоэтики связывают с событием, произошедшим в конце 60-х гг. XX в. и имевшим прямое отношение к урологии. В одной из больниц Сиэтла (в США) появился первый аппарат диализа. Поскольку он был единственным на всю клинику, остро встала проблема выбора: кому из пациентов обеспечить первоочередный доступ к этому средству лечения? Врачи отказались принимать решение, предложили создать комиссию из уважаемых граждан города для вынесения окончательного вердикта об очередности. Считается, что это событие фактически положило начало дискуссии относительно этических принципов, несколько отличающихся от традиционной деонтологии.

Биоэтика – более широкое понятие, чем медицинская этика. В чем отличие биоэтики от традиционной деонтологии? По моему мнению, биоэтика не отменяет собой деонтологию, ей предшествующую, она ее дополняет. Предложенный в XIX в. английским философом Бентамом термин «деонтология» обозначал по преимуществу профессиональные, корпоративные нормы, деонтология была сильно связана со специализацией. Преобладающее внимание деонтология уделяла правам и обязанностям врача по отношению к пациенту, а также нормативному регулированию взаимоотношений внутри медицинской профессии. Требования деонтологически «должного» поведения относительно конкретных отраслей – например, урологии – продолжают быть важными. Но биоэтика развивается не внутри какой-то специализации.

Термин «биоэтика» принадлежит американскому биохимику Вану Ренсселеру Поттеру (V.R. Potter). Поттер в 1970–71 гг. в книге «Биоэтика: мост в будущее» определил эту дисциплину как «соединение системы биологического знания с познанием системы человеческих ценностей». Биоэтика как интеллектуальная деятельность изначально была связана с дескриптивным описанием дискуссий о моральной оправданности различных практик (практики новых репродуктивных технологий, практики трансплантологии, вивисекции и т.д.). Биоэтика выявляла практические казусы, возникающие с появлением новых технологий в биомедицине, обострением старых проблем. На рубеже XXI в. это была очень актуальная задача. Процитирую слова Николая Алексеевича Лопаткина, чье имя известно каждому урологу, из интервью Парламентской газете 8 июня 2001 г.: «То, что произошло за последние двадцать–тридцать лет параллельно с внедрением новых методов лечения, неосторожное и, я бы сказал, неэтичное отношение к ним приводят к определенным ошибкам. Все достижения в области химии, физики, генетики не проходят для человечества бесследно. Очень хотелось бы верить, что открытия XXI в. не принесут новых бед. Люди все-таки выработают механизм контроля и регуляции внедрения открытий. Одной моралью и научной этикой в этом деле не обойтись. Люди придут к этому, должна быть некая категория ученых, интеллектуальных лидеров, которая имела бы право накладывать вето, хотя бы временно, на некоторые открытия». Биоэтика стала развиваться как способ ослабления негативных последствий быстрого внедрения научных открытий в областях высокого риска. Биоэтика стала практикой анализа реальных отношений и одновременно основанием для регламентации деятельности людей, позволив представить последствия биомедицины для других областей человеческого бытия.

К началу XXI в. биоэтика стала развиваться от описания к исследованию. Сегодня

термин «биоэтика» соединил несколько смыслов, представляя интерес и как наука особого типа, и как социальная практика особого типа, и как отдельная учебная дисциплина, и как формирующийся социальный институт нового типа. Как знание биоэтика стала трактоваться как систематическое исследование нравственных параметров достижений биологических и медицинских наук с привлечением разнообразных этических методологий в междисциплинарной формулировке. Под влиянием успехов новых технологий требуется переосмыслить кардинальные вопросы, ответ на которые ценностно нагружен: «Что такое человек?», «Как определить «благо», исходя из телесной природы человека, из его сознания, его духовных качеств?», «Где пределы идентичности и пределы вмешательства в физическую и психическую целостность человека?», «Каковы основания и границы допустимого риска в экспериментальных методах лечения?», «Каковы понятия «нормы» на различных уровнях анализа здоровья и болезни?». Сегодня ответы на эти и другие вопросы не остаются в сфере абстрактной, например философской мысли, а определяют реальные решения и действия людей в жизненных медицинских ситуациях. Конфликт «знаний», «прав», «принципов», «ценностей», а по сути — человеческих жизней и судеб культуры — реальность современного общества.

Особенностью биоэтики как социальной практики стало акцентирование внимания на активной позиции обычного человека-пациента, участника биомедицинского эксперимента – субъекта действия и биомедицинского воздействия. Биоэтика в качестве субъекта рассматривает каждого человека, поскольку каждый человек оказывается в ситуации принятия решений относительно медицинского вмешательства для себя, для другого (например, ребенка), выступает как информированный пациент и автономный субъект принятия решений. О биоэтике можно говорить как о феномене особого типа знания. Этот тип знания отличается тем, что мнение обычного человека (человека «с улицы»), его представления о благе и должном, его религиозная позиция должны быть приняты во внимание, а в ряде случаев становятся единственным основанием принятия практических решений и действий других людей. Биоэтика – это пространство диалога. Например, диалог врача-исследователя и пациента – потенциального участника эксперимента. Ведь в этом диалоге субъекты могут занимать различные позиции относительно понимания блага и должного (патернализм, антипатернализм). Очевидно, что они обладают различным исходным уровнем специальных компетенций, у пациента специальные компетенции могут полностью отсутствовать. Исследователь на доступном для потенциального участника эксперимента языке должен объяснить цели, методы, побочные эффекты, возможные риски, ожидаемые результаты исследования. При этом объяснение должно быть персональным, ориентированным на индивидуальный уровень понимания и знаний, должно учитывать эмоции человека, именно его систему ценностей. Диалогичность биоэтики исходит из того, что у любого человеческого страдания признается как бы два профиля — биологический и биографический. Врач и исследователь компетентны в интерпретации состояния больного с точки зрения биологического профиля, но уровень их компетенции не основание, чтобы интерпретировать события с позиции биографии больного. Личное решение больного человека, в котором присутствует знание об обстоятельствах личной жизни, о своих экономических возможностях, религиозных убеждениях, жизненных планах фактически уравнивает непрофессионалов (пациентов) с профессионалами. Его позиция, будучи по сути своей индивидуальной, не допускает оценки в терминах «правильно-неправильно» или «истина-ложь» со стороны других субъектов, участвующих в биоэтическом диалоге. Решение на основании информированности, сознательное и мотивированое – это проявление личной автономии, требующее уважения к себе со стороны других лиц, организаций, общества и государства. Достижение информированного согласия пациента в практике современного здравоохранения существенно осложняется многими обстоятельствами. В организации системы здравоохранения трудно предусмотреть место для биоэтического диалога, не впасть в крайности.

Читая курс «Биоэтика» на факультете фундаментальной медицины МГУ, я часто обсуждаю со студентами дилемму. Науки о человеке сегодня не могут обойтись без эксперимента, но экспериментальная деятельность в сфере медицины вызывает в обществе опасения. Либо научное сообщество должно допустить все нарастающий и везде проникающий контроль со стороны общества (очевидная опасность такого контроля – в неизбежности бюрократизации и некомпетентности) либо должно создавать механизмы взаимодействия с обществом. Эти механизмы должны демонстрировать обществу желание и способность ученых предвидеть и предотвращать неблагоприятные с социальной и человеческой точек зрения последствия научных решений и новых технологий. Формирование принципов морального регулирования научных исследований, которое не ограничивало бы свободу науки, но обеспечивало бы защиту прав и интересов граждан, является одной из важнейших задач биоэтики. Однако биоэтика как практическая интеллектуальная деятельность ориентирована на человеческую активность, дает пример выбора в критических для человека и человечества вопросах. Выбор – самое экзистенциально трудное, что делает человек. Не просто содержательно, не просто организационно, в т.ч. и потому, что возникает дискуссия о специфике отечественной традиции медицинской этики по сравнению с западными текстами и контекстами обсуждения.

Без понимания обществом значимости новых технологических возможностей медицины их развитие крайне затруднено. Так, в сфере трансплантологии, например повышение информированности населения относительно возможностей посмертного донорства, раскрытие этических аспектов донорства существенно скажется на возможности оказывать трансплантологическую помощь нуждающимся.

Биоэтика призвана ослабить негативные тенденции коммерциализации медицины и фармации, которые сегодня неизбежно подчиняются общим законам и механизмам товарно-денежных отношений, попадая под влияние нравственных отношений «рынка». Эти законы и отношения можно охарактеризовать понятием «прагматизм». Прагматизм — это социально-нравственный стереотип поведения, для которого характерно понимание как должного и правильного того поведения, которое приводит в той или иной конкретной ситуации к наибольшей пользе не столько для других людей, сколько, прежде всего, для самого действующего лица. Законы рынка и финансовые механизмы получения прибыли позволяют удовлетворять интересы одних субъектов в буквальном смысле «за счет» интересов потребителей. Рыночная реальность уже проявляет себя во множестве негативных явлений практического здравоохранения. Даже на уровне анализа обычного языка можно обратить внимание: понятие «медицинская помощь» все более вытесняется понятием «медицинская услуга». Медицинская услуга отличается от медицинской помощи тем, что содержит в себе конкретную стоимость помощи и цену на рынке услуг населению. Практика биоэтики – это попытка обратить внимание на разрушающее воздействие рыночных отношений и прагматизма на медицину. Отечественные традиции врачевания испытывают сейчас сильнейшую проверку на прочность, сталкиваясь с условиями рыночных отношений.

> «...»
>
> ***Биоэтика – более широкое понятие, чем медицинская этика, призвана ослабить негативные тенденции коммерциализации медицины и фармации***

Конкретной формой разрешения проблем и противоречий в области биомедицины являются биоэтические общественные организации (этические комитеты или комиссии), создаваемые на макро- и микросоциальном уровнях. Поэтому сегодня можно говорить о становлении биоэтики как социального института. Биоэтика как социальный институт включает этические комитеты (комиссии) в различных научно-исследовательских учреждениях, объединяющие медиков, представителей различных религиозных конфессий, юристов, специалистов по биомедицинской этике и рядовых граждан. Их задача — выработка рекомендаций по конкретным проблемным ситуациям медико-биологической и исследовательской деятельности, будь то ее теоретическая или практическая сторона.

Если рассматривать общество как систему взаимосвязанных социальных институтов, регулирующих сферу взаимоотношений и взаимодействия между людьми, группами, объединениями, то формирование нового социального института – это довольно длительный исторический процесс. Этот процесс, если иметь в виду биоэтику, только начинает оказывать воздействие на формирование гражданского самосознания общества.

Сегодня развернулась серьезная дискуссия о соотношении биоэтики и права. Может ли право заменить биоэтику? Право и этика — две самостоятельные области знания и практики. Этическое и правовое регулирование – два разных механизма. В свое время Владимир Соловьев, исследуя право и нравственность, пришел к выводу, что различие между ними сводится «к трем главным пунктам»: 1) «право есть низший предел, или определенный минимум нравственности»; 2) право есть требование внешней реализации этого минимума, тогда как «интерес собственно нравственный относится непосредственно не к внешней реализации добра, а к его внутреннему существованию в сердце человеческом»; 3) нравственное требование предполагает свободное или добровольное исполнение, правовое, напротив, «допускает прямое или косвенное принуждение». Законодательство – это только фиксация результата, ориентация на однозначно установленную норму. Биоэтика – стремление к тому, чтобы в процессе личностно ориентированного диалога существующие законы получили бы оценку с точки зрения этического оправдания, и были выявлены те сферы, где законодательное регулирование принципиально невозможно, либо оно еще не сложилось.

Становление биоэтики как социального института происходит на фоне снижения роли государств как субъектов принятия решений в разных сферах, в т.ч. в биомедицине, в первую очередь за счет снижения государственного финансирования. Это общемировая тенденция. При этом становятся полем острых политических дискуссий такие темы, как национальная биобезопасность, критерии социальной справедливости в распределении медицинских ресурсов, их доступность, в т.ч. высокотехнологичных средств лечения. Сегодня проблемы биоэтики приобретают помимо политического, и экономические аспекты. Например, проблемой является распределение ограниченных ресурсов, выделяемых на здравоохранение, между отраслями медицины. Это уже не обсуждение прав отдельных граждан, это и вопрос доступа к научным достижениям, технологиям диагностики и терапии в разных отраслях, а также справедливого распределения материальных ресурсов здравоохранения.

Активный научный поиск в биомедицине, массированное внедрение в повседневную практику новых медицинских технологий; прогрессирующая дифференциация медицины, рост технической оснащенности медицинской практики; все большее опосредование общения врача и пациента приборами и аппаратами; коммерциализация медицины, превращение ее в сферу услуг; изменения в содержании социальных ролей врача и пациента (переход от преимущественно патерналистских отношений к диалогичным); повышение уровня требований к медицине и здравоохранению со стороны общества. Вот далеко не полный перечень факторов, оказывающих сегодня глубокое воздействие на медицинскую этику.

20–24 марта в Мадриде прошел ежегодный 30-й конгресс Европейской Ассоциации Урологов

Сегодня конгресс ЕАУ является самым масштабным мероприятием в области европейской урологии и из года в год собирает порядка 14 000–15 000 участников, в том числе сотни экспертов разных областей урологии – представителей более 100 стран. Научная программа конгресса охватывает без исключения все области урологии. Мировые эксперты делятся своими самыми последними достижениями, организуют дебаты и тематические курсы. Молодые специалисты представляют результаты своих исследований в виде постерных и видеопрезентаций, которые по традиции вызывают самые оживленные дискуссии.

А.В. ЖИВОВ,
к.м.н., руководитель клиники урологии GEMC

Н.М. СУМЕРОВА,
к.м.н., врач-уролог клиники урологии GEMC

В этом году на конгрессе особое внимание было уделено диагностике и лечению рака предстательной железы (РПЖ). Профессор Дэвид Кроуфорд (США) в ходе лекции по передовым технологиям отметило собое значение изменения показаний для скрининга РПЖ при помощи биомаркера ПСА: «Лучший маркер для определения показаний к биопсии, а также повторной биопсии предстательной железы – это понимание, насколько лечение рака необходимо тому или иному пациенту», утверждает профессор Кроуфорд. Современный подход к скринингу РПЖ заключается в том, что ПСА-тест не должен рутинно назначаться пациенту пока с ним не будут обсуждены все возможные варианты дальнейшей диагностики и лечения. Повышенный ПСА выявляется лишь у 30% пациентов при скрининге более 150 тыс. мужчин. Профессор предложил использовать такие биомаркеры, как 4К и PCA3 в качестве скрининга, дабы избежать ненужных повторных игольчатых биопсий предстательной железы (ПЖ) и иметь возможность более точно определить тактику лечения. Кстати и в области биопсии ПЖ все большее значение придается МРТ-наведению, использованию т.н. fusion технологии сопоставления УЗИ и МРТ-изображений при наведении на подозрительные очаги в ПЖ.Активно дебатируется вопрос о возврате к прицельной биопсии только подозрительных очагов, а не выполнению системной биопсии с большим количеством вколов. Это обусловлено высокой специфичностью МРТ особенно в отношении клинически значимого РПЖ.

На конгрессе были представлены последние результаты III фазы исследования PREVAIL и II фазы исследования TERRAIN – использование препарата энзалутамид (пероральный ингибитор андрогенных рецепторов) для лечения раннего метастатического кастратрезистентного РПЖ. Профессор Бертранд Томбаль (Бельгия) представил сравнительный анализ препарата энзалутамид у пациентов после антиандрогенной терапии. В исследованной популяции было отмечено значительное снижение смертности у пациентов, получавших Энзалутамид по сравнению с плацебо. В ходе исследования была доказана высокая противоопухолевая активность препарата, позволяющая отсрочить необходимость применения химиотерапии, доказан объективный ответ на терапию у 59% пациентов и улучшение качества жизни у 40%. В заключение профессор Томбаль сообщил: «Энзалутамид – это препарат, полностью меняющий подход к лечению раннего метастатического кастратрезистентного рака предстательной железы, при назначении препарата асимптоматичным пациентам удается значительно отсрочить развитие симптомов, а также увеличить продолжительность жизни.»

Профессор Мария де Сантис (Германия) в ходе дебатов отметила срочную необходимость выявления биомаркеров для диагностики первичной резистентности. Побочные действия препарата встречаются почти у 50% пациентов и проявляют себя повышенной утомляемостью. Томбаль заключил, что это чрезвычайно важный вопрос для дальнейших исследований.

Профессор Алекс Хайденрейх (Германия) представил последние данные исследования TERRAIN, в ходе которого проводилось сравнение энзалутамида с бикалутамидом. Он поддержал утверждение профессора Томбаля о том, что энзалутамид является на сегодняшний день препаратом, меняющим подход к лечению данного заболевания из-за явно высоких показателей выживаемости и снижения прогрессии ПСА.

Однако профессор Альберто Бриганти (Италия) также отметил высокий процент возникновения побочных эффектов у энзалутамида по сравнению с бикалутамидом, впрочем как и его высокую стоимость.

В заключение Бриганти и Хайденрейх пришли к выводу, что в некоторых странах решение о назначении энзалутамида остается не за урологами, а за медицинскими онкологами, что, безусловно, является политически значимой проблемой, требующей особого внимания.

Относительно новым предметом исследования явилась оценка качества жизни пациентов, получающих антиандрогенную терапию. Доктор Роберт ван Соест (Нидерланды) представил обзор данных исследования потенциальных биомаркеров, способных выявлять перекрестную резистентность. Он утверждает, что экспрессия антигена AR-V7 в циркулирующих опухолевых клетках ассоциирована с первичной перекрестной резистентностью к абиратерону и энзалутамиду и отсутствует при лечении таксанами.

Повышение числа нейтрофилов и лимфоцитов в крови может свидетельствовать о низком ответе ПСА у мужчин, получающих препарат абиратерон, при этом эти показатели не имеют значения при лечении таксанами. Исследование соотношения нейтрофилов и лимфоцитов в крови – это доступный и дешевый анализ, который, по мнению Ван Соеста, должен быть включен в алгоритм оценки прогноза лечения и может быть использован для оценки рисков в ходе клинических испытаний.

Показатели по Глисону и длительность первичной антиандрогенной терапии также могут иметь значение для определения тактики лечения пациентов с ранним метастатическим кастратрезистентным РПЖ. Ван Соест: «В данный момент существует острая необходимость проведения большого проспективного исследования, в результате которого мы смогли бы изменить подход к лечению раннего метастатического кастратрезистентного рака предстательной железы на более персонифицированный.»

В ходе пленарной сессии широко обсуждался мультимодальный подход к лечению РПЖ. «Существует множество механизмов резистентности, причины которой находятся на клеточном и генетическом уровне. Иногда резистентность развивается в ходе лечения, иногда она существует еще до его начала», – говорит профессор Норман Матланд (Великобритания). В ходе пленарной сессии обсуждались возможности химиотерапии для гормонзависимого рака, роль хирургии и лучевой терапии в лечении пациентов с РПЖ высокого риска. Также состоялась лекция профессора Матланда на тему биологической резистентности раковых стволовых клеток. «Комбинация стандартной антиандрогенной терапии и шести циклов доцетаксела дают значительное улучшение прогноза по выживаемости по сравнению со стандартной антиандрогенной терапией у мужчин с гормон-зависимым РПЖ», – говорит Кристофер Свини (США). При этом добавляя: «Преимущество для пациентов с большим количеством метастазов очевидно и полностью оправдывает лечение.»

В рамках этой же сессии обсуждались преимущества лучевой терапии. «Я на самом деле не знаю… у нас недостаточно рандомизированных исследований», – говорил Босси в ответ на дискуссию о преимуществах лучевой терапии по сравнению с хирургическим лечением. Грефен, наоборот, утверждает, что хирургическое лечение – это единственный вид монотерапии с реальными шансами на излечение.

Молекулярно-таргетированная хирургия РПЖ позволяет хирургу в разы усовершенствовать технику операции и снизить риск позитивного хирургического края, уменьшая таким образом процент возникновения биохимического рецидива.

Профессор Фредди Хамди (Великобритания) представил результаты многодисциплинарного исследования совместно с медицинскими инженерами по разработке флуоресцентных методов, что позволяет идентифицировать прорастание в капсулу и лимфатические узлы РПЖ непосредственно во время операции. Хамди утверждает, что результаты радикальной простатэктомии далеки от удовлетворительных, т.к. 20–50% пациентов имеют позитивный хирургический край. Таким образом, результаты хирургического лечения должны быть улучшены за счет более точного дооперационного и интраоперационного стадирования рака.

Метод флуоресцентной визуализации основан на эффекте поглощения света молекулярными системами. Во время процесса абсорбции лимфатические узлы и другие структуры становятся доступными для визуализации. «Наша задача оптимизировать эту технику настолько, чтобы она стала доступна для рутинной клинической практики, чтобы молекулярная таргетная визуализация могла бы быть использована для исследования генетических особенностей экспрессии простатического специфического мембранного антигена, а также генетических аспектов рака предстательной железы», – говорит Хамди.

В рамках митинга европейской секции Лучевой диагностики в урологии обсуждались показания к применению позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (ПЭТ-КТ) при РПЖ.

Доктор Стефано Фанти (Италия) обозначил ограничения ПЭТ-КТ для диагностики и первичного стадирования РПЖ, при этом доктор Альберто Бриганти (Италия) рассказал о возможностях использования ПЭТ-КТ в случаях рецидивов. Множество исследований показали отсутствие эффективности ПЭТ-КТ для диагностики РПЖ. Для стадирования и определения поражения лимфоузлов и наличия отдаленных метастазов чувствительность ПЭТ-КТ составляет менее 50%. Более того, образования менее 5 мм вовсе не видны при сканировании. Фанти: «На сегодняшний день ПЭТ-КТ не имеет места в диагностике и стадировании рака предстательной железы. Единственное, для чего этот метод может быть использован – это в случаях биохимического рецидива».

Весьма интересной была лекция профессора Урса Штудера, посвященная хирургическому лечению мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря. Был сделан вывод о том, что радикальная роботическая цистэктомия пока еще не набрала достаточного количества баллов клинической доказательности, чтобы стать стандартным методом лечения. «Не инструмент, а хирург определяет эффективность операции и клинические исходы заболевания». Зал встретил выступление проф. Штудера овацией стоя, т.к. это было его последним выступлением на пленарных заседаниях ЕАУ.

Профессор Кеонг Татт Фоо (Сингапур) посвятил свою лекцию важности оценки внутрипузырного роста ПЖ у пациентов с доброкачественной гиперплазией ПЖ (ДГПЖ). «Клинически значимая ДГПЖ может быть диагностирована при помощи ультразвука и урофлоуметрии в условиях поликлиники, при этом объем внутрипузырного роста ПЖ является наилучшим предиктором подпузырной обструкции, нежели объем всей гиперплазированной простаты. При таком подходе удается наилучшим образом оценить возможную прогрессию заболевания, а также выбрать правильный вариант лечения для пациента», – говорит Фоо. Таким образом, большая «средняя доля» аденомы ПЖ, а не весь ее объем может стать решающим фактором в принятии решения о назначении пациенту хирургического лечения.

Часть третьей пленарной сессии была посвящена комбинированному медикаментозному лечению ДГПЖ, особенностям трансуретральной резекции (ТУР) ПЖ и роли лазерных технологий в альтернативном малоинвазивном лечении ДГПЖ. На сегодняшний день ТУР простаты является «золотым стандартом» в лечении инфравезикальной обструкции при ДГПЖ, однако использование лазерных технологий (HoLEP) становится все более актуальным.

Лазерная вапоризация ПЖ позволяет обеспечить наименьшие объемы кровопотери, сокращает длительность дренирования мочевого пузыря и, соответственно, время пребывания в стационаре. Стефан Михель (Германия) дал оценку другим альтернативным малоинвазивным методикам. Эмболизация артерий ПЖ и установка простатических уретральных стентов – обе эти методики имеют свое место в доказательной медицине. Однако такие методы, как инъекции ботокса и этанола в ПЖ, не имеют доказанной эффективности и какого-либо терапевтического эффекта. Интрапростатические инъекции препаратом PRX 302 дают многообещающие результаты, по словам Михеля.

Особый интерес вызвала лекция профессора Тома Лу на тему «Стратегия лечения эректильной дисфункции – комплексный подход». Среди всех причин эректильной дисфункции (ЭД) возрастной фактор является, безусловно, наиболее значимым. Остальные причины, такие как сахарный диабет, артериальная гипертензия, гиперлипидемия, андрогенодефицит, хронические системные заболевания обусловливают т.н. преждевременное «старение» тканей полового члена. С возрастом прогрессивно ухудшается нервная и сосудистая иннервация тканей полового члена, что в результате приводит к трофическим изменениям белочной оболочки, снижению эластичности коллагеновых волокон, эндотелиального слоя и гладких мышечных волокон.

Современный подход к лечению ЭД включает медикаментозную терапию ингибиторами фосфодиэстеразы 5 типа (иФДЭ-5), в случае незначительных нарушений – интракавернозную или трансуретральную терапию, в случае более выраженных нарушений эректильной функции – вакуумные устройства и пенильные протезы. Эффективность данных методов лечения достигает более 90%. Однако современные методы лечения не направлены на устранение факторов, являющихся первопричиной ЭД. То есть лечение является симптоматическим. Безусловно, необходимо изучать молекулярные механизмы, вовлеченные в процесс прогрессирования ЭД, дабы усовершенствовать методы профилактики и лечения данного заболевания. Современный подход к изучению ЭД должен быть исключительно комплексным.

На сегодняшний день использование стволовых клеток дает обнадеживающие результаты в области «регенеративной» медицины. Различают два их типа: эмбриональные (ЭСК) и постнатальные (взрослые) стволовые клетки (ПСК). ЭСК способны дифференцироваться в любой тип клеток, тогда как ПСК могут порождать меньшее количество различных типов клеток – в основном тканеспецифичные клетки.

Терапия стволовыми клетками для лечения ЭД является достаточно многообещающей опцией в случаях отсутствия ответа на иФДЭ-5. Стволовые клетки вводятся при помощи интракавернозных инъекций. Однако в ходе дальнейших клинических испытаний все еще предстоит выяснить, с какой периодичностью необходимо делать инъекции, определить оптимальную дозировку.

На сегодняшний день доказана высокая эффективность генной терапии в лечении болезни Паркинсона, буллезного эпидермолиза, амавроза Лебера типа 2 и хороидермии. Результаты 1-й фазы клинических испытаний интракавернозной инъекции однократной дозы стволовых клеток были опубликованы Мелман в 2007 г., однако дальнейшие исследования так и не были проведены. Интересно, что во время низкоэнергетической ударно-волновой терапии полового члена, в нем происходят процессы активного ангиогенеза, формирования новых стволовых клеток наряду с антиоксидантным и анальгезирующим эффектами, что в результате дает хорошие результаты лечения ЭД. Таким образом, необходимы новые исследования процессов, происходящих в половом члене.

С большим успехом прошло заседание секции Европейского общества урогенитальных реконструктивных хирургов (ESGURS). Интересно, что каждый год количество участников заседания растет примерно на 30%, и в этом году в зале присутствовали более 800 человек. Наряду с совершенствованием хирургических методик восстановления структуры и функции различных отделов мочеполовых путей, все больше внимания уделяется качеству жизни прооперированных пациентов. Важное место в реконструктивной урологии находит робот-ассистированная хирургия, что подчеркнул в своем докладе проф. Виклунд из Швеции. Нерешенной остается проблема лихен склероза (ЛС) как причины стриктуры уретры, подчеркнул Энцо Палминтери (Италия). К сожалению, практически все ткани, используемые для аугментационной и заместительной уретропластики подвержены этому заболеванию. Представляет интерес использование толстокишечных лоскутов для аугментации уретры.

В данной статье мы осветили лишь небольшую часть передовых новостей, озвученных на 30-м конгрессе ЕАУ в Мадриде. С каждым разом, посещая данное мероприятие, убеждаешься, насколько урология обширная область медицины, сколько нового происходит в мире каждый день и насколько важно быть информированным в области самых последних инноваций в урологии, чтобы иметь возможность обеспечить нашим пациентам диагностику и лечение на самом высоком уровне.

Уважаемые коллеги!

Не пропустите сателлитный симпозиум компании Лилли в рамках XI КОНГРЕССА

«МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ» С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ.

Место проведения:
г. СОЧИ, КОМПЛЕКС ОТЕЛЕЙ PULLMAN, УЛ. ОРДЖОНИКИДЗЕ, 11
29 апреля, Зал Платан, начало симпозиума в 10.10.

УРОЛОГИКА: «ПРОСТО О СЛОЖНОМ»

В рамках симпозиума свои доклады представят:
Проф. Ф. Дебруен (Нидерланды) –
Международные стандарты терапии СНМП при ДГПЖ. ЭД – имеет ли значение?
Проф. Кривобородов Г.Г. (Россия, Москва) –
Сложная патофизиология нарушений мочеиспускания.
Механизм действия Сиалис 5 мг – простое обоснование концепции.
Проф. Велиев Е.И. (Россия, Москва) –
Индивидуальный подход в лечении ДГПЖ – «Идеальный пациент»?
Проф. Ахведиани Н.Д. (Россия, Москва) –
«разбор клинических случаев» сложно vs просто.

Lilly

Недержание мочи у мужчин

Проблемы лечения и диагностики различных форм недержания мочи у мужчин корреспондент газеты Александр Рылов обсудил с профессором кафедры восстановительной медицины, спортивной медицины, физиотерапии и курортологии ИППО ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России (Москва), Тиграном Григорьевичем МАРКОСЯНОМ, доктором медицинских наук

- Тигран Григорьевич, проблема недержания мочи у мужчин столь же актуальна, как у женщин?

-Безусловно. Недержание мочи (НМ), или инконтиненция, – это состояние, при котором происходит непроизвольное выделение мочи. Данный симптом является как гигиенической и социальной проблемами, так и краеугольным вопросом адекватного течения послеоперационного периода и адаптации мужчин, перенесших хирургические вмешательства по поводу заболеваний предстательной железы (ПЖ). Причем в последние годы в патогенезе различных урологических заболеваний, в т.ч. и недержания мочи, все большее значение придается неврологическим причинам. Совершенствование диагностических методов оценки состояния мышечных волокон и периферических нервов расширяет представления о возможных причинах НМ. В патогенезе таких расстройств, помимо анатомических особенностей мочевых путей, имеет значение и состояние мышц тазового дна, и проводящая способность кортикоспинального тракта. Вместе с тем понимание патогенеза нарушений уродинамики нижних мочевых путей у таких пациентов затруднено из-за сложности их многоуровневой нервной регуляции.

НМ, как и хроническая задержка мочеиспускания, а также постоянная ирритативная симптоматика ухудшают результаты оперативного лечения пациентов с заболеваниями ПЖ. Частота возникновения НМ после трансуретральной резекции (ТУР) гиперплазированной ПЖ составляет 10–26 %, после радикальной позадилонной простатэктомиии – 18–47%. Причинами возникновения НМ после радикальной простатэктомии являются возможные погрешности операции, стриктуры пузырно-уретрального анастомоза, повреждения сфинктера уретры, а также дорсо-латеральных сосудисто-нервных пучков. Частичную денервацию мышц тазового дна и сфинктера уретры, иннервируемых пудентальным нервом, некоторые авторы считают ведущей причиной послеоперационного недержания мочи.

- Какие виды недержания мочи у мужчин известны?

-Выделяют несколько типов НМ у мужчин: ургентное, стрессовое, смешанное, парадоксальная ишурия, транзиторное. Ургентное НМ у мужчин характеризуется наличием императивных позывов к мочеиспусканию и связанных с ними потерь мочи. Ургентное НМ является признаком гиперактивности мочевого пузыря (ГАМП). Стрессовое НМ у мужчин характеризуется потерями мочи, связанными с превышением внутрипузырного давления над максимальным уретральным давлением в отсутствие сокращений детрузора. Подразумеваются любые причины, приводящие к внезапному повышению внутрибрюшного давления, такие как кашель, смех, чихание, поднятие тяжестей, переход из горизонтального положения в вертикальное. Особенно же часто стрессовое недержание наблюдается после хирургического лечения заболеваний ПЖ. Смешанное НМ у мужчин сочетает признаки как ургентного, так и стрессового. Парадоксальная ишурия возникает в случаях чрезмерного переполнения мочевого пузыря при фактически парализованном сфинктере уретры. Самой частой причиной является выраженная инфравезикальная обструкция у мужчин, больных аденомой и раком ПЖ, причем обычно на фоне декомпенсации детрузора при его гипорефлексии. Наконец, транзиторное НМ у мужчин возникает под воздействием каких-либо внешних факторов и исчезает по окончании их воздействия, в частности после приема различных препаратов. Этот тип недержания часто встречается среди пожилых людей с дисциркуляторной энцефалопатией. Наибольшее практическое значение представляют первые три типа недержания мочи у мужчин как наиболее часто осложняющие операции на ПЖ.

- Как диагностируются эти расстройства?

- Диагноз НМ у мужчин определяется при двухэтапной оценке. Первый этап включает изучение жалоб и физикальное обследование, лабораторное исследование мочевого осадка, эхографическое исследование органов мочевой системы, заполнение дневника мочеиспусканий и опросника ICIQ-SF. У пациентов с послеоперационным НМ обязательной является эндоскопическая диагностика – уретроцистоскопия сфинктера и области операции, либо анастомоза. Перечисленные методы исследования полезны и важны, но в ряде ситуаций не показательны, поскольку позволяют оценить сократительную способность детрузора только опосредованно и не всегда желательны ввиду опасности уроинфекции. У пациентов с послеоперационным НМ обязательной является эндоскопическая диагностика – уретроцистоскопия сфинктера и области операции, либо анастомоза.

Нейрогенным причинам расстройств мочеиспускания как у женщин, так и у мужчин, в т.ч. инкотиненции, придается первостепенное значение. Спинальная и периферическая регуляция мочеиспускания представлена симпатическими (Th11–Th12) и парасимпатическими (S2–S4) центрами спинного мозга, а также периферическими нервными сплетениями. Нервные волокна от поясничных сегментов направляются к нижнему подчревному сплетению, где вместе с волокнами крестцового сплетения образуют нервы тазовых органов и участвуют в иннервации мышц промежности. В зависимости от уровня поражения нервных структур, регулирующих мочеиспускание, различают супраспинальный, спинальный и периферический регуляторные отделы. Основным методом диагностики периферических невропатий, лежащих в основе формирования тазовых расстройств, является игольчатая электромиография (ЭМГ). Так называется метод объективного исследования биоэлектрической активности мышц тазового дна.

- Как лечится недержания мочи у мужчин?

- В зависимости от характера и выраженности НМ в арсенале врачей имеются методы поведенческой, лекарственной терапии, а также хирургической коррекции. Немедикаментозное лечение этого расстройства у мужчин включает тренировку мышц тазового дна, т.н. процедуру PFMT (pelvic floor muscle training), методы биологической обратной связи, тренировку мочевого пузыря, поведенческую терапию. Эти методы помогают установить контроль функции мышц таза и процесса мочеиспускания. В последнее время все активнее используется нейромодуляция, основанная на стимуляции нервных волокон слабым электрическим током. Наиболее эффективна стимуляция уретрального и анального сфинктеров, мышц тазового дна, волокон n. pudendus, n. tibialis, корешков сакрального отдела спинного мозга.

- А что бы Вы могли сказать о лекарственной терапии?

-Лекарственная терапия инконтиненции представлена большим спектром препаратов. При ургентном НМ терапия направлена на лечение симптомов ГАМП. С учетом снижения потоковых скоростей мочеиспускания, которое наблюдается у подавляющего большинства пациентов, и затрудненного мочеиспускания широко используются α-адреноблокаторы, снижающие тонус уретрального сфинктера. При наличии ГАМП, особенно часто диагностируемом у пациентов с недержанием мочи при различных неврологических заболеваниях, а также у пациентов, ранее оперированных по поводу заболеваний ПЖ, сопровождающихся расстройствами мочеиспускания, широко применяются М3-холиноблокаторы. Они позволяют ослабить действие ацетилхолина на детрузор и тем самым уменьшают частоту сокращений детрузора. Особенно эффективным оказалось сочетанное применение α-адреноблокаторов и М-холинолитических препаратов. Реже применяют трициклические антидепрессанты, антагонисты ионов кальция, аналоги вазопрессина, агонисты γ-аминомасляной кислоты, бензодиазепины. В последние годы была оценена эффективность действия дулоксетина, который блокирует захват норадреналина и серотонина в ядре Онуфа в пределах крестцового отдела спинного мозга. За счет увеличенной концентрации обоих нейромедиаторов увеличивается действие половых мотонейронов, которые в свою очередь увеличивают тонус поперечно-полосатого уретрального сфинктера, расслабляя детрузор.

- Какие новые методы используются?

- Многие годы с целью создания механической преграды при НМ применяли различные биологические и синтетические вещества. В ряде работ указан положительный эффект от применения стволовых клеток. Первые результаты инъекции аутологичных мио- и фибробластов 63 пациентам с НМ после радикальной простатэктомиии были опубликованы в 2008 г. и продемонстрировали удержание у 65 %, улучшение у 27 % пациентов. Лечение НМ у мужчин при помощи слингов, т.е. специальных петель, в настоящее время приобретает всю большую популярность. Во время слинговой операции хирург создает поддержку для мочеиспускательного канала, обертывая вокруг него сетку из синтетического материала. Другой конец этой сетки прикрепляется к костям таза. Петля создает постоянное давление на мочеиспускательный канал, чтобы предотвратить утечку мочи. Например, распространенный тип слингов представляет собой петлю из полиэстера, покрытую силиконом, которую помещают под бульбарный отдел уретры через промежностный разрез. Регулируемые слинговые системы, присутствующие на рынке изделий медицинского назначения, представлены либо субуретральной петлей, либо системой, в которой предлагается использовать подвешивающий, а не обструктивный подход. Я рассказал сейчас о т.н. «функциональном», или ретроуретральном слинге.

Силденафил

ДИНАМИКО

ГОЛУБАЯ ТАБЛЕТКА С МОДИФИЦИРОВАННЫМ СОСТАВОМ

ПОЖАЛУЙ, ЕДИНСТВЕННЫЙ «ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ» — ЭТО РЕМОНТ КВАРТИРЫ. И НИКАКОГО ПРИВЫКАНИЯ!*

Таблетка силденафила с модифицированным составом:[1]

- дает качественную эрекцию;[1, 2]
- обеспечивает минимум побочных эффектов;[2]
- *не вызывает привыкания.[3]

1. Возможны побочные действия. Более подробная информация содержится в инструкции по медицинскому применению препарата Динамико.

2. Камалов А.А., Охоботов Д.А., Осмоловский Б.Е., Тахирзаде А.М., Геворкян А.Р. / Комбинированная терапия больных с симптомами нижних мочевых путей и эректильной дисфункцией. //Естественные и технические науки. – 2013. – № 1. 3. Giuliano F., Jackson G., Montorsi F., Martin-Morales A., Raillard P. Safety of sildenafil citrate: review of 67 double-blind placebo-controlled trials and the postmarketing safety database. The International Journal of Clinical Practice. Blackwell Publishing Ltd. Jan 2010, 64, 2, 240–255. ООО «Тева». 115054, г. Москва, ул. Валовая, д. 35.Тел.: +7 (495) 644-22-34, факс: +7 (495) 644-22-35/36. FIRE-DYN-AD-070415-EL-1414-060416. На правах рекламы.

Д.В. Кан – новатор, выдающийся ученый и блестящий хирург.

К 90-летию со дня рождения

31 июля 2015 г. исполнилось бы 90 лет со дня рождения профессора Дмитрия Вавильевича Кана, Заслуженного деятеля науки, заведующего кафедрой урологии Московского медицинского стоматологического института (сейчас МГМСУ им. А.И. Евдокимова), выдающегося ученого, хирурга и клинициста. Своими воспоминаниями о Дмитрии Вавильевиче делится его ученик, Заслуженный деятель науки, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор **Олег Борисович Лоран.**

Д.В. Кан относился к тому поколению молодых фронтовиков, которые, едва окончив школу, записались в добровольцы. Воевал Дмитрий Вавильевич до 1945 г., закончил ВОВ в городе Вюртенбюрге в чине старшего лейтенанта артиллерии, командовал взводом гвардейских минометов. Демобилизовавшись, он поступил в Винницкий медицинский институт. Его супруга, Роза Ефимовна Рейзис, рассказывала о том, что они учились на одном курсе. Она поступила сразу после школы, а Дмитрий Вавильевич пришел вместе с группой фронтовиков, которые отличались высокой дисциплиной и редкой жаждой знаний. В последующем из этого небольшого выпуска Винницкого медицинского института вышли пять профессоров.

После окончания института Дмитрий Вавильевич работал общим хирургом в станице Есиноватая Донецкой области, а затем поступил в клиническую ординатуру на кафедру урологии Ленинградского института усовершенствования врачей.Затем перевелся в Москву, потому что очень хотел учиться у Анатолия Павловича Фрумкина, который был главным хирургом советской армии во время Великой Отечественной войны. Дмитрий Вавильевич знал А.П. Фрумкина по трудам и отзывам о его работе. В то время Анатолий Павлович организовал и возглавил кафедру урологии Центрального института усовершенствования врачей, которая работала на базе Боткинской больницы.

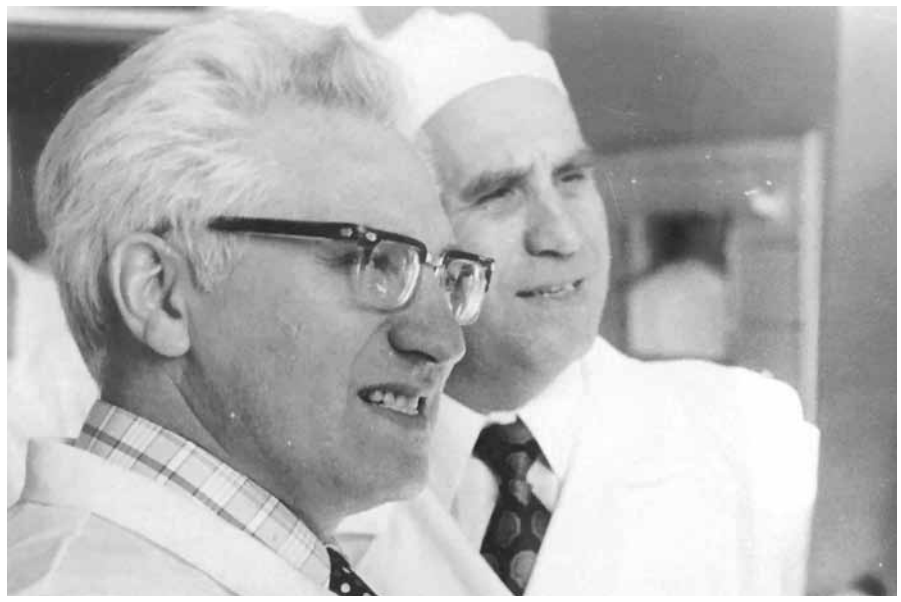
В итоге в этой клинике Д.В. Кан проработал 18 лет, прошел путь от клинического ординатора до заведующего курсом урогинекологии. Дмитрий Вавильевич много лет заведовал мужским урологическим отделением, совмещая эту должность с работой ассистента кафедры. Ставку ассистента он делил с Гертом Петровичем Кулаковым, который был известным нефрологом, членом-корреспондентом Академии медицинских наук, блестящим клиницистом. Они очень дружили.

Заслуженный деятель науки РФ, профессор Дмитрий Вавильевич Кан

Здесь же А.П. Фрумкин поручил Дмитрию Вавильевичу разрабатывать технику знаменитой операции Боари. Этой операции в 2014 г. исполнилось 120 лет. Впервые она была проведена в 1894 г. Поскольку первая операция закончилась неудачно (пациентка погибла от перитонита), о ней на много лет забыли. В 1947 г. впервые в России ее возобновил А.П. Фрумкин, он оперировал офицера – молодого мальчика, который получил ранение мочеточника единственной врожденной почки. Операция прошла успешно, Анатолий Павлович восстановил тазовый отдел мочеточника. Дмитрий Вавильевич разработал детали операции в эксперименте, а затем в клинической практике. Это стало темой кандидатской диссертации Д.В. Кана, которая так и называлась «Восстановление тазового отдела мочеточника лоскутом из мочевого пузыря (операция Боари)». Друзья Дмитрия Вавильевича рассказывали, что он находился в клинике дни и ночи, отрабатывая технику этой операции на собаках, ухаживал за ними, проводил экспериментальные исследования, рентгенологические в т.ч. Эксперимент занимал значительную часть кандидатской работы Д.В. Кана, были прооперированы 5 пациентов. Сегодня в нашем архиве более 1000 операций Боари. И это все благодаря тому, что детали, технику этой операции, ведение послеоперационного периода разработал наш учитель.

В 1969 г. Дмитрий Вавильевич защитил докторскую диссертацию, которая была посвящена восстановительным операциям на мочеточниках при повторных вмешательствах. Уникальная работа, я присутствовал на защите, она проходила в здании Академии медицинских наук на Солянке. Диссертационный совет возглавлял А.А. Вишневский, он же был и научным консультантом, потому что диссертация защищалась под грифом «хирургия».

К Дмитрию Вавильевичу я попал случайно. После окончания Первого медицинского института по распределению уехал в Свердловскую область, где работал в центральной районной больнице хирургом. Урологией стал интересоваться еще в институте, в то время я работал медбратом в урологическом отделении 54 больницы. Но на Урале возможности заниматься только урологией не было, в основном это была абдоминальная хирургия. Так случилось, что нам срочно пришлось оперировать по поводу острого аппендицита маму главного технолога металлургического завода, который располагался в этом городе. Приехала ее племянница, оказалось, что она работает в Боткинской больнице анестезиологом. Она и рассказала мне, что Д.В. Кан организовал курс урогинекологии и у него есть вакантные места. Я попросил разрешения у главного врача на специализацию, так, в 1969 г. я впервые познакомился с Дмитрием Вавильевичем. Он сразу поразил меня тем, что блестяще оперировал, был великолепным врачом в высоком смысле этого слова – выдержанным, деликатным, больные его очень любили. В то же время он был строг и требователен.



Дмитрий Вавильевич на обходе с Главным урологом ГДР академиком М. Мебелем

Отделение урогинекологии, созданное на базе Боткинской больницы, было единственным в СССР в 60–70 гг. Начинал Дмитрий Вавильевич с нуля, он разработал методики пластических операций по закрытию мочеполовых свищей. Это был очень тяжелый контингент больных, которыми никто не занимался. Первые пациенты, которые поступали к нам в отделение, страдали мочеполовыми свищами и 10, и 15, и 20 лет. Они были выброшены за борт жизни, американцы называют это социальным остракизмом – изгнанием из общества. Тридцатикоечное отделение было заполнено несчастными женщинами, которые требовали к себе особого отношения. Пациентки находились в психологически подавленном состоянии, они все были инвалидами второй группы, не могли работать, у многих рушились семьи. Благодаря усилиям Дмитрия Вавильевича на сегодняшний день эта проблема практически решена. У нас нет пациенток, которым мы не сумели бы закрыть свищи и вернуть их к нормальной жизни.

В 1971 г. Дмитрию Вавильевичу предложили курс, а затем и кафедру урологии в Московском медицинском стоматологическом институте, где был открыт лечебный факультет. Он принял это предложение и пригласил меня в качестве ассистента. Там я завершил работу над кандидатской диссертацией. Базой кафедры урологии Московского медицинского стоматологического института стала 50 больница, где Дмитрий Вавильевич и проработал до конца своей жизни, развивая общую, онкологическую, реконструктивную урологию, андрологию.

Дмитрий Вавильевич также обратился к проблеме недержания мочи, которая и сегодня до конца не решена. В основном Д.В. Кан занимался лечением стрессового недержания мочи, он первым внедрил в России т.н. петлевые или слинговые операции, которые сегодня являются стандар-

том оперативного лечения стрессового недержания мочи. В то время использовались петли из собственных тканей. Отдаленные результаты этих, как считают наши коллеги, «старых» операций, примерно соответствуют тем же отдаленным результатам, которые мы сегодня получаем, имплантируя синтетические петли (типа TVT, TVT-O). Для того чтобы внедрить этот метод, Дмитрий Вавильевич изучал причины и патогенез недержания мочи. Д.В. Кан был одним из основоположников направления функциональной диагностики нижних мочевых путей, в т.ч. и нарушений мочеиспускания у женщин.

Безусловно, кроме урогинекологии Д.В. Кан занимался и другими разделами урологии. Он блестяще оперировал и разработал оригинальную методику пластики протяженных стриктур верхней трети мочеточника при гидронефрозах, эта операция получила в литературе название «Операция Кана». Затем он обратился к такой проблеме, как полное разрушение мочеиспускательного канала у женщин, это стало темой моей докторской диссертации. Для того чтобы вернуть к нормальной жизни женщин, у которых по каким-то причинам разрушен мочеиспускательный канал, нужно было не только создать уретральную трубку как таковую, но и замыкательный аппарат нижних мочевых путей. В результате у больных восстанавливалось контролируемое мочеиспускание естественным путем. До этого операции по поводу деструкции уретры были калечащими – мочеточники пересаживали в кишку, высаживали их на кожу.

Сотрудники кафедры урологии с курсантами цикла по урогинекологии

Дмитрий Вавильевич прислушивался к мнению своих молодых сотрудников, помощников, всегда обсуждал с нами различные варианты лечения, приглашал в операционную. Хотя что мы могли посоветовать опытному блестящему хирургу, но, тем не менее, он любил обсудить сложный случай, а затем аргументировать свою точку зрения. Это была постоянная учеба. Сегодня много говорят о непрерывном медицинском образовании. Оно, к сожалению, часто оказывается прерывистым, потому что огромную роль играет коллектив, в который молодой специалист попадает после окончания ВУЗа. Нам повезло, Дмитрий Вавильевич учил нас не только специальности, но и деонтологии, врачебной этике. Каждый день, приходя на работу очень рано, к 8 часам, Дмирий Вавильевич начинал с обходов отделений, в процессе обходов он постоянно анализировал клинические ситуации, очень деликатно и с уважением относился к своим коллегам. Я не знаю ни одного уролога того поколения, у которых к Дмитрию Вавильевичу было какое-то иное, нежели уважительное, отношение.

Проф. Д.В. Кан проводит заседание научного студенческого кружка

Много лет Д.В. Кан проработал в центральном Институте усовершенствования врачей. Когда он начал читать лекции в Московском медицинском стоматологическом институте, ему было достаточно сложно перестроиться на преподавание студентам. Тем не менее его лекции всегда были очень интересными, студенты с удовольствием их посещали, потому что Дмитрий Вавильевич знал историю урологии, как рождались те или иные операции, он был знаком с блестящими представителями нашей отечественной медицины.

Дмитрий Вавильевич был очень радушным хозяином, всегда приглашал нас на свои дни рождения на дачу в Малаховку, был очень хлебосольным хозяином и по-отечески к нам относился. Наряду с этим он был очень требователен. Дмитрий Вавильевич сумел выстроить такую систему, при которой все сотрудники кафедры одновременно заведовали отделениями. Это существенно облегчало руководство клиникой. После конференций он приглашал нас в свой кабинет, и все мы получали свою порцию заслуженных замечаний и рекомендаций. В результате все сотрудники кафедры занимались не только преподавательской, но и лечебной работой и, естественно, отвечали за все ее аспекты.Дмитрий Вавильевич создал школу урологии. Сегодня, к сожалению, понятие «школа» стало более формальным, чем было в наше время, когда клиниками руководили Д.В. Кан, Н.А. Лопаткин, Ю.А. Пытель. Школа – это ведь не только сообщество профессионалов, которое развивает какое-то направление в специальности. Школа – это и отношения между коллегами, отношение к пациентам, в целом отношение к делу, опыт должен передаваться из поколения в поколение. Вот такую школу Дмитрий Вавильевич, без сомнения, создал. В урологической практике он, прежде всего, занимался реконструктивной хирургией, блестяще и с хорошим эффектом выполнял очень сложные операции. Дмитрий Вавильевич оперировал на мочеиспускательном канале, на верхних и нижних мочевых путях, занимался пациентами с мочеполовыми, мочекишечными свищами.

Д.В. Кан выпустил целый ряд книг. Среди них пережившее два издания «Руководство по акушерской и гинекологической урологии». Книга, которая сегодня должна быть настольной у урологов и гинекологов, сталкивающихся с проблемами урогинекологии, или, как еще ее называют, акушерско-гинекологической урологии.

В жизни Дмитрий Вавильевич был скромным человеком. Свои достижения он лишний раз не афишировал, просто многие знали, что есть такой профессор Д.В. Кан, к которому можно обратиться, который не откажет и поможет в любой ситуации.

Юлия ГОЛОВИНА

«В поисках фонтана молодости»

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа» подготовила к изданию книгу «В поисках фонтана молодости. Слагаемые творческого долголетия». Автор – публицист, писатель Михаил Глуховский собрал «под одной крышей» беседы, опубликованные ранее на страницах центральной прессы с незаурядными личностями, сумевшими многое сделать в своей долгой жизни и не растерявшими при этом творческого запала. Герои книги неназойливо напоминают читателям о той глубоко ответственной, безумно трудной и важной работе, что выполняют люди в белых халатах.

Триста страниц с цветными портретами, более 50-ти имен... Среди них видные представители отечественной медицины, академики – кардиолог Евгений Чазов, невролог Евгений Гусев, хирург Виктор Савельев, основатель современной российской школы гигиены Анатолий Потапов, урологи Николай Лопаткин и Армаис Камалов, вице-президент РАН Анатолий Григорьев, врач-космонавт Олег Атьков и многие другие авторитетные врачеватели.

Вряд ли оставят кого-нибудь равнодушным воспоминания о непростой, перешагнувшей вековой рубеж жизни академика-математика Сергея Никольского, 102-летнего пианиста, бывшего аккомпаниатора Лемешева, Максаковой – Давида Лернера, рассказы депутата парламента, доктора философских наук, слепого от рождения Олега Смолина, слепоглухого профессора Александра Суворова или неугомонного альпиниста Бориса Коршунова, у которого в 75 лет за плечами более 70 восхождений на высочайшие пики планеты.

Читателей, а книга рассчитана, прежде всего, на молодежь, завтрашних врачей, наверняка заинтересуют размышления о профессии известного хирурга из Греции Георгия Папагеоргиу, лауреатов Нобелевской премии Филиппа Шарпа и Питера Эгра (США) и др. Книга учит добропамятности, уважению к тем людям, которые так много сделали для отечественной и мировой медицины.

Реклама

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ СИАЛИС 5 МГ

Торговое название препарата: Сиалис®

Международное (непатентованное) название: Тадалафил.

Лекарственная форма: Таблетки, покрытые пленочной оболочкой.

Фармакотерапевтическая группа: Эректильной дисфункции средство лечения, ФДЭ-5 ингибитор.

Показания к применению: Эректильная дисфункция. Симптомы нижних мочевых путей у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Эректильная дисфункция у пациентов с симптомами нижних мочевых путей на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Противопоказания: Повышенная чувствительность к тадалафилу или к любому веществу, входящему в состав препарата; В случае приема препаратов, содержащих любые органические нитраты; Применение у лиц до 18 лет; Наличие противопоказаний к сексуальной активности у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы: инфаркт миокарда в течение последних 90 дней, нестабильная стенокардия, возникновение приступа стенокардии во время полового акта, хроническая сердечная недостаточность II - IV классов по классификации NYHA, неконтролируемые аритмии, артериальная гипотензия (АД менее 90/50 мм рт.ст.), неконтролируемая артериальная гипертензия, ишемический инсульт в течение последних 6 месяцев; Потеря зрения вследствие неартериальной передней ишемической нейропатии зрительного нерва (вне зависимости от связи с приемом ингибиторов ФДЭ-5); Одновременный прием доксазозина, а также лекарственных средств для лечения эректильной дисфункции; Часто (более 2 раз в неделю) применение у пациентов с хронической почечной недостаточностью (клиренс креатинина менее 30 мл/мин); Дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция.

Способ применения и дозы: Для приема внутрь. *Применение препарата Сиалис® по показанию эректильная дисфункция (ЭД).* Для пациентов с частой сексуальной активностью (более двух раз в неделю): рекомендованная частота приема – ежедневно, один раз в сутки 5 мг, в одно и то же время, вне зависимости от приема пищи. Суточная доза может быть снижена до 2,5 мг в зависимости от индивидуальной чувствительности. *Для пациентов с нечастой сексуальной активностью (реже двух раз в неделю):* рекомендовано назначение препарата Сиалис® в дозе 20 мг, непосредственно перед сексуальной активностью согласно инструкции по медицинскому применению препарата. Максимальная суточная доза препарата Сиалис® составляет 20 мг. *Применение препарата Сиалис® по показанию ДГПЖ или ЭД/ДГПЖ.* Рекомендуемая доза препарата Сиалис® при применении один раз в сутки составляет 5 мг; препарат следует принимать приблизительно в одно и то же время дня, независимо от времени сексуальной активности. Продолжительность лечения устанавливается врачом индивидуально. У пациентов с почечной недостаточностью легкой степени тяжести (клиренс креатинина от 51 до 80 мл/мин) и средней степени тяжести (клиренс креатинина от 31 до 50 мл/мин) коррекция дозы не требуется. У пациентов с тяжелой степенью почечной недостаточности (клиренс креатинина <30 мл/мин и на гемодиализе): применение препарата Сиалис® один раз в сутки не рекомендуется.

Побочное действие: Наиболее частыми нежелательными явлениями у пациентов с эректильной дисфункцией являются головная боль и диспепсия, а также боль в спине, миалгия, «приливы» крови к лицу, заложенность носа.

Наиболее частыми нежелательными явлениями у пациентов с ЭД/ДГПЖ являются головная боль и диспепсия, боли в конечностях, гастроэзофагальный рефлюкс, миалгия.

Форма выпуска: Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 2,5 мг, 5 мг.

По 14 таблеток в блистер, состоящий из фольги алюминиевой ламинированной и пленки ПВХ/ПЭ/ПХТФЭ. По 1 или 2 блистера вместе с инструкцией по применению помещают в пачку картонную.

За полной информацией обращайтесь к инструкции по медицинскому применению препарата Сиалис® 20 мг

Регистрационный номер: ЛП-000133 от 11.01.2011

ED PM 513 130513

www.ochenprosto.ru

Тел. +7 495 258 5001 доб.178. Факс +7 495 258 5005. medinfo_ru@lilly.com.
ООО «Лилли Фарма». 123317 Москва, Пресненская наб., д.10

Lilly