стр. 2
Отчет о XI конгрессе «Мужское здоровье» с международным участием в Сочи 27–30 апреля 2015 г.

стр. 16
Интервью с зав. каф. урологии ВГМА им. Н.Н. Бурденко, проф. А.В. Кузьменко «Продолжая опыт предыдущих поколений»

стр. 18
Коррекция преждевременной эякуляции у пациентов с хроническим простатитом

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

№ 3 ИЮНЬ 2015 г.

В НОМЕРЕ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ
Проф. F.M.J. Debruyne и проф. P. Lyngdorf «Опыт зарубежных специалистов»
стр. 4

ПРАКТИКА
Аденома простаты – консервативное или оперативное решение?
стр. 5

ИНТЕРВЬЮ
Профилактика рака предстательной железы – уже реальность или перспектива на будущее?
стр. 8

ОБЗОР МЕРОПРИЯТИЯ
Достижения детских урологов-андрологов
стр. 10

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ
Диагноз – бесплодие как социально-демографическая проблема страны
стр. 12

ПРАКТИКА
Эмпирический подход к лечению мужского бесплодия
стр. 13

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
Послеоперационные поражения органов ЖКТ и урологические заболевания
стр. 19

ПРАКТИКА
Проявления и методы коррекции гипогонадизма у мужчин
стр. 21

27–30 апреля 2015 г. прошел XI конгресс «Мужское здоровье»

Мэр города Сочи Анатолий Николаевич Пахомов приветствовал участников

Продолжение на стр. 2

Поздравляем с Днем медицинского работника!

Уважаемые коллеги!

Третье воскресенье июня – особый день для каждого медицинского работника – врача и медицинской сестры, фельдшера и санитара, для всех тех, кто посвятил свою жизнь служению людям.

Медицина – это не только новые технологии, современное оборудование и научные достижения. В первую очередь медицина – это люди, каждый из нас, кто ежедневно старается делает жизнь людей лучше. А это значит, что всегда будут необходимы специалисты, воспитанные в лучших традициях российской медицины.

Наша профессия – это особый тип мышления, душевной организации, призвание, требующее особых личностных качеств, ответственности, силы характера, высокой квалификации и профессионализма.

Сегодня мы испытываем особую гордость за нашу причастность к одной из самых гуманных и востребованных во все времена профессий.

В этот светлый праздник мы хотим пожелать вам, коллеги, крепкого здоровья, новых успехов и побед, исполнения всех желаний, счастья и благополучия! Пусть уважение коллег и пациентов, любовь и внимание родных и близких вдохновляют вас в нашей непростой, но такой необходимой профессии!

Главный редактор А.А. Камалов

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

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:
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»
www.bionika-media.ru

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 30 июня 2015 г. в 10:00

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

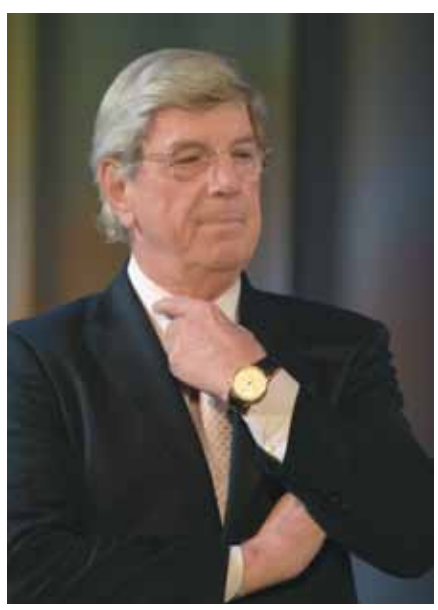
Конгресс «Мужское здоровье»...

XI Российский конгресс с международным участием «Мужское здоровье» прошел 27–30 апреля в г. Сочи. В рамках научной программы конгресса были обсуждены наиболее актуальные вопросы мужского здоровья в формате междисциплинарного подхода, современные аспекты качества жизни мужчин, возможности диагностики и лечения с учетом достижений фундаментальной науки в области медицины.

На конгрессе Российской общественной организации (РОО) «Мужское здоровье» были представлены доклады на высоком профессиональном уровне, лекции, мастер-классы, актуальные для практического здравоохранения и образования врачей-урологов.

Движение «Мужское здоровье» (см. сайт www.rusmh.org) началось в 2003 г.: академик Н.А. Лопаткин совместно с профессором А.А. Камаловым предложили создать национальный проект и воплотить в жизнь программу с одноименным названием, построенную по междисциплинарному принципу и ориентированную на улучшение в нашей стране профилактики и лечения мочеполовой системы мужчин. То, что это движение уже вскоре заслужило признание со стороны руководителей здравоохранения, медицинских специалистов, а главное – многих тысяч российских пациентов, получивших большую пользу от практических мероприятий, проводимых по всей стране в рамках этого проекта, доказало присуждение в 2006 г. государственной премии «Призвание» группе врачей, принимающих участие в работе РОО «Мужское здоровье».

А.А. Камалов



F.M.J. Debruyne

Ежегодно проводятся конгрессы «Мужское здоровье» в разных городах России и странах СНГ, а также образовательные мероприятия для врачей: лекции в разных уголках России, выездные консультации, симпозиумы, семинары.

Первым на открытии XI конгресса выступил мэр г. Сочи А.Н. Пахомов. Анатолий Николаевич в своем выступлении сказал: «Я очень рад приветствовать всех участников в Олимпийском Сочи. Актуальность темы «Мужское здоровье» сегодня велика как никогда, и косвенно она касается и женщин. Организаторы правильно выбрали место проведения этого значимого конгресса, т.к. Сочи после Олимпийских игр является городом, где основная деятельность – это спорт, а следовательно, возможность иметь мужское здоровье. Сочи имеет великолепную спортивную базу – это ледовые дворцы, теннисные корты, трассы для проведения соревнований «Формула-1», впервые с успехом прошедшие в сентябре прошлого года. В 2018 г. планируется проведение чемпионата мира по футболу и другие всемирные соревнования. На сегодняшний день Сочи – это спортивный центр нашей страны, признанный самой спортивной столицей мира. Каждый месяц мы проводим по 2 чемпионата мира. Например, в феврале 2015 г. прошли чемпионаты мира по керлингу и по санкам. В марте – месяце весны мы провели чемпионат мира по шахматам среди женщин. Развитая инфраструктура, богатая санаторно-курортная база, климатические условия – все это позволило Сочи стать круглогодичным курортом.

Следующим к участникам конгресса обратился президент РОО «Мужское здоровье», директор «Университетской клиники» МГУ им. М.В. Ломоносова, член-корреспондент РАН, профессор А.А. Камалов. Он поблагодарил мэра г. Сочи А.Н. Пахомова, а также руководителей Департаментов здравоохранения этого города и Краснодарского края за большую помощь, оказанную при организации конгресса. Арамаис Альбертович подчеркнул, что на этом форуме будет продолжена главная традиция конгрессов «Мужское здоровье» – междисциплинарный подход к диагностике и лечению заболеваний у мужчин. На конгрессе выступят с лекциями и докладами и примут участие в дискуссиях не только урологи, но и эндокринологи, кардиологи, терапевты, общие хирурги, нефрологи, педиатры, медицинские психологи и врачи других специальностей. В своем выступлении профессор А.А. Камалов отметил, что конгресс проходит накануне важного события – 70-летия Великой победы советского народа над

О.Б. Лоран

В.Л. Медведев

фашисткой Германией. Военные врачи и медсестры на полях сражений и в тыловых госпиталях внесли неоценимый вклад в эту победу. В 1941 г. в Сочи на базе созданного здесь за годы советских пятилеток мощного комплекса санаториев и курортов, было открыто более 40 госпиталей, где за годы войны получили лечение около 40 тыс. красноармейцев. История медицины говорит, что результаты лечебно-восстановительных мероприятий в госпиталях этого города, судя по числу воинов, которые смогли вернуться в строй, заняли одно из ведущих мест по сравнению с показателями других военно-медицинских учреждений времен Второй мировой войны. Уникальный климат и экологическая обстановка этой части черноморского побережья, конечно, внесли свой вклад. Но основное значение в этих замечательных результатах имела работа военных врачей. И пусть сегодня мы собрались здесь для обсуждения проблем, связанных с терапий «болезней мирного времени», но трудовой подвиг наших коллег во время войны, их самоотверженность, мастерство, сострадание к раненым должны остаться для нас и следующих поколений российских врачей высоким и незабываемым примером!

С приветствием к участникам конгресса обратились заведующий кафедрой урологии Кубанского государственного медицинского университета, главный внештатный уролог Департамента здравоохранения Краснодарского края, Президент Ассоциации урологов Кубани, профессор Владимир Леонидович Медведев, заведующий кафедрой урологии и хирургической андрологии РМАПО (Москва), член-корреспондент РАН, профессор Олег Борисович Лоран и профессор урологии, F.M.J. Debruyne, доктор медицинских наук (Институт мужского здоровья Andros, Институт женского здоровья Gynos, Нидерланды). После торжественной части состоялся концерт ведущих музыкальных и творческих коллективов г. Сочи.

Зал зимнего театра Сочинской филармонии

За 4 дня работы конгресса, в котором приняли участие свыше 600 специалистов России, Украины, Белоруссии, Казахстана и других стран СНГ, а также дальнего зарубежья, в частности Дании и Нидерландов, была проведена большая напряженная работа. Было представлено свыше 40 докладов и лекций, параллельно в нескольких залах, и 4 сателлитных симпозиума.

Научная тематика конгресса включала инновационные разработки и фундаментальные научные исследования в области андрологии, актуальные вопросы мужской репродуктивной системы, сексуальные расстройства у мужчин, онкоурологические заболевания, заболевания предстательной железы, урогенитальные реконструктивно-пластические операции, андрологическую эндокринологию, влияние заболеваний различных органов и систем на качество жизни мужчин, профилактические и реабилитационные аспекты мужского здоровья, педиатрическую андрологию.

> «...»
>
> ***Ежегодно проводятся конгрессы «Мужское здоровье» в городах России и странах СНГ, а также образовательные мероприятия для врачей***

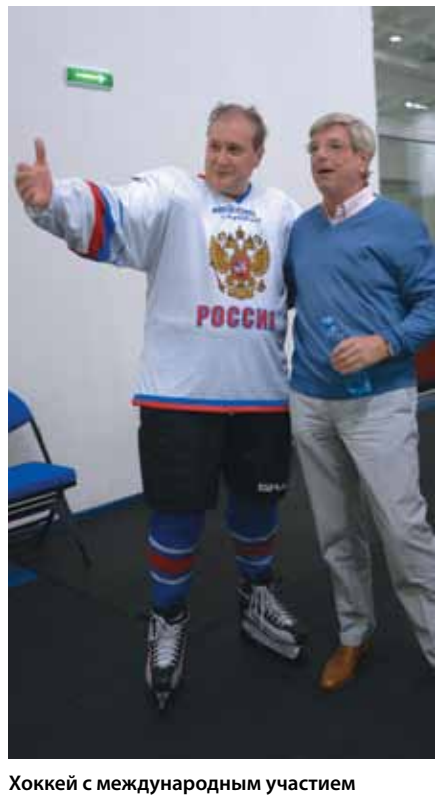
И напоследок о хоккее

В дни проведения предыдущего юбилейного X конгресса в 2014 г. Минск принимал финальный этап чемпионата мира по хоккею с шайбой. Хоккей является символом мужественности, отваги, самоотверженности, железного здоровья и других качеств настоящего мужчины, поэтому популярным девизом X конгресса стал лозунг «В хоккей играют настоящие мужчины!». На XI Конгрессе в Сочи организаторы форума решили продолжить увлекательную и полезную «минскую традицию».

В крупном спортивном комплексе «Ледовая арена» участники конгресса разделились на две команды, получившие название «Мужское здоровье» и «Врачи урологи» и вышли на лед в полной амуниции хоккеистов, причем участие в состязании принял и профессор F.M.J. Debruyne. Матч прошел в напряженной борьбе и закончился со счетом 4:2 в пользу первой из двух команд, капитаном которой был профессор А.А. Камалов. Но победители и побежденные единодушно решили, что в этом состязании победила дружба.

Александр Орлов

В хоккей играют настоящие мужчины



Хоккей с международным участием

Опыт зарубежных специалистов

О том, как в Нидерландах и Дании – странах с одной из наиболее развитых систем здравоохранения в мире – лечат урологические заболевания, рассказал профессор урологии F.M.J. Debruyne, доктор медицинских наук (Институты мужского здоровья Andros, Институты женского здоровья Gynos, Нидерланды); а также профессор P. Lyngdorf, доктор медицинских наук (Клиника сексуальной дисфункции, Дания)

МУ: Как Вы организуете работу в своих клиниках?

Д: В Нидерландах у меня несколько клиник мужского здоровья, где мы используем комплексный подход. Это означает, что мы обследуем мужчин в целом за одно посещение. Пациент приходит к нам со своими проблемами утром (скажем, в 9.00 часов), и через 3 часа, к 12.00 часам, мы проводим полное обследование: оцениваем состояние его здоровья, проверяем уровень тестостерона и его сексуальную функцию, наличие метаболического синдрома, состояние простаты и т.д. Для этого разработаны свои методы, все компьютеризованно и вся информация заносится в электронную карту пациента.

Таким образом, через 3 часа комплексного обследования пациент получает полный отчет о том, что мы диагностировали.

МУ: Мы знаем, что в Ваших клиниках не только обеспечивается профессиональное лечение, но также проводится научная работа. Так ли это? Над какими наиболее интересными научными проектами сейчас ведется работа в Ваших клиниках?

F.M.J. Debruyne

Д: В моих клиниках мы проводим большой объем научной работы совместно с кафедрой урологии Университета Неймегена (Нидерланды), на базе которого мы исследуем генетические изменения при раке предстательной железы (РПЖ). Мы также проводим множество исследований, касающихся применения многопараметрической МРТ для диагностики и раннего выявления РПЖ, клинической оценки исходов и качества жизни пациентов с низким уровнем тестостерона и находящихся на заместительной терапии тестостероном. И наконец, мы осуществляли и продолжаем осуществлять оценку новых методов фармакотерапии при эректильной дисфункции, доброкачественной гиперплазии предстательной железы, а также распространенном РПЖ.

МУ: Каковы, по Вашему мнению, перспективы лечения в сфере, связанной с мужским здоровьем?

Д: Это – очень хороший вопрос и очень важная проблема. Старение становится основным фактором в современном здравоохранении. Мужчины живут намного дольше, и они хотят жить дольше в добром здравии. И это не только личная, но и профессиональная ответственность, в которой урологи играют большую роль. Если улучшить информированность населения, профилактику и раннее выявление заболеваний, тогда перспективы мужского здоровья представляются мне радужными.

МУ: Каковы Ваши впечатления о городе Сочи и конгрессе?

Д: Сочи – фантастическое место! Температура изумительная; пейзажи и горы прекрасны! Люди очень дружелюбны. Заседания были организованы превосходно. Я никогда здесь не был раньше и очень хотел сюда приехать. И этот город полностью оправдал мои ожидания.

МУ: А что Вы можете сказать о конгрессе?

Д: О конгрессе мне немного сложно судить, в первую очередь потому, что было очень много участников. Сессии, которые я смог посетить, были очень высокого качества. Вопросы и обсуждения были весьма интересными. Очевиден растущий интерес к проблемам мужского здоровья в России, и это – хороший признак.

МУ: Что бы Вы могли посоветовать тем, кто будет читать Вашу статью, как врачам, так и тем, кто интересуется вопросами мужского здоровья?

Д: Всего лишь одно послание: ответственность урологов и андрологов заключается в том, чтобы заботиться обо всех аспектах мужского здоровья, и сообщество урологов в России должно взять на себя эту ответственность. И у меня создается впечатление, что это уже происходит. Я желаю им успехов и крупных инвестиций в сферу мужского здоровья в будущем.

МУ: Благодарим Вас за интервью.

МУ: Насколько остры проблемы эректильной дисфункции для современной Европы?

Л: Эти проблемы являются критичными, поскольку мужчины стареют. А когда вы стареете, у вас появляется больше проблем. Эти проблемы могут быть связаны с нарушением мочеиспускания или с потенцией. Поэтому если взять, к примеру, мужчин в возрасте от 40 до 80 лет, у 16% этих мужчин будет наблюдаться эректильная дисфункция (ЭД), что достаточно много.

МУ: Кто лечит таких пациентов – урологи, кардиологи, эндокринологи или все эти специалисты вместе?

Л: Первым врачом, к которому обращаются такие пациенты, обычно бывает врач общей практики. Поняв причину нарушения он направляет своего пациента к соответствующему врачу – психиатру или эндокринологу. Если пациент страдает артериальной гипертензией, он будет направлен к кардиологу. Но обычно большинство пациентов направляют к урологу, поскольку наиболее распространенные причины ЭД

P. Lyngdorf

связаны с другими мужскими заболеваниями, а эти болезни не может лечить кардиолог или эндокринолог. И обычно кардиологи не обладают специальными знаниями в отношении таких пациентов. Они считают, что у них нет соответствующих стандартов лечения.

МУ: Есть ли в Вашей практике пациенты из России?

Л: Нет, до сих пор не было, но я их с удовольствием приму.

МУ: Какие новые перспективные методы лечения Вы видите в будущем?

Л: В течение последних 30 лет было разработано множество новых методов лечения. В начале 1980-х гг. это были инъекционные препараты, в 1998 г. появились таблетки (Виагра), а в будущем у нас будет генная терапия. А в промежутке мы используем ударно-волновую терапию (УВТ), которая в определенной степени является «элегантной», поскольку пациенту не приходится принимать таблетки перед сексуальной активностью и этот вид лечения достаточно эффективен.

МУ: Какой процент Ваших пациентов подвергаются хирургическому лечению?

Л: Для пациентов с ЭД существуют два вида хирургического вмешательства. Первый из них связан с применением имплантатов. В Дании ежегодно проводится около 20 операций по протезированию, что немного, поскольку немногие мужчины согласны на фаллопротезирование. Таким образом, мы практически не используем имплантаты. Двадцать лет назад мы решали проблемы наших пациентов методами сосудистой хирургии. Мы выполняли множество операций, но через несколько месяцев после операций эректильная функция снова ухудшалась.

МУ: Есть ли в Вашей практике женщины с сексуальными расстройствами?

Л: Да, около 20% моих клиентов составляют женщины.

МУ: А с какими расстройствами женщины обращаются к Вам?

Л: С нарушениями сексуального возбуждения и снижением сексуального желания.

МУ: Каковы Ваши впечатления от города и конгресса «Мужское здоровье»?

Л: Что касается города, то меня переполняют впечатления. Все были так добры к нам. По поводу конгресса не могу сказать много, поскольку он проводился в России, а я не говорю по-русски.

МУ: Большое спасибо за интервью!

Аденома простаты – консервативное или оперативное решение?

О весьма трудном выборе современного уролога между консервативным и оперативным лечением доброкачественной гиперплазии предстательной железы и роли препаратов из группы ингибиторов 5α-редуктазы в ее терапии рассказал в своем докладе на XI Конгрессе «Мужское здоровье» профессор А.Г. Мартов, заведующий отделением урологии ГКБ №57 ДЗМ, заведующий кафедрой ФУВ ФМБА, Заслуженный врач РФ.

Профессор А.Г. Мартов пояснил, что существуют 3 способа лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Они включают активное наблюдение, медикаментозную терапию и оперативные вмешательства. Для лечения больных с умеренно и значительно выраженными симптомами нижних мочевых путей (СНМП) широко применяются α-адреноблокаторы (αАБ). Все препараты указанной группы обладают сходной эффективностью. В то же время указанные лекарства не влияют на объем гиперплазированной ПЖ, не останавливают рост ДГПЖ, не снижают уровень простатического специфического антигена (ПСА). К тому же они могут вызывать головную боль, слабость, головокружение, и другие побочные эффекты.

– Механизм действия растительных препаратов для лечения ДГПЖ, – сообщил Алексей Георгиевич, – еще малопонятен. Проводились лишь отдельные длительные, т.е. более 12 месяцев, исследования, соответствующие критериям ВОЗ. Результаты этих работ указывают на определенную пользу от такой терапии, но необходимы дальнейшие продолжительные рандомизированные и плацебо-контролируемые исследования, прежде чем фитопепараты могут быть доказательно рекомендованы для терапии различных проявлений ДГПЖ. Ингибиторы 5α-редуктазы сегодня являются ключевыми компонентами фармакотерапии ДГПЖ. Фермент 5α-редуктаза превращает тестостерон в гормон 5-дигидротестостерон, и избыток этих молекул ведет к гиперплазии ПЖ. Препараты из группы ингибиторов-5α редуктазы уменьшают уровень дигидро-тестостерона в клетках ПЖ, чем достигается торможение прогрессирования гиперплазии. Далее под влиянием продолжающейся терапии ПЖ уменьшается в размерах, в итоге нормализуется мочеиспускание и ослабляются СНМП. Хотя прямые сравнительные исследования, напомнил докладчик, различных ингибиторов 5α-редуктазы пока отсутствуют, опубликованы данные крупных мета-анализов, а также урологи на основе собственных наблюдений считают, что эффективность этих препаратов примерно одинаковая. Клинический эффект в результате использования ингибиторов 5α-редуктазы наступает через 3–6 месяцев. Эти лекарства наиболее действенны при объеме ПЖ более 30–40 см^3. Под влиянием ингибиторов 5α-редуктазы объем железы обычно уменьшается на 20–30%, выраженность СНМП по шкале IPSS сокращается на 3–4 балла, максимальная объемная скорость потока мочи, по данным урофлуорометрии, возрастает на 1,5–2 мл/сек. Подобная терапия снижает уровень ПСА на 50%, но не затрудняет раннюю диагностику рака ПЖ. Применение

А.Г. Мартов

ингибиторов 5α-редуктазы уменьшает риск острой задержки мочеиспускания, а также, по данным ряда исследований, примерно на 50–60% сокращает необходимость проведения операции трансуретральной резекции (ТУР). Наиболее грозное осложнение таких операций – массивное интраоперационное кровотечение, требующее гемотрансфузии. По собственным данным докладчика (А.Г. Мартов и соавт., 2006), частота указанных осложнений составляет примерно 7,2%. Развитие такого кровотечения значительно увеличивает риск перфорации мочевого пузыря, ПЖ, наружного сфинктера уретры, устьев мочеточников и способствует развитию так называемого ТУР-синдрома. Вероятность развития кровотечения прямо пропорционально зависит от объема ПЖ и времени операции.

– Объемные открытые аденомэктомии, – продолжил профессор А.Г. Мартов, – выполняются сегодня редко и только при очень больших объемах гиперплазии. «Золотым стандартом» лечения опухолей объемом до 60–80 см^3 является ТУР простаты. И именно такие вмешательства, в числе других эндоскопических методик, предпочитают для себя большинство пациентов. Но, к сожалению, вынужден отметить, что повсеместное и длительное применение αАБ заметно увеличило удельный вес пациентов с размером ДГПЖ свыше 80 см^3 , где вместо ТУР должна выполняться более сложная и травматичная операция. Четырехлетнее клиническое исследование MTOPS показало, что комбинированная терапия с использованием ингибиторов 5α-редуктазы и αАБ наиболее эффективна в замедлении прогрессирования ДГПЖ, предупреждении развития острой задержки мочи, снижении потребности в операциях. Другое клиническое исследование PLESS показало, что 4-летнее применение в качестве монотерапии финастерида, препарата из группы ингибиторов 5α-редуктазы, приводит к таким же эффектам, причем речь шла о достоверных изменениях обоих показателей более чем на 55%.

Затем докладчик рассказал о проведенном им и его коллегами клиническом исследовании, цель которого заключалась в изучении возможности применения, а также проверке эффективности препарата из группы ингибиторов 5α-редуктазы в качестве средства для подготовки пациентов к ТУР простаты в возрасте 67–82 года, имеющих ДГПЖ размер более 80 см^3. Первая группа из 48 больных в течение 58 дней получала по 1 табл./сут препарата Пенестер® (финастерид 5,0 мг) и Фокусин® (тамсулозин) в качестве αАБ по 0,4 мг; а вторая группа – только Фокусин®.

– Нас очень порадовало то, – сказал профессор А.Г. Мартов, – что из исследования выбыли 16 больных из «группы финастерид+тамсулозин» и 5 больных – из «группы тамсулозин», в основном по причине успешности консервативной терапии, но отнюдь не из-за побочных эффектов лекарств. Мы отметили хорошую переносимость обоих препаратов. Среди 16 больных из первой группы на фоне лечения финастеридом и тамсулозином объем ПЖ сократился с 114 до 83 см^3 (-27%), ПСА уменьшился на 30% с 2,1 до 1,5 нг/л; показатель опросника IPSS снизился с 26 до 19 единиц на 26%, а объем остаточной мочи – с 180 до 72 мл (-60%). Максимальная объемная скорость потока мочи, по данным урофлоуометрии, выросла на 36% с 7 до 10 мл/сек.

Затем докладчик привел общую предоперационную характеристику больных из обеих групп, которым была выполнена ТУР. Объем ПЖ составлял у них 112–115 см^3, уровень ПСА – свыше 2,12 нг/мл; показатель IPSS – более 25 единиц, объем остаточной мочи – свыше 173 мл. Послеоперационные результаты для 2-х групп оказались следующие. В группе «только Фокусин®» ТУР – синдром развился у 1-го больного, у 4-х больных – послеоперационная тампонада мочевого пузыря, 1-му пациенту понадобилась гемотрансфузия и 2-м – срочная операция по поводу раннего послеоперационного кровотечения. В группе же «финастерид+тамсулозин» лишь у 1-го пациента послеоперационный период осложнился развитием тампонады мочевого пузыря. Отмечена более высокая скорость удаления хирургом тканей во время проведения ТУР простаты в 1-й группе пациентов, а также продолжительность операции, интраоперационная кровопотеря по ее объему и по скорости (т.е. кровоточивость), время натяжение катетера оказались больше у исследуемых из «группы Фокусина». Таким образом, после приема ингибиторов 5α-редуктазы послеоперационный койко-день сократился и отмечены более быстрые сроки социальной реабилитации. Как пояснил А.Г. Мартов, уменьшение кровопотери во время операции, что наблюдалось на фоне применения Пенестера®, стало важным преимуществом подобной фармакотерапии по двум причинам. Во-первых, именно благодаря этому в основном и сокращалось время операции, во-вторых, уменьшалось количество осложнений. В итоге расширялись показания к относительно малотравматичной операции ТУР простаты, поскольку в условиях меньшей кровоточивости ткани железы становится возможным выполнять подобные вмешательства при ДГПЖ больших размеров.

– Применение ингибиторов 5α-редуктазы, таких как Пенестер®,– подытожил свое выступление Алексей Георгиевич, – в течение не менее 2-х месяцев перед планируемой ТУР простаты по поводу ДГПЖ объемом более 80 см^3 позволяет статистически достоверно уменьшить время операции, объем кровопотери, облегчает течение послеоперационного периода за счет меньших сроков натяжения уретрального катетера и функционирования промывной системы, сокращает сроки госпитализации, а также расширяет показания к ТУР простаты при ДГПЖ.

Выступление профессора А.Г. Мартова вызвало большой интерес, докладчику пришлось ответить на множество вопросов. В частности, из президиума докладчику поступил вопрос относительно эффективности препарата дутастерид, ингибитора 5α-редуктазы, предназначенного для лечения ДГПЖ.

— Финастерид и дутастерид, — ответил Алексей Георгиевич, — обладают сопоставимым профилем эффективности, при этом мы должны принимать во внимание важность доступности терапии широкому кругу населения».

Материал подготовил А.Л. Рылов

«...»

Ингибиторы 5α-редуктазы сегодня являются ключевыми компонентами фармакотерапии ДГПЖ

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Лазерная хирургия заболеваний предстательной железы

Интенсивно развивающаяся в последние годы лазерная хирургия доброкачественных опухолей предстательной железы значительно улучшила результаты лечения этого очень распространенного заболевания. Подробнее об этом корреспонденту газеты Александру Рылову рассказал профессор А.А. Камалов, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, доктор медицинских наук

- Когда лазеры стали применяться в урологии?

- Основа лазерного излучения была впервые описана почти сто лет назад. Однако прошло еще много времени, прежде чем лазеры «пришли» в медицину. Первый же опыт применения лазера в урологии принадлежит R. Parsons и его коллегам, которые в 1966 г. исследовали влияние пульсирующего рубинового лазера на ткани открытого мочевого пузыря собаки. Была отмечена способность лазера повреждать ткани с незначительным кровотечением. Это навело исследователей на мысль об использовании лазера в хирургии аденомы предстательной железы (ПЖ). Исследования M. Camey, применившего в 1980 г. Nd:YAG-лазер для удаления доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) и B. Sander, использовавшего лазер для стерилизации капсулы ПЖ у больных после трансуретральной резекции (ТУР) простаты по поводу рака, показали, что лазер может быть применен для удаления большого объема ткани ПЖ с низким риском кровотечения, возникновения «ТУР-синдрома», повреждения прямой кишки и прилежащих структур – мочевого пузыря и его сфинктеров.

В основе действия лазерного излучения на биологические ткани лежит поглощение молекулами клеток активных частиц – фотонов, испускаемых лазерным источником. Быстрота и возможность достижения той или иной температуры зависят от длины волны лазера, его мощности, плотности ткани мишени и времени экспозиции. Уменьшение объема железы происходит в результате термического воздействия лазерного излучения на ткань ПЖ. Сегодня более 160 европейских центров имеют лазерное оборудование, а количество лазерных эндоскопических «простатэктомий» в них достигает 35%. Появляются все новые методики лечения аденомы, использующие преимущества лазера перед традиционной электрохирургией и в то же время направленные на повышение радикальности лечения. Важнейшей определяющей для всех видов взаимодействия лазера с тканью является длина волны лазера. Она зависит от природы лазерного излучения. Основными лазерными источниками, применяющимися для лечения ДГПЖ, являются диодный, гольмиевый, калий-титанил-фосфатный, тулиевый. Главная цель их применения – коагуляция или вапоризация гиперплазированной ткани для уменьшения объема или удаления аденомы и создания адекватного оттока мочи. Основные методики их применения – это коагуляция боковым прижиганием,

выпаривание боковым прижиганием; контактное выпаривание; контактная резекция; интерстициальная коагуляция; смешанные методики.

- Коагуляция и выпаривание боковым прижиганием – что это значит?

- Сначала расскажу о бесконтактном лазерном воздействии с помощью средств бокового прижигания. Основой данной методики является подведение энергии лазерного излучения трансуретрально к ПЖ через цистоскоп посредством специальных передающих систем с отклоняющими в сторону отражателями – волокон бокового прижигания. Бесконтактное лазерное выпаривание возможно при возрастании температуры ткани выше 350 °С. Достижение высоких, поверхностно испаряющих температур возможно лишь при высокой плотности мощности. Метод фотоселективной вапоризации с помощью мощного лазера на основе титанил-фосфата калия позволил добиться высоких результатов по эффективности и безопасности и получил заслуженное признание. Калий-титанил-фосфатный (КТР)-лазер с длиной волны 532 нм испускает видимый луч зеленого цвета, который практически не поглощается водой и селективно поглощается гемоглобином. Поэтому метод и называется «фотоселективным». Глубина проникновения 0,8 мм не слишком мала и не слишком велика по сравнению с другими типами лазеров. Из-за отсутствия поглощения в воде излучение КТР-лазера достигает тканей ПЖ со скоростью света и поглощается содержащимся в них гемоглобином. Тепло, выделяющееся в результате поглощения излучения, заставляет вскипать содержащуюся в тканях воду, в результате чего образуются пузырьки пара. Эти пузырьки в свою очередь раздвигают и разрушают структуры ткани аденомы. Более глубокие слои ткани, захватываемые при дальнейшем применении КТР-лазера, испаряются столь же эффективно и беспрепятственно удаляются. Процесс испарения забирает тепло от тканей, в результате чего образуется тонкая зона коагуляции, толщина которой составляет 1–2 мм и отличается превосходными характеристиками гемостаза и лимфостаза.

- Что происходит с тканями при применении этого фотоселективного метода?

- Здесь происходит колебательно-вращательное движение проходящего через лазерный цистоскоп малого размера световода с боковым свечением при постоянной ирригации. Световод поворачивается вверх и вниз по дуге в 30–40°, а его конец находится на очень небольшом рабочем расстоянии от ткани. Благодаря этому удается добиться близкоконтактного равномерного воздействия энергии КТР-лазера. Эффективное испарение ткани происходит в результате формирования пузырьков пара, вымываемых ирригационным солевым раствором. Лазерная коагуляция в случае возникшего кровотечения выполняется либо при увеличении рабочего расстояния до ткани в пределах 3–4 мм, либо при уменьшении мощности лазерного воздействия до 40 Вт, без изменения положения световода. Вапоризация ПЖ начинается с области шейки мочевого пузыря, продолжается в области боковых долей на уровне семенного бугорка и прекращается по достижении наружного сфинктера.

- Не могли бы Вы рассказать о клиническом исследовании, в котором использовался этот метод?

- В исследовании, проведенном А.А. Камаловым и Б.Е. Осмоловским, было показано, что продолжительность оперативного вмешательства при использовании green light лазера составляет немногим более одного часа. Как во время оперативного вмешательства, так и в раннем послеоперационном периоде, промывные воды не содержали примеси крови. Продолжительность катетеризации составляла около суток. В сроки наблюдения 1 год процент улучшения средних значений этих показателей по сравнению с соответствующими исходными параметрами был следующим: индекс жалоб по шкале AUA (American Urological Association) – 82%, индекс качества жизни – 77%, максимальная скорость потока мочи Qmax – 190%, количество остаточной мочи – 78%. Средний объем ПЖ уменьшился на 37%. При этом отмечено снижение среднего уровня простатоспецифического антигена (ПСА) на 31%, что соизмеримо с аналогичным снижением этого показателя, отмеченным в исследованиях других авторов. Осложнения были незначительными и включали в себя дизурию, кратковременную гематурию, кратковременное недержание мочи, необходимость повторной катетеризации мочевого пузыря. Ни у одного из сексуально активных пациентов не развилась эректильная дисфункция, ретроградная эякуляция отмечена в 36% случаев. Наши пациенты вернулись к работе через 2–3 дня после операции.

- Кроме преимуществ, есть ли у этого метода недостатки?

- К ним относится высокая стоимость оборудования и расходных материалов, а также отсутствие материала для гистологического исследования. Ряд авторов доказывают предпочтительность комбинированного применения коагуляции и вапоризации при использовании бесконтактной методики. Первоначально выполняется глубокая коагуляция простатических структур, а затем – выпаривание ткани. Данная методика предусматривает немедленное удаление определенной обструктивной ткани с последующим постепенным отхождением скоагулированной части ПЖ. Успешные результаты бесконтактной лазерной хирургии ДГПЖ составляют 65–85% при сроках наблюдения до 1 года. Среди осложнений отмечают хроническую задержку мочеиспускания у 3% больных, длительную послеоперационную дизурию – у 18–40%, эректильные дисфункции – у 4%, недержание мочи – у 4%, стриктуры уретры – у 1–4%, склероз шейки мочевого пузыря – у 2–20% и ретроградную эйякуляцию – у 50% больных. К сожалению, недостатком данной методики является необходимость в длительном отведении мочи после вмешательства.

-А как выполняется контактная лазерная резекция?

- Разработка данной методики связана, прежде всего, с попытками сокращения времени операции и увеличением минимального объема ДГПЖ, подлежащего лечению с помощью лазера.. Используя высокую точность, минимальное проникновение в глубь ткани, а также высокие абсорбирующие возможности высокомощного Ho:YAG-лазера возможно резецирование ткани ПЖ по типу стандартной ТУР с использованием преимуществ лазера – минимальным кровотечением, отсутствием «ТУР-синдрома» и др. Вапоризирующая же способность гольмиевого лазера используется лишь для отделения гиперплазированной ткани

от остальной ткани ПЖ. Операция выполняется обычно с помощью волокна переднего прижигания, проведенного через лазерный резектоскоп. Первоначально, как и при всех эндоскопических лазерных методиках, определяется размеры, степень и форма роста гиперплазии, границы предполагаемой резекции. Вмешательство начинают с резекции средней доли. Выполняют лазерную инцизию ПЖ на 5–7 часах условного циферблата, начиная от шейки мочевого пузыря по направлению к семенному бугорку. Затем выпаривают поперечную борозду, соединяющую дистальные части предшествующих разрезов, на расстоянии не менее 0,5 см. проксимальнее семенного бугорка. Продолжая углубление борозды по направлению к полости мочевого пузыря, добиваются постепенного отхождения резецируемой ткани, что больших технических трудностей не представляет, т.к. не возникает кровотечения, четко видна отличаемая от нетронутой ткани карбонизированная борозда. Резецированную часть ДГПЖ удаляют из мочевого пузыря экстрактором. Таким же образом резецируется и удаляется ткань боковых долей. Преимуществами данной методики является существенное сокращение интраоперационного времени по сравнению с другими лазерными методиками и немедленное удаление обструктивной ткани.

- Сравнивались ли в специальных исследованиях эффективность и безопасность ТУР и лазерной операции?

- Сравнение ТУР и гольмиевой лазерной энуклеации ПЖ HoLEP (Holmium laser enucleation of the prostate) было проведено в США в исследовании, где было проанализировано лечение 855 пациентов, перенесших ТУР либо гольмиевую энуклеацию ПЖ. Длина волны излучаемого гольмиевым лазером света составляла 2100 нм. Энергия, генерируемая этим лазером, испускается не непрерывно, а импульсно в течение нескольких миллисекунд. Гольмиевый лазер за счет излучаемой энергии приводит к вапоризации тканей за счет испарения воды. При этом гемостатический эффект меньше, чем при использовании других волокон за счет прерывного выделения энергии. При сравнении эффективности HoLEP с ТУР было показано, что в первые полгода после операции различия в Qmax статистически недостоверны. Однако через 12 месяцев после операции Qmax после выполнения гольмиевой вапоэнуклеации статистически больше, чем Qmax после ТУР. Через 12 месяцев после выполнения операции значение IPSS (International Prostate Symptom Score) также различались. Среднее значение IPSS после выполнения HoLEP было на 1,47 баллов ниже, чем при ТУР. При регистрации объема остаточной мочи через 12 месяцев после выполнения операции зарегистрированы следующие результаты: HoLEP – 34 мл, ТУР – 43 мл, что в целом статистически достоверно, но клинически незначимо. По частоте постоперационных осложнений исследователями не было выявлено статистически значимых различий. Время госпитализации и катетеризации мочевого пузыря при выполнении HoLEP оказалось статистически меньше, чем после выполнения ТУР.

-Так какой же из двух методов оказался более предпочтительным?

- Анализируя данные результаты, можно заключить, что в целом HoLEP более привлекательный метод по причине меньшего времени катетеризации мочевого пузыря. Это уменьшает вероятность развития инфекционных осложнений, сокращает время госпитализации.

Лучше и отдаленные результаты клинической оценки больного спустя длительное время, в данном исследовании 12 месяцев. HoLEP применим для выполнения энуклеации ПЖ, объем которой превышает 100 см^3. Но за счет более слабой энергии излучения HoLEP уступает по своей эффективности тулиевой вапоэнуклеации.

Итак, результаты контактной лазерной гольмиевой резекции ДГПЖ в отличие от других лазерных методик сравнимы с результатами стандартной ТУР при значительно меньшем количестве осложнений. При этом для выбора показаний к данной методике размеры ДГПЖ принципиального значения не имеют.

-А какие лазерные методики начали применяться в урологии в последние годы?

- Совершенствование лазерных технологий и эндоскопической техники привело к созданию нового метода лечения – трансуретральной тулиевой вапоэнуклеации ПЖ.

Тулиевый лазер относится к лазерам непрерывного излучения в противоположность гольмиевому, который является пульсовым лазером. Длина волны пучка света лежит в диапозоне 2010 нm, благодаря этому тулиевый лазер имеет преимущество перед аналогичным гольмиевым лазером. Пучок света тулиевого лазера более концентрированный, что позволяет более точно резецировать ткани, а также работать в двух режимах – непрерывном или пульсовом. С помощью тулиевого лазера можно выполнять вапоризацию, энуклеацию, резекцию ПЖ, а также коагуляцию. Вследствие этого тулиевый лазер является более перспективным по сравнению с гольмиевым или КТР-лазером. Применение лазерной вапоэнуклеации с использованием тулиевого лазера ПЖ возможно у пациентов с большим объемом ПЖ, а также у пациентов с отягощенным соматическим статусом, у пожилых пациентов, что делает этот метод еще более привлекательным для практического применения.

- Как выполняется тулиевая вапоризация ПЖ?

- На первом этапе проводится цистоуретроскопия. Далее техника выполнения соответствует HoLEP. Первый разрез при наличии средней доли выполняется на 5 или 7 часов условного циферблата до момента визуализации волокон шейки мочевого пузыря. Далее разрезы продолжаются дистально до уровня семенного бугорка, при этом железа разделяется на 3 части. Удаленная ткань вапоризируется и помещается в мочевой пузырь. Конечной целью является создание полости, ограниченной капсулой ПЖ, а также последующее измельчение и удаление аденоматозных узлов путем морцеляции. Неоспоримым преимуществом лазерной вапоэнуклеации по сравнению с классической энуклеацией является возможность выполнения вапоризации резидуальной ткани по ходу капсулы ПЖ для достижения большей радикальности лечения. Другими преимуществами лазерной вапоризации являются меньшая вероятность инфекционных осложнений и стрессового недержания мочи. Однако дизурия сохраняется дольше по сравнению с ТУР.

- Насколько сложно для уролога овладеть лазерными методиками, которые мы обсуждали?

- Необходимый опыт для выполнения энуклеации с помощью гольмиевого лазера – 50 операций. Чтобы освоить методику с применением тулиевого лазера необходимо 20 тренировочных операций. Но если хирург уже владеет техникой ТУР, то время на обучение сокращается еще больше. Учитывая то, что число осложнений после выполнения трансуретральных манипуляций находится в прямой корреляции с опытом хирурга, быстрота обучения позволяет косвенно снизить процент осложнений после выполнения лазерной вапоэнуклеации с использованием тулиевого лазера. Однако в настоящий момент лазерная вапоэнуклеация не рассматривается еще как «золотой стандарт» лечения аденомы ПЖ, т.к. не хватает доказательной базы. Кстати, тулиевый лазер может использоваться не только в трансуретральной хирургии, но и в лапароскопической, общей хирургии, кардиохирургии и других областях.

Но замечу, что еще недостаточно изучена клиническая эффективность данного метода. Мало освещены вопросы, касающиеся техники выполнения операции, ведения больных в послеоперационном периоде. Неизвестны специфические осложнения метода, не разработаны методы их профилактики и лечения. Остается малоизученной проблема улучшения качества проведения и профилактика осложнений при выполнении марцеляции после вапоэнуклеации, а также особенности эндоскопического оборудования для выполнения данной операции. Особого внимания заслуживает оценка влияния различных трансуретральных оперативных вмешательств на эректильную функцию, являющуюся важной составляющей сохранения высокого уровня качества жизни пациента после операции. На сегодняшний день публикации по этим вопросам единичны. Все вышеперечисленное определяет актуальность дальнейшего изучения этого вопроса как с научной, так и с практической точки зрения.

- Арамаис Альбертович, что бы Вы хотели сказать в заключение нашей беседы?

- Интенсивно развивающаяся в последние годы лазерная хирургия ДГПЖ имеет как свои преимущества, так и недостатки. К преимуществам можно отнести отсутствие интра- и послеоперационных кровотечений, а также «ТУР-синдрома» и грубого рубцевания тканей; возможность достижения глубокой коагуляции тканевых структур; малая инвазивность и травматичность вмешательства; возможность применения у больных с высоким операционным и анестезиологическим риском, с заболеваниями свертывающей системы крови, у пациентов сексуально-активного возраста. К недостаткам же абсолютного большинства лазерных методик лечения ДГПЖ относятся: высокая экономическая себестоимость, дизурия в послеоперационном периоде, длительность самой операции, и, наконец,трудность освоения методик.

ОБУЧЕНИЕ ЗА РУБЕЖОМ

ЛАПАРОСКОПИЯ В УРОЛОГИИ

практические курсы во Франции

Лапароскопическая урология и почечнокаменная болезнь

22–23 октября 2015 г. Продвинутый курс

В программе курса:

Теоретическая сессия: лапароскопическое лечение опухолей почки – особенности методики – протокол операции

- Роль лапароскопии в лечении опухолей почки
- Забрюшинная радикальная нефрэктомия
- Трансперитонеальная радикальная нефрэктомия
- Частичная лапароскопическая нефрэктомия
- Специфические осложнения лапароскопической радикальной нефрэктомии
- Альтернативные минимально инвазивные методы лечения опухолей почки
- Роботизированная нефрэктомия
- Онкологические результаты: сравнение с открытыми хирургическими вмешательствами

Демонстрации операций в реальном времени (в зависимости от обстоятельств)

- забрюшинная радикальная нефрэктомия
- трансперитонеальная радикальная нефрэктомия
- лапароскопическая и роботизированная частичная нефрэктомия

Обучение на «живых» тканях (карликовые свиньи) – лапароскопия и роботизированные методики

- Доступ к верхним отделам мочевыделительной системы:
- нефрэктомия – частичная нефрэктомия – пиелопластика – уретеролиз
- Практический семинар по роботизированным хирургическим вмешательствам

Медицина Сегодня +7 (495) 419-02-99, +7 (967) 116-62-32 info@protiv-raka.ru, www.mctoday.ru

Профилактика рака предстательной железы – уже реальность или перспектива на будущее?

На этот и другие вопросы корреспондента газеты Александра Орлова ответил заведующий кафедрой эндоскопической урологии РМАПО, руководитель Урологического центра на базе «НКЦ ОАО «РЖД» (Москва), профессор О.В. ТЕОДОРОВИЧ, доктор медицинских наук

– Олег Валентинович, как Вы оцениваете современную картину заболеваемости раком предстательной железы (РПЖ) в России?

– В России, как и в других развитых странах, заболеваемость РПЖ в XXI веке растет лавинообразно. В 2003–2013 гг. заболеваемость РПЖ увеличилась в России более чем в два раза, с 16 до 35 случаев на 100 тыс. населения. Смертность в результате этой болезни в указанный период тоже росла, но заметно медленнее – с 9 до 12 на 100 тыс. мужчин. Из всех онкологических заболеваний, выявленных в 2013 г. в России, РПЖ составлял 13% случаев. И у мужчин это сегодня второй по частоте встречаемости рак после опухолей легких. Что же касается структуры «мужской смертности» от раковых заболеваний, то здесь РПЖ занимает третье место после рака легкого и желудка. Как и в других развитых странах, для мужчин-россиян из всех злокачественных опухолей человека РПЖ отнюдь не самый грозный. Ему принадлежит лишь 19-е место по показателю одногодичной выживаемости после постановки диагноза. Всего 10% больных РПЖ проживут менее года после обнаружения у них этой опухоли, а 90 % – больше года или будут вылечены. К сожалению, российская урологическая служба отстает от западных в ранней диагностике РПЖ, хотя это отставание и сокращается.

– Из-за чего растет заболеваемость РПЖ?

– Бесспорно то, что никакие улучшения диагностики в развитых странах уже не влияют на этот показатель, и что главным и решающим двигателем такого роста является увеличение продолжительности жизни мужчин. Среди онкологических заболеваний РПЖ – один из самых типичных представителей «болезней стареющего человечества». До 40 лет этот рак практически не выявляется, пик заболеваемости приходится на 70-летний возраст, а после 90 лет эту опухоль находят у 80–90% мужчин.

Но есть и другие факторы, влияющие на заболеваемость РПЖ. И тут все намного сложнее. Например, в США этот показатель может увеличиваться не только из-за роста продолжительности жизни мужчин, но также потому, что численность белого населения неуклонно снижается на фоне роста числа афроамериканцев. А их значительно чаще, чем белых, поражает эта болезнь. Заболеваемость среди японцев почти в 10 раз ниже, чем среди граждан США. Но причина здесь не в этническом факторе, поскольку среди популяции японцев, проживающих в США, она не отличается от той, что характерна и для американцев. Причинами низкой заболеваемости РПЖ в Японии считаются пока непонятные для нас особенности экологии и традиционный характер питания в этой стране, основанный на рыбе, морепродуктах, рисе, овощах и фруктах. Но сегодня в Японии все больше населения питаются по американскому и европейскому типам, для которых характерно много мясных блюд и фастфуда. Высокий уровень потребления этих продуктов, возможно, повышает риск развития РПЖ. Поэтому можно предположить, что указанные факторы вносят сегодня свой вклад в рост заболеваемости РПЖ в Японии, который происходит, как и в других развитых странах, хотя, повторю, в целом уровень заболеваемости в этой стране остается относительно низким.

– Существует ли сегодня какая-либо общепринятая концепция борьбы с РПЖ?

– Она существует и ставит на первое место раннюю диагностику. Если на 1–2-й стадиях удается диагностировать РПЖ, то тогда метастазы выявляются менее чем у 5% мужчин, а полностью вылечить удается около 95% больных. Что же касается 3–4-й стадий РПЖ, то вылечить таких больных невозможно, можно лишь замедлить прогрессирование карциномы предстательной железы (ПЖ). В зависимости от степени дифференциации опухолевых клеток, т. е. степени злокачественности или агрессивности рака, оцениваемой по шкале Глисона, с большим разбросом возможна разная продолжительность жизни пациента после постановки диагноза и прогноз – от хорошего до очень плохого.

– В ряде западных стран, в т.ч. США, уходят от скрининга РПЖ и внедряют активное наблюдение. Нам такая модель подходит?

– Америка – это страна, достигшая наибольших успехов в диагностике и лечении РПЖ. И я призываю уважительно относиться к ее опыту и внимательно следить за ним. Проведенные с 2009 г. крупные рандомизированные международные клинические исследования, где оценивалась эффективность скрининга РПЖ с помощью простатического специфического антигена (ПСА), не выявили достоверной разницы в смертности от этого рака между группой скрининга и контрольной. Отсюда был сделан вывод, что ПСА-скрининг не снижает смертность от РПЖ, хотя ведущие онкоурологи ряда стран, в т.ч. и США, признают серьезные недостатки таких испытаний. Тем не менее, согласно заключению профессиональных объединений онкологов и урологов США, ПСА-тестирование рекомендуется проводить теперь не в плане широких скрининговых программ, а только мужчинам определенных групп риска или на основании информированного согласия пациента. Новым порядком диспансеризации российских мужчин старше 39 лет, который с 2015 г. начнет применяться для выявления у них РПЖ и других заболеваний этого органа, предусмотрено, что определение ПСА теперь будет проводиться по назначению не терапевта, а только хирурга или уролога мужчинам с выявленным подозрением на РПЖ по результатам опроса, осмотра, пальцевого исследования предстательной железы и/или ультразвукового исследования (УЗИ) этого органа. Однако вопрос эффективности проведения ПСА-скрининга РПЖ остается нерешенным, и я согласен с теми моими коллегами, которые считают, что скрининг с использованием ПСА должен остаться основой ранней диагностики РПЖ. Несмотря на очевидные претензии к ПСА-анализу из-за его, я бы сказал, далеко не идеальных специфичности и чувствительности, если исключить его из скрининговых обследований для ранней диагностики РПЖ, у нас вообще не останется дешевого и доступного инструмента для раннего выявления этого рака. УЗИ простаты – тоже не очень точный и чувствительный метод по отношению к РПЖ и у него нет принципиальных преимуществ по сравнению с ПСА. Но стоимость УЗИ гораздо выше. Что же касается магнитно-резонанасной томографии (МРТ), более «зоркого» в плане диагностики РПЖ метода, хотя и у него есть недостатки, он, по причине высокой стоимости, применяется только для углубленного обследования пациента с подозрением на опухоль.

– Каким Вам представляется «золотой стандарт» ранней диагностики РПЖ?

– Оптимальной триадой такой диагностики я считаю проводимые раз в год, начиная с возраста 50 лет, обследования: анализ на ПСА, трансректальное УЗИ (ТРУЗИ) простаты и пальцевое ректальное исследование. Если хоть одно из этих трех исследований позволяет заподозрить рак, то показана мультифокальная биопсия предстательной железы. И при каждом визите пациента уролог обязан сравнить текущее значение ПСА с прошлогодними. Прирост данного показателя более, чем на 1,0 единицу в год – это сигнал возможного начала РПЖ. Если уровень ПСА у пациента увеличен, то следующий анализ он должен пройти раньше, чем через год, причем временнóй интервал врач назначает индивидуально.

– Оценивалась ли каким-то образом эффективность «триады», которую Вы назвали?

– Департамент здравоохранения г. Москвы еще в 2002 г. в рамках целевой диспансеризации населения принял программу ранней диагностики заболеваний ПЖ у мужчин старше 50 лет. Обязательными исследованиями стали: определение ПСА, пальцевое ректальное исследование, ТРУЗИ, урофлоуметрия, биопсия ПЖ по показаниям. Программа продолжалась около 10 лет, обследовали более 2 млн москвичей. Выявляемость РПЖ на ранних стадиях увеличилась с 38 до 60%, а 5-летняя выживаемость после лечения с 40 до 60%.

– Ведущая роль в новом порядке диспансеризации россиян для выявле-

ния болезней ПЖ отводится анкете с вопросами относительно симптомов нижних мочевых путей (СНМП). В зависимости от того, как ее заполнит пациент, и определяется необходимость и срочность его обследования хирургом или урологом.

– Такой диагностический алгоритм адекватен для ранней диагностики простатита, доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) и других болезней мочевой системы, но только не РПЖ, который на 1–2-й стадиях развивается бессимптомно практически у всех больных.

– А какой метод диагностики РПЖ, лабораторный или инструментальный, кроме биопсии, признается сегодня самым чувствительным?

– Это комбинированное ТРУЗИ и МРТ-исследование ПЖ, где сложное программное обеспечение совмещает оба изображения. Обычно этот метод применяется, чтобы увеличить пространственную точность прицельной биопсии или фокальных вмешательств. В нашем Урологическом центре этот метод используется при подготовке к операциям интерстициальной лазерной коагуляции (ИЛК) локализованных злокачественных опухолей ПЖ и почки. После сложных экспериментов на животных мы освоили эту методику малоинвазивных вмешательств, где происходит непосредственное воздействие на клетки введенного в ткань железы световода. При этом энергия отечественного медицинского Nd: YAG-лазера доставляется на достаточную глубину ткани, что позволяет достичь ее коагуляции в объеме 4–6 см^3. Лазерный луч вызывает коагуляционный некроз с последующей атрофией в глубине ткани. Мы применяем ИЛК уже 5 лет, пролечили более 40 больных, получили положительный клинический эффект в течение от 1 до 5 лет у 28 пациентов.

– Сколько в среднем стоит лечение РПЖ?

– Это комбинированное ТРУЗИ и МРТ-исследование ПЖ, где сложное программное обеспечение совмещает оба изображения. Обычно этот метод применяется, чтобы увеличить пространственную точность прицельной биопсии или фокальных вмешательств. В нашем Урологическом центре этот метод используется при подготовке к операциям интерстициальной лазерной коагуляции (ИЛК) локализованных злокачественных опухолей ПЖ и почки. После экспериментов на животных мы убедились в безопасности и эффективности малоинвазивных вмешательств, где происходит непосредственное воздействие на опухолевые клетки введенным в ткань предстательной железы световодом. Лазерный луч вызывает тотальную деструкцию опухолевой ткани с последующим ее склерозированием. Мы применяем ИЛК уже 5 лет, пролечили более 40 больных, получили положительный клинический эффект в течение от 1 до 5 лет у 28 пациентов.

– Возможна ли профилактика РПЖ благодаря использованию субстанций, способных препятствовать развитию этого рака?

– Я считаю такую профилактику возможной, поскольку названные Вами субстанции, как и субстанции противоположного, т.е. негативного действия существуют, хотя их и не удалось пока выделить в чистом виде. Например, доказано, что чрезмерное употребление мяса и, особенно жирного, увеличивает в популяции с такими нарушениями питания заболеваемость РПЖ, и она, наоборот, снижается у людей, которые употребляют много томатов и приготовленных из них продуктов.

–А можно ли обеспечить профилактику РПЖ в результате успешного лечения хронического простатита и ДГПЖ?

– Такая возможность не доказана, как не установлена и прямая связь между ними. Три эти болезни нельзя «ставить на одну линейку», это разные заболевания. И пока нет подтверждений того, что названные вами патологии, как, кстати, и другие болезни ПЖ, могут озлокачествляться и переходить в рак или что на фоне течения этих заболеваний риск РПЖ возрастает. Чтобы Вы поняли, что такое прямая связь между РПЖ и каким-то иным фактором, поясню, что, например в 7 раз возрастает вероятность этой опухолевой болезни у мужчины, отец и дед которого страдали РПЖ. Вот тут прямая связь между отягощенной наследственностью и РПЖ очевидна. Но косвенная связь между этими заболеваниями существует. Достаточно сказать, что при операциях по поводу РПЖ в 70–90% случаев обнаруживается также аденома ПЖ. Что же касается воспаления этого органа, то, несомненно, что при простатите нарушается целый спектр биохимических и физиологических процессов в ПЖ. И это не может не способствовать росту «онкологической опасности» по аналогии, скажем, с легкими, который курильщик разрушает своей пагубной привычкой; желудком, пораженным определенными формами гастрита; прямой кишкой, где развиваются полипы, и так далее. Другое дело, что мы еще не понимаем тех механизмов канцерогенеза для РПЖ, которые могут как-то «переплетаться» с патогенезом других заболеваний ПЖ .

– Тогда могут ли выступать в роли профилактических по отношению к РПЖ те биологически активные вещества, которые используются в комбинированном лечении, например пациентов с хроническим простатитом, для улучшения функции ПЖ?

-Мы этого не знаем потому что еще не было специальных клинических исследований по данной теме. Но хотел бы сказать несколько слов об исследовании с другими задачами. В 2013 г. наш Урологический центр принял участие в крупном многоцентровом открытом клиническом исследовании, где кроме нас работу вели 8 научно-медицинских центров из 7 регионов страны. Мы же включили в исследование 22 пациента в. В работе оценивалась роль биокомплекса ПростаДоз (ШТАДА Арцнаймиттель, Германия) в комбинированной терапии хронического простатита. Результаты нашего исследования соответствовали данным, полученным и в других центрах, и они доказали, что при добавлении ПростаДоза к лечению достоверно снижается выраженность СНМП, уменьшается воспаление и отек железы, нормализуется ее эхоструктура, ускоряется выздоровление пациентов. Была подтверждена и высокая безопасность препарата, никаких побочных эффектов в нашем исследовании он не оказывал. ПростаДоз является комбинацией биоантипролиферативных и антиоксидантных средств, которые помимо их положительного влияния на многие биохимические процессы в организме имеют и прямое отношение к мужскому здоровью и функциям ПЖ.

«...»

«Золотой стандарт» ранней диагностики РПЖ: анализ на ПСА, трансректальное УЗИ (ТРУЗИ) простаты и пальцевое ректальное исследование

– Расскажите, пожалуйста, подробнее о компонентах ПростаДоза.

– Сначала хотел бы рассказать об экстрактах двух растений, входящих в состав этого комплексного средства. Экстракт TEAVIGO™ , или же экстракт листьев зеленого чая проходит высокую степень очистки и считается наиболее чистой из форм такого экстракта, имеющей максимальную концентрацию основного активного компонента: не менее 94% эпигаллокатехина галлата (ЭГКГ), в то время как в сухих листьях зеленого чая – всего 5%. ЭГКГ обеспечивает мощную антиоксидантную защиту клеток, оказывает антипролиферативное действие на клетки железы за счет блокирования ароматазы и Na/K-АТФ-азы, обладает противовоспалительным действием. И очень важно то, что за счет действия этого компонента экстракт TEAVIGO™ уменьшает разрастание и отек тканей ПЖ, что позволяет нормализовать мочеиспускание и уменьшить выраженность воспалительных изменений ПЖ.

Экстракт плодов карликовой пальмы Сабаль считается самым эффективным среди растительных средств, снижающих отек железы, уменьшающих воспаление в ПЖ и уменьшающих ее размеры. Антипролиферативный эффект обусловлен подавлением активности ферментов 5а-редуктазы и ароматазы, способствующих превращению тестостерона в дигидротестестерон, т.е. устраняется ведущая причина развития ДГПЖ. Многочисленные клинические исследования экстракта Сабаля в Германии, Англии, США показали его высокую эффективность при ДГПЖ и хроническом простатите.

Индол-3-карбинол, содержащийся в разных видах капусты, является мощным антиоксидантом. Он уменьшает избыточное разрастание тканей ПЖ, блокируя фермент ароматазу и угнетая фактор роста фибробластов. Это вещество обладает выраженными противоотечным и противовоспалительным действиями при простатите, нормализует тонус мышц мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, устраняя нарушения мочеиспускания, обладает и обезболивающим эффектом. Экспериментально доказана способность индол-3-карбинола снижать частоту возникновения аденомы ПЖ, уменьшать проявления простатита.

Пюрамекс ZN, или лактат цинка является молочнокислой формой цинка, наиболее легко усваиваемой в пищеварительном тракте. Цинк (Zn) избирательно накапливается в ПЖ и является специфическим компонентом ее секрета. Дефицит Zn считается предрасполагающим фактором для воспалительных заболеваний ПЖ. Доказано, что при хроническом простатите, аденоме и раке ПЖ концентрация Zn в секрете ПЖ снижена. Всасывание Zn с пищей снижается с возрастом, что приводит к его дефициту. Поэтому у пожилых пациентов применение легкоусваиваемой молочнокислой формы Zn является особенно предпочтительным. Достаточное обеспечение организма Zn способствует подавлению активности фермента 5α-редуктазы, благодаря чему помогает устранять ведущую причину развития ДГПЖ.

«Витасил-Se (селен)-С» в составе ПростаДоза является оптимальным источником селена, микроэлемента, участвующего во всем жизненном цикле (от зачатия до старения) и входящего в состав ряда гормонов и ферментов, связанных практически со всеми органами человека. Он необходим для нормального функционирования, в т.ч. и половой системы мужчин. Употребление селена в органической форме наиболее физиологично и обеспечивает создание депо этого микроэлемента в организме.

Наконец, Витамин Е, мощный синергист селена, также включенный в комплекс ПростаДоз, участвует в тканевом дыхании, обмене жиров, белков, углеводов. Достаточное поступление витамина Е в организм обязательно для нормальной работы репродуктивной системы.

Перечисленные мной позитивные влияния ПростаДоза на простату позволяют рассматривать этот биокомплекс как перспективный объект для клинических исследований, нацеленных на поиск новых способов профилактики РПЖ.

–Но можно ли доверять входящим в состав ПростаДоза экстрактам лекарственных растений? В СМИ появляется много критических публикаций о низком качестве таких субстанций.

– Вы подняли, действительно, очень острую проблему. Но подчеркну, что основные субстанции для изготовления ПростаДоза производятся в Европе известными фирмами с безупречной репутацией. Например, экстракт TEAVIGO™ и витамин Е – в Швейцарии; экстракт Сабаля – во Франции, лактат цинка – в Нидерландах. Эти субстанции имеют высокую степень очистки, например проходят молекулярную дистилляцию для удаления примесей тяжелых металлов. Таким образом, разработанная специалистами компании ШТАДА Арцнаймиттель концепция позволяет выпускать биокомплексы, имеющие постоянное воспроизводимое качество, стабильный состав и четко определенные эффекты, не уступая по этим показателям целиком синтетическим лекарствам.

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Достижения детских урологов-андрологов

2–3 апреля 2015 г. в Москве прошла IV Всероссийская школа по детской урологии андрологии «Реконструктивно-пластические операции, эндовидеохирургия в детской урологии. Нарушения мочеиспускания у детей». Ее итоги корреспондент газеты «Московский уролог» Александр Рылов обсудил с тремя ведущими российскими специалистами в этом направлении: проф. О.И. АПОЛИХИНЫМ, главным внештатным специалистом Минздрава России по репродуктивному здоровью, директором НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина; С.Г. ВРУБЛЕВСКИМ, главным внештатным специалистом детским урологом-андрологом Департамента здравоохранения г. Москвы, профессором кафедры детской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова; проф. И.В. КАЗАНСКОЙ, главным научным сотрудником НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И. Пирогова на базе ДКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского, председателем Межрегиональной общественной организации детских урологов-андрологов.

О.И. Аполихин

- Олег Иванович, в работе Школы вопросы охраны репродуктивного здоровья заняли основное место. Насколько они актуальны сегодня?

О. Аполихин: - В настоящий момент Россия занимает 9-е место в мире по численности населения. Но к 2050 г., по прогнозу ООН, мы можем занять лишь 18-е место. Демографы предлагают несколько сценариев демографического развития нашей страны. Среди них есть наиболее оптимистичный, достижимый лишь при условии приложения максимальных усилий, чтобы избежать потерь численности населения. В одном из своих выступлений по этой теме президент России В.В. Путин сказал: «Историческая цена выбора между действием и бездействием – почти 50 миллионов жизней россиян в ближайшие 40 лет». Репродукция является основой демографии, и поэтому вопросы репродукции – это одновременно и вопросы демографической стабильности государства.

Составными частями репродуктивного процесса являются репродуктивный потенциал, репродуктивное поведение, репродуктивные потери и репродуктивное здоровье. И на каждый из этих компонентов мы можем воздействовать для улучшения демографической ситуации в нашей стране.

- Репродуктивные потери продолжают расти?

О. Аполихин: - Здесь ситуация неоднозначная. С одной стороны, в 2013 г. отмечено снижение материнской смертности в РФ. Так, в 24 регионах этот показатель оказался менее 10 на 100 тыс. родов, а в 15 субъектах РФ случаи материнской смерти вообще не были зарегистрированы. За последние 30 лет в стране отмечено снижение младенческой смертности в 3 раза. С 2013 г. увеличилось до 15 тыс. по сравнению с 3,8 тыс. в 2009 г. число родов после экстракорпорального оплодотворения, проводимого за счет средств ОМС и федерального бюджета. С другой стороны, на фоне этих позитивных тенденций отмечу, что в 2013 г. аборты в нашей стране забрали 881 тыс. жизней будущих граждан России.

- Одним из компонентов репродуктивного процесса Вы назвали репродуктивное здоровье. Какие меры разрабатываются для его сохранения?

О. Аполихин: - По поручению министра здравоохранения В.И. Скворцовой нами начата разработка концепции «Репродуктивное здоровье семьи». В настоящее время эта работа подходит к завершению. Мы разработали следующие основные принципы этой концепции: создание профилактической среды в области репродуктивного здоровья при ответственности человека за него; государственная поддержка репродуктивного поведения; признание мужского здоровья в качестве неотъемлемого фактора охраны репродуктивного здоровья. Ключевыми же показателями эффективности воплощения в жизнь этой концепции мы предлагаем считать число детей в семье и состояние их здоровья; репродуктивную заболеваемость; число бесплодных пар. Концепцией также предполагается формирование профилактического направления в репродуктивной медицине, «Сертификата молодоженов», предусматривающего бесплатное обследование в центрах репродуктивного здоровья, тех, кто подал заявку на официальную регистрацию брака.

- Какой вклад мужское репродуктивное здоровье вносит в целостное репродуктивное здоровье семьи?

О.Аполихин: - Очень большой. Примерно 15% семейных пар в РФ оказываются бесплодными, причем в 35% случаев по причине нарушения фертильности супруга, при этом 64% из них потеряли способность к зачатию ребенка еще в детстве. Такая ситуация приводит к тому, что ежегодно не рождаются десятки тысяч россиян.

- Какие моменты в организации помощи мальчикам и подросткам по охране их репродуктивного здоровья сегодня наиболее значимы?

О. Аполихин: - На первое место я бы поставил эффективное междисциплинарное взаимодействие детских врачей различных специальностей – детского уролога-андролога, детского хирурга, эндокринолога, педиатра общей практики и урологов взрослой сети. Также очень важны для организации медицинской помощи в обсуждаемом нами направлении педиатрии мониторинг репродуктивного здоровья подростков; первичная и вторичная профилактика различных расстройств фертильности; подготовка кадров и активная работа общественных объединений детских урологов-андрологов. Роль детского уролога-андролога в этой работе ключевая, и она заключается в диагностике соответствующих заболеваний, определении степени риска репродуктивной недостаточности, персонифицированном ведении пациента и, наконец, передаче его во взрослую сеть.

-Сергей Гранитович, Вы удовлетворены итогами работы Школы?

С. Врублевский: - Безусловно. Отрадно прежде всего то, что Школа, а такие мероприятия мы проводим уже 4-й год подряд в начале апреля, привлекла большое количество участников – свыше 100 детских урологов-андрологов, среди которых были наиболее авторитетные отечественные специалисты в этой области. Почетными гостями форума стали эксперты мирового класса в высокотехнологичном хирургическом лечении детей с заболеваниями мочеполовой системы: профессор С. Кулькарни, директор Центра реконструктивной урологии (город Пуна, Индия), а также два французских профессора – Франсуа Варле, руководитель отделения детской хирургии Университетского госпиталя Св. Этьена (город Седекс) и работающий в том же отделении Лопес Мануэль.

Благодаря столь представительному участию, в рамках Школы прошло, по моему, чрезвычайное содержательное и полезное обсуждение последних достижений в областях, прежде всего, эндовидеохирургии и реконструктивно-пластических операций при уроандрологических заболеваниях детей.

Очень важно то, что Школа, где значительная часть из 34 докладов включала демонстрацию видеофрагментов, показывающих наиболее важные этапы операций, позволила участникам мероприятия «вживую» увидеть практически все оперативные вмешательства, и в т.ч. эндовидеохирургические, которые сегодня выполняются в области педиатрической медицины. Подобные демонстрации шли параллельно в залах, которые мы назвали «операционная 1 и 2». Мы нарушили обычный регламент выступлений на медицинских форумах, когда вопросы можно задавать только после доклада. Участники мероприятия могли, например, спросить выступающего, почему в данный момент представляемой им операции он действовал так, а не иначе. Это было правильное решение. Оно способствовало тому, что были обсуждены многие очень важные детали и особенности в технике операций.

С.Г. Врублевский

- Но было ли интересно присутствующим видеть на экране исполнение, пусть и руками «мэтров» в вашей области хирургии, рутинных операций?

С. Врублевский: - Начну с того, что наша область хирургии, посвященная лечению в основном пороков развития и врожденных заболеваний, настолько сложна, и индивидуальные особенности пациента-ребенка и его случая заболевания здесь значат так много, что понятие «рутинная» операция к нам едва ли применимы. Но кроме того, многие доклады-видеодемонстрации на нашей Школе содержали научно-медицинский, «поисковый», творческий компонент. Например, хирург П.И.Чумаков из Ставропольского государственного

медицинского университета показал, как реализуется разработанная им новая методика внутрипузырной пластики устья мочеточника, которая может стать операцией выбора для хирургического лечения ятрогенного пузырно-мочеточникового рефлюкса. Профессор С. Кулькарни показал выполненную им уникальную операцию пластики уретры с протяженной стриктурой мембранозного отдела уретры, которая возникла после тяжелой травмы ребенка с переломами костей таза.

- Итак, вся Школа состояла из просмотров видеофрагментов, каждый по теме одной операции?

С. Врублевский: Это неверно. В рамках нашей двухдневной Школы прошли 3 сессии: «Эндовидеохирургия», «Реконструктивно-пластическая урология» и «Генитальная хирургия». И на каждой из них ведущие специалисты представили также доклады и лекции, где обсудили последние мировые достижения в этих направлениях хирургии. В частности, Л.Д. Арустумов и Ю.Э. Рудин (НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина) представили доклад «Применение миниперкутанной хирургии в лечении детей с мочекаменной болезнью». По-моему, очень интересный и содержательный анализ проблем междисциплинарного подхода в хирургии патологии органов малого таза у детей сделал в своем выступлении В.В. Николаев (Республиканская детская больница, Москва). Обзорную лекцию по реконструктивно-пластическим операциям с целью коррекции врожденных пороков и стриктур передней и заднейуретры представил профессор С. Кулькарни.

- Все ли операции, о которых шла речь на Школе, сегодня уже доступны российским пациентам?

С. Врублевский: - Если говорить о той тематике, которая была представлена на Школе, то в нашей стране мы уже не отстаем, например от Франции, страны с одной из самых развитых в мире систем здравоохранения, ни по спектру выполняемых у нас различных операций, в т.ч. и наиболее современных эндовидеохирургических и лапароскопических вмешательств, ни по качеству их проведения. Это признали в нашей беседе по итогам Школы французские профессора Франсуа Варле и Лопес Мануэль, причем они сказали,что для них оказался неожиданностью тот высокий уровень хирургического лечения детей с уроандрологическими заболеваниями, который они увидели, судя по выступлениям отечественных специалистов на Школе. Но мы отстаем по количеству таких операций, поскольку пока у нас меньше специалистов-хирургов, которые могут выполнять такие вмешательства.

- Не случится ли так, что экономический кризис и те трудности, с которыми столкнулась из-за него наша медицина, увеличат это отставание?

С. Врублевский: - Надеюсь, что этого не случится. Проведенная еще до кризиса модернизация позволила не только в Москве, но и в ряде других городов России создать хорошо оснащенные операционные для выполнения таких вмешательств. Расходные материалы в их стоимости занимают относительно небольшой удельный вес, и в лечении наших пациентов не требуются столь же дорогие лекарства, как например в онкоурологии. Поэтому я убежден, что для того, чтобы продолжить то быстрое развитие, которое в последние годы наблюдалось в отечественной детской урологии, не нужны большие дополнительные средства. «Человеческий фактор», т.е. подготовка новых специалистов, повышение качества операций, улучшение организации этой работы, вот что сейчас, по-моему, главное.

Поэтому, подводя итоги нашей Школы, скажу о том, что порадовало меня больше всего. Среди ее участников более половины составляли молодые детские урологи-андрологи, причем из разных городов России, в т.ч. Сыктывкара, Казани, Ставрополя, Краснодара, Нижнекамска, Волгограда, Нижнего Новгорода и других. И на каждой новой из наших Школ их становится все больше.

- Ирина Валерьевна, каковы Ваши впечатления от работы Школы?

И. Казанская: - По-моему, они прошли успешно, эти два дня напряженной, интересной и полезной для участников этого мероприятия работы. Доклады были представлены на высоком и современном уровне, хорошо иллюстрированы, что в особенности относится к видеофрагментам операций. Школа показала, что в Москве и других городах России, причем уже не только «миллионниках», накоплен большой опыт в т.ч. и высокотехнологичных эндовидеохирургических операций в детской уроандрологии, и что наши хирурги выполняют их не менее качественно, чем зарубежные коллеги. Это очевидно при сравнении материалов, представленных профессорами из Франции и Индии и российскими специалистами. Кроме того, нами уже предложены научные направления, которым будет посвящена Школа в 2016 г.

- Значит Ваша оценка итогов Школы совпадает с той, которую дал профессор С.Г. Врублевский?

И. Казанская: - В целом – да, я разделяю радость моего уважаемого коллеги по поводу того, что на Школу приехало много молодых урологов-андрологов, принявших затем участие в работе Съезда нашего профессионального сообщества, который начался сразу же после Школы. Молодые специалисты заинтересованы в проведении подобных мероприятий, сейчас в нашем направлении медицины идет смена поколений. Выпускников медицинских вузов привлекает наша профессия, они хотят посвятить себя ей. Хочется отметить, что сегодня в ряде ВУЗов проводится целенаправленная подготовка врачей – детских урологов-андрологов. Мы понимаем, что молодые врачи, участвовавшие в Школе, только накапливают опыт и им было бы полезнее познакомиться с более простыми операциями. Но мы хотели показать молодым специалистам то самое сложное, что можем сделать в борьбе за здоровье ребенка. И еще я считаю, что на следующих школах должно быть представлено больше докладов ведущих отечественных специалистов.

Хочу отметить актуальный и важный доклад профессора О.И. Аполихина об охране репродуктивного здоровья, который прозвучал на открытии Школы. В своем выступлении Олег Иванович напомнил для чего, во имя решения каких острейших медико-социальных проблем мы работаем. Но кроме этих ключевых проблем остаются нерешенными и многие другие вопросы – междисциплинарное взаимодействие детских урологов-андрологов с педиатрами общей практики, эндокринологами, урологами взрослой сети. На Школе-2016 следует осветить эти вопросы таким образом, чтобы это было полезно нашим молодым коллегам, именно с учетом их потребностей и интересов надо составлять программу последующих мероприятий.

- Какие наиболее острые проблемы стоят сейчас перед детской урологической службой?

И. Казанская: - Прежде всего, это вопросы амбулаторной уроандрологии второго звена здравоохранения. На этом уровне сегодня не хватает специалистов, способных обследовать детей на догоспитальном

И.В. Казанская

этапе и вести их после операций. В нашей стране только начинает внедряться, и, к сожалению, не так быстро, как хотелось бы, мониторинг репродуктивного здоровья подростков и юношей. Если же говорить о преемственности в ведении пациента с нарушениями репродуктивного здоровья в «детских» и «взрослых» медицинских учреждениях, то эта тема в нашей медицине еще совсем не разработана. Знаю, насколько это тревожит Олега Ивановича как главного специалиста Минздрава России по репродуктивному здоровью. Мы с ним много говорили об этом на Школе и на Съезде, надеемся, что благодаря нашим усилиям ситуацию удастся изменить.

- Над каким самым важным проектом сейчас работает Межрегиональная общественная организация детских урологов-андрологов России?

И. Казанская: - Мы разрабатываем клинические рекомендации по основным заболеваниям в нашем направлении медицины. Причем это будет документ, согласованный с членами нашей организации, именно так готовятся сейчас клинические рекомендации в западных странах. Обсуждение каждой главы, относящейся к одной патологии, будет проводиться через интернет, на собраниях региональных отделений организации, на Школах и Съездах. Например, на последнем из них состоялись два круглых стола, один из которых закончился далеко заполночь. Мы обсуждали лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса, а также терапию пациентов в связи с патологией формирования пола, в частности, в каком возрасте следует проводить операции по коррекции пола.

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

Диагноз – бесплодие как социально-демографическая проблема страны

Одной из актуальных проблем современного общества становится ухудшение репродуктивного здоровья нации. Состояние репродуктивного здоровья служит индикатором состояния и благополучия общества в целом. Улучшение репродуктивного здоровья населения – одна из важнейших задач государства в области социальной политики.

Л.В. ВОЛКОВА,
к.м.н., ведущий научный сотрудник
ФГУ НИИ организации здравоохранения
и медицинского менеджмента,
врач акушер-гинеколог

В настоящий момент отмечаются неблагоприятные тенденции роста динамики важных показателей состояния здоровья населения в целом и репродуктивного здоровья в частности. Ухудшение показателя воспроизводства населения происходит на фоне снижения качества здоровья женщин репродуктивного возраста, т.к. растет число гинекологических заболеваний – в большей степени бесплодия. В условиях демографического кризиса большое значение имеет проблема бесплодия, в решении которой в настоящее время достигнут значительный прогресс.

Бесплодие и бесплодный брак – одна из наиболее важных и сложных медико-социальных проблем. Увеличение распространенности диагноза бесплодия остается важной причиной снижения рождаемости. Доля бесплодных браков на территории России находится в пределах от 8 до 17,5% и пока не имеет тенденции к снижению. Известно, что если частота бесплодных браков достигает или превышает уровень 15%, то проблема бесплодия приобретает государственное значение, т.к. оказывает влияние не только на конкретных индивидуумов, но на общество в целом, снижая социальную и профессиональную активность этой группы населения. При их устранении можно было бы добиться увеличения рождаемости на 7–10%, для этого надо развивать профилактику заболеваний репродуктивной системы.

Успех лечения бесплодия зависит от использования новых медицинских технологий и рациональной организации системы медицинской помощи населению. Широкое внедрение современных гормональных, ультразвуковых и эндоскопических методов диагностики позволило определить формы бесплодия и разработать тактику лечения пациентов в течение нескольких дней обследования, тогда как раньше на это требовались месяцы и даже годы.

Лечение бесплодия следует рассматривать как резерв рождения желанных детей, перспективного увеличения репродуктивного потенциала населения. Охрана здоровья женщин и детей имеет большое медико-социальное и политическое значение как для современного этапа развития общества, так и для будущего страны в целом. Можно утверждать, что здоровье ребенка находится в прямой зависимости от здоровья матери, ее физической и нравственной готовности к рождению здорового ребенка. В связи с этим охрана здоровья матери и ребенка является одной из основных задач государственной политики в области здравоохранения и социальной защиты материнства и детства, важной составной частью здравоохранения, имеющей приоритетное значение для формирования здорового поколения с самого раннего этапа его развития. При этом основной задачей службы материнства и детства на протяжении всей истории ее существования остаются профилактика и снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности.

Такие показатели репродуктивного здоровья, как материнская и младенческая смертность, в современных условиях рассматриваются в качестве ведущих критериев социально-экономического благополучия населения.

По данным Департамента здравоохранения г. Москвы, уровень младенческой смертности значительно снизился, в 2014 г. составив 6,2 (случая на 1 тыс. родившихся живыми), это самый низкий показатель в стране. Материнская смертность по сравнению с 2010 г. сократилась на треть. Нельзя также забывать, что за последние годы особую медицинскую и социальную значимость приобрело нарушение репродуктивного здоровья у мужчин. Демографические показатели России и многих стран мира свидетельствуют об увеличении частоты их инфертильности, достигшей в среднем 30–50% среди лиц, состоящих в бесплодном браке. Связано это с увеличением частоты инфекционно-воспалительных заболеваний, влиянием вредных факторов окружающей среды, урбанизацией, широким и бесконтрольным применением лекарственных средств, увеличением распространенности аномалий развития половых органов и многими другими факторами.

Основным универсальным и наиболее эффективным методом лечения бесплодия в настоящее время считается экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), или оплодотворение в «пробирке». Мужчина и женщина как состоящие, так и не состоящие в браке, а также одинокая женщина имеют право на применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) при наличии обоюдного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. ВРТ представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в т.ч. с использованием донорских и/или криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства).

С 2007 г. в Москве действует региональная программа лечения бесплодия с применением ВРТ. Департаментом здравоохранения г. Москвы издан приказ № 1075 от 07.11.2013 «О совершенствовании работы по направлению жителей города Москвы на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий».

С 2014 г. в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Москве на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 гг. входит лечение бесплодия с применением ВРТ за счет средств обязательного медицинского страхования.

Установлены критерии отбора, порядок ведения реестра и порядок проведения процедуры ЭКО за счет средств бюджета Москвы, федерального бюджета, средств обязательного медицинского страхования. Отбор и обследование пациентов для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ осуществляются в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в т.ч. высокотехнологичной медицинской помощи, для большего охвата пациентов с диагнозом «бесплодие», тем самым осуществляя задачи государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья населения и профилактики бесплодия в браке. Для включения в реестр пациенткам необходимо обратиться в женскую консультацию.

После проведения обследования в женской консультации, установления диагноза «бесплодие», в т.ч. фактора бесплодия, а также необходимости проведения лечения бесплодия с применением ВРТ выписка из медицинской документации направляется врачом женской консультации председателю окружной подкомиссии административного округа по отбору пациенток для проведения лечения бесплодия с применением ВРТ, на территории которого находится государственное учреждение здравоохранения, к которому пациентка прикреплена для медицинского обслуживания. После принятия подкомиссией положительного решения сведения о пациентке вносятся в реестр (лист ожидания) пациенток, направляемых на проведение лечения бесплодия с применением ВРТ, заполняется направление на лечение бесплодия с применением ВРТ.

Направление пациенток на проведение процедуры ЭКО осуществляется в порядке очереди в соответствии с листами ожидания. В условиях депопуляции, характеризующей современное общество в России, профилактика и снижение репродуктивных потерь – важнейшие задачи государства.

Так, в Концепции демографической политики Российской Федерации до 2025 г., утвержденной Указом Президента Российской Федерации № 1351 от 09.10.2007, поставлена цель – снижение смертности, в т.ч. материнской и младенческой, не менее чем в 2 раза.

В связи со сложившейся экономической, экологической и социальной ситуацией в современном обществе сложилась установка на малодетную семью, в то время как для положительного прироста населения необходимо минимум три ребенка в семье, таким образом, на данный момент наблюдается отрицательный прирост населения.

Сохранение и восстановление репродуктивного здоровья становится важнейшей медицинской задачей государственного значения, решение которой определяет возможность воспроизводства вида и сохранение генофонда нации.

Эмпирический подход к лечению мужского бесплодия

Выступление с таким названием, представленное на XI Конгрессе «Мужское здоровье» М.Е. Чалым, профессором кафедры урологии и директором Центра инновационных образовательных программ «Медицина будущего» Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, было посвящено той важной роли в профилактике и эмпирической терапии мужской инфертильности, которую играют сегодня биологически активные комплексы, включающие минералы, мультивитамины, аминокислоты, антиоксиданты и другие активные компоненты.

– Бесплодный брак, – начал свое выступление М.Е. Чалый, – по определению ВОЗ считается таковым, когда отсутствует беременность в течение 12 месяцев при регулярной половой жизни. Доля мужского фактора в структуре бесплодия супружеских пар в развитых странах достигает 50%, и нет тенденции к снижению этого показателя. Частота бесплодия в браке в России, Австралии, Канаде и США примерно одинакова: 16%, 15, 17 и 15% соответственно. Но в странах ЕС она заметно ниже – в среднем 10%, а в Германии – 7%. Основными причинами мужского бесплодия являются варикоцеле (32%), инфекционные заболевания (22%), идиопатические формы (15%), иммунологические расстройства (15%), врожденные аномалии (8%).

Как пояснил докладчик, за последние 10 лет благодаря активному изучению мужской фертильности с 70 до 35% снизилась частота ее идиопатических форм, т.е. таких, где причина расстройства непонятна. Значительный вклад в профилактику указанного заболевания и его эмпирическую терапию вносят комбинированные биокомплексы, среди которых одним из наболее востребованных в России и других развитых странах является АндроДоз.

Затем Михаил Евгеньевич охарактеризовал биологически активные компоненты АндроДоза. Аргинин – одна из незаменимых аминокислот, способная конвертироваться в оксид азота, регулятор важнейших функций половых органов. Недостаток аргинина приводит к патозооспермии, аргинин стимулирует выработку гормона тестостерона, в комбинации с альфа-кетоглюкоратом повышает содержание оксида азота, выраженно влияя на эректильную функцию. L-карнитин – это вещество с витаминоподобными свойствами. Для нормального функционирования половой системы в секрете простаты должен содержаться L-карнитин в высоких концентрациях. Карнитин способствует созреванию сперматозоидов, его концентрация значительно ниже у бесплодных мужчин, чем у здоровых. Применение мужчинами с патозооспермией препаратов, содержащих коэнзим Q10, увеличивает число подвижных сперматозоидов. Микроэлемент селен, также включенный в биокомплекс АндроДоз, способствует профилактике бесплодия и рака простаты, защищает сперматогенез при разных интоксикациях. Глицирризиновая кислота, вещество из корня солодки, широко используется для лечения сбоев сексуальной функции, аденомы простаты, простатита, способствует разжижению эякулята. Присутствующий в составе АндроДоза цинк жизненно важен для мужской репродукции. При его недостатке понижается уровень тестостерона и развивается патозооспермия. Подтверждено благоприятное влияние цинка на созревание спермы, ведущее к повышению концентрации, подвижности и числа нормальных форм сперматозоидов. Витамины А, Е, дипептид карнозин, включенные в АндроДоз, столь же важны для репродуктивного здоровья, как и вышеперечисленные компоненты.

– Доказательством того, – сказал М.Е. Чалый, – что АндроДоз может быть использован для улучшения различных аспектов мужской фертильности, стало исследование, проведенное на базе 9 российских клиник. В исследовании участвовали 73 пациента, средний возраст составил 34 года, а средняя продолжительность инфертильного периода – 22 месяца. Целью данной работы стало определение возможности применения Андродоза для коррекции разных вариантов патоспермий, которыми страдали эти больные. Все они в течение 1,5 месяца принимали по 4 капсулы (410 мг) в сутки биокомплекса АндроДоз. Больные наблюдались в течение всего этого периода и затем еще 3 месяца. Итак, группы плацебо в нашем исследовании не было. Результаты, полученные на фоне применения АндроДоза, сравнивались с зафиксированными показателями до начала его использования. При обработке данных пациенты были разделены на 3 условных подгруппы: «все больные» (n=73), «с высоким уровнем антиспермальных антител (АСАТ)», т.е. более трудные для лечения бесплодия (n=41) и подгруппа «без АСАТ» (n=32).

Через 3 месяца после применения АндроДоза объем эякулята примерно одинаково вырос во всех трех группах. Однако среди остальных эффектов АндроДоза самое сильное действие наблюдалось в подгруппе «без АСАТ». А в подгруппах «с АСАТ» и «все больные» влияние было, как правило, менее выраженное, хотя и достоверное. В частности, вязкость спермоплазмы нормализовалась у 18 и 20% больных в подгруппах «все больные» и «без АСАТ», и у 16% из подгруппы «с АСАТ». Концентрация сперматозоидов через 3 месяца после применения АндроДоза нормализовалась у 48% и стольких же 48% в подгруппах «все больные» и «с АСАТ», и у 100% пациентов из подгруппы «без АСАТ». По показателям: увеличение числа пациентов с нормальной жизнеспособностью сперматозоидов; рост числа сперматозоидов с прогрессивным движением; снижение численности популяции патологических форм сперматозоидов наилучшие результаты после использования АндроДоза были также получены в подгруппе «без АСАТ». Как очень важный результат исследования профессор М.Е. Чалый обозначил выявленное достоверное снижение уровня АСАТ у пациентов в той подгруппе, где они были в принципе обнаружены («подгруппа с АСАТ»). Оценка эффективности терапии показала, что к последнему 6-му визиту через 3 месяца после окончания применения АндроДоза хороший и выраженный эффекты наблюдались у 87,6% пациентов. Ни одной побочной реакции выявлено не было.

– Таким образом, – сказал в заключение своего выступления Михаил Евгеньевич, – курсовое применение АндроДоза при различных вариантах патоспермии у мужчин оказывает ряд положительных эффектов, за счет которых статистически значимо улучшается количественный состав эякулята у пациентов с патоспермией. Это заслуживает положительной оценки терапии. С высокой степенью достоверности полученных результатов АндроДоз показал себя эффективным и безопасным средством коррекции инфертильности и патоспермий различных типов как с наличием иммунологического фактора инфертильности, так и без него. В ходе данного исследования было получено 8 беременностей у партнерш пациентов, 7 из которых были прослежены до срока 5 месяцев и развивались благополучно. АндроДоз может быть рекомендован к использованию в качестве средства первой линии эмпирической терапии при идиопатической патоспермии, в т.ч. тератозооспермиии. По своему составу он достаточно универсален для того, чтобы максимально широко воздействовать на поврежденные звенья сперматогенеза.

Материал подготовил А.Л. Орлов

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Новый генерик силденафила в терапии эректильных дисфункций

В рамках XI конгресса «Мужское здоровье», прошедшего 27–29 апреля 2015 г. в Сочи, состоялся симпозиум ЗАО «Фармацевтический завод ЭГИС» (Венгрия) «Терапия эректильных дисфункций в различных клинических ситуациях. Новый препарат Эрексезил и его место в практике уролога». Симпозиум собрал ведущих специалистов в области урологии и андрологии, занимающихся проблемой эректильной дисфункции.

Симпозиум, посвященный проблеме нарушений эректильной функции в различных клинических ситуациях, открыл Евгений Александрович Ефремов – д.м.н., заведующий отделом андрологии и репродукции человека НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина. Его выступление было посвящено стратегическим аспектам фармакотерапии эректильной дисфункции (ЭД).

По данным исследования Д.Ю. Пушкаря 2010 г., 90% мужчин в возрасте 60 лет имеют ЭД. Причиной этого нарушения могут быть совершенно различные заболевания – хроническая почечная недостаточность, аденома, рак предстательной железы, хронический простатит, хроническая обструктивная болезнь легких и многие другие. «Каждые 5 лет у мужчин с ЭД риск инфарктов или инсультов повышается на 11%, т.е. мы наблюдаем катастрофическое повышение линии тренда на диаграммах», – обратил внимание участников симпозиума Е.А. Ефремов.

Результаты исследования P. Montorsi и соавт. (2005) свидетельствуют о взаимосвязи атеросклероза и ЭД, клинические проявления которого могут служить предиктором или первым симптомом заболевания у мужчин. При поражении сосудистой стенки атеросклерозом калибр сосуда имеет решающее значение – поражение кавернозных артерий происходит раньше, чем коронарных или каротидных вследствие малого диаметра. Таким образом, речь может идти о непродолжительном периоде времени (около 8–12 лет), чтобы совершить стратегические шаги по возможной компенсации. Нарушение функции эндотелия сосудов можно рассматривать как синоним ЭД, особо подчеркнул докладчик.

Каковы ожидания пациентов от терапии ЭД? Это – эффективность в любое время, безопасность, возможность сочетания с другими лекарственными препаратами, быстрота действия, разумная стоимость. На сегодняшний день первой линией фармакотерапии ЭД являются ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (ИФДЭ-5), среди которых выделяют четыре препарата. Евгений Александрович остановился на ИФДЭ-5, имеющего самую весомую доказательною базу и длительный опыт

Е. А. Ефремов

клинического использования – силденафиле, появление которого можно расценить как революцию в лечении ЭД. Показания к его использованию расширяются с каждым годом. «Силденафил можно использовать для профилактики любой эндотелиальной дисфункции», – отметил Е.А. Ефремов.

Данные Ассоциации сексуальной медицины Северной Америки показали, что применение α-адреноблокаторов и ИФДЭ-5 значительно снижало баллы IPSS (International Prostate Symptom Score – Международной системы суммарной оценки заболеваний предстательной железы). Этот факт доказывает, что не только улучшается сексуальная функция, но и снижаются проявления симптомов нижних мочевых путей (СНМП),о чем судили по снижению ирритативных и обструктивных симптомов, обусловленных доброкачественной гиперплазией.

В настоящий момент наблюдается расширение показаний к клиническому применению силденафила в мире, о чем свидетельствует государственная программа по применению препарата у детей с кавернозными гемангиомами в области лица и шеи, которые в течение года профилактически принимают препарат для улучшения функции венозной сосудистой стенки. «Это еще одно доказательство того, что препарат силденафил расширяет свои показания с каждым годом, происходит переосмысление патогенетической значимости препарата», – отметил докладчик.

На сегодняшний день существует другая проблема, связанная с фармакотерапией нарушений эректильной функции – большое количество генериков силденафила. Как выбрать эквивалентный оригиналу препарат в адекватном ценовом сегменте? Эрексезил – генерик силденафила европейского производства, соответствующий критериям качества GMP (Good Manufacturing Practice), с доказанной биоэквивалентностью оригинальному препарату, но при этом занимающий более низкий ценовой сегмент.

Особое внимание докладчик призвал обратить на пациентов с гипогонадизмом, сахарным диабетом, артериальной гипертензией и дислипидемией в случае отсутствия эффекта от применения ИФДЭ-5. Такие клинические ситуации требуют направления на консультацию к профильному специалисту. Компенсация сопутствующих заболеваний приводит к лучшей эффективности терапии ЭД.

Стратегия фармакотерапии ЭД заключается в плановом, длительном, регулярном режиме ее лечения в сочетании с коррекцией заболеваний, провоцирующих усугубление эректильных расстройств.

Важнейшей проблеме сексуальной реабилитации пациентов после операции на тазовых органах был посвящен доклад Алексея Викторовича Живова, к.м.н., доцента кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

А. В. Живов

Частота наступления ЭД после проведения радикальной простатэктомии (РПЭ) остается весьма высокой. По данным J.P. Mulhall и соавт. (2014), анализ 22 эпидемиологических исследований, проведенных в течение 8 лет, свидетельствует о выявлении дисфункции в 25–78% случаев даже после проведения нервосохраняющих операций. Исходя из полученных данных, риск нарушений функций будет отмечаться у каждого второго пациента после РПЭ. «Почему мы вообще говорим о сексуальной реабилитации после операции на тазовых органах? Потому что таких пациентов очень много», – подчеркнул А.В. Живов.

– На частоту нарушений эректильной функции влияет техника выполнения оперативных вмешательств, лучевая терапия, проводимая после оперативных вмешательств при выявлении онкологического процесса, – отметил докладчик.

Данные мета-анализа J.P. Mulhall и соавт. (2014) свидетельствуют о восстановлении эректильной функции после нервосохраняющей РПЭ в 33–60% случаев в течение первого года после выполнения операции и в 56–60% случаев в течение 18 месяцев. «Шансы восстановления функции достаточно высокие», – подвел итог А.В. Живов.

При травмах таза нарушение эрекции в большей степени связано с повреждающим действием самой травмы, а не последующего хирургического лечения и может достигать в среднем 70%. Особенность пациентов этой группы – позднее обращение к врачу после лечения основного заболевания и реабилитации с уже сформировавшимся кавернозным фиброзом.

Почему необходимо добиваться быстрого восстановления эректильной функции? Низкое парциальное давление кислорода в кавернозных телах при отсутствии эрекции запускает активацию факторов секреции коллагена, что в итоге приводит к развитию кавернозного фиброза.

Пенильная реабилитация – совокупность мероприятий по восстановлению эрекции у пациента, цель которой – профилактика кавернозного фиброза. Проведение пенильной реабилитации показано пациентам после радикальной тазовой хирургии, лучевой терапии, травм таза и пациентам с сахарным диабетом, по реко-

мендации Международного Консенсуса по сексуальной медицине 2009 г.

Важнейший этап пенильной реабилитации после операций и травм тазовых органов – применение ИФДЭ-5 и, в частности силденафила. По данным плацебо-контролируемого рандомизированного исследования H. Padma-Nathan и соавт. (2008), положительный эффект при ежедневном применении силденафила в течение 9 месяцев отмечен у 27% пациентов по сравнению с 4% в группе плацебо.

Какие ИФДЭ-5 лучше использовать для пенильной реабилитации пациентов? В исследовании H.A. Gofrani и соавт. (2004) изучали влияние различных ИФДЭ-5 на оксигенацию эндотелия у больных легочной гипертензией. Значимое уменьшение индекса пульмонарной резистентности было достигнуто при применении силденафила и тадалафила, в то время как существенное улучшение артериальной оксигенации легочной ткани отмечено при применении силденефила.

– Силденафил хорошо подходит для целей пенильной реабилитации при ежедневном применении в средней дозе 50 мг и может сочетаться с дополнительным приемом 50 мг непосредственно перед половым актом, – подчеркнул А.В. Живов.

Пенильную реабилитацию следует начинать в наиболее ранние сроки – сразу после удаления уретрального катетера после проведения РПЭ. Проведение пенильной реабилитации требует ежедневного приема препаратов ИДФЭ-5 в течение длительного времени, что затрагивает немаловажную экономическую

Д.А. Охоботов

составляющую и финансовые возможности пациента. Для достижения конечной клинической цели – улучшения и восстановления эректильной функции в непростое с экономической точки зрения время, чаще рекомендуют применять генерические препараты ИФДЭ-5 и, в частности Эрексезил. Лекарственный препарат на основе молекулы силденафила – Эрексезил, выпускается европейской фармкомпанией ЭГИС в дозировке 50 и 100 мг и полностью соответствует европейским стандартам качества.

С заключительным докладом выступил Дмитрий Александрович Охоботов, к.м.н., доцент кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, который остановился на патогенезе, факторах, влияющих на развитие ЭД, выявление, терапию и профилактику ЭД.

Докладчик остановился на частоте встречаемости нарушений эректильной функции у мужчин с сопутствующими заболеваниями – феномен коморбидности. По данным Е.А. Ефремова (2010), частота нарушений эректильной функции наблюдается при различных неврологических заболеваниях, при этом частота выявленных нарушений при болезни Паркинсона, гипоталамо-гипофизарных нарушениях, рассеянном склерозе может варьироваться в пределах 60–80%., а в случае диабетической полиневропатии может достигать 100%.

Важно отметить влияние терапии сопутствующих заболеваний, которое может вносить дополнительный вклад в поддержание дисфункции – кардиоваскулярные, психотропные препараты, нестероидные противовоспалительные средства, средства для снижения массы тела и т.д.

Докладчик остановился на важных молекулярных механизмах регуляции эректильной функции и влияния на нее оксида азота, циклического гуанозинмонофосфата (цАМФ), механизмах взаимного влияния цАМФ и фермента фосфодиэстеразы 5-го типа, объясняющих в т.ч. фармакологическое действие лекарственных препаратов 1-й линии терапии эректильных нарушений – ИФДЭ-5.

Дмитрий Александрович обратил внимание на важность синергизма комбинации препаратов ИФДЭ-5 и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) при сочетании ЭД и преждевременной эякуляции, ссылаясь на данные Д.В. Щербакова (2011). Частота восстановления нарушенных функций при проведении комплексной терапии достигала 88,9%, в то время как при использовании монотерапии ИФДЭ-5 или СИОЗС – 58,2 и 36,8% соответственно.

На российском рынке в настоящий момент зарегистрировано более 12 генериков силденафила различного качества. Фармакокинетические параметры Эрексезила полностью эквивалентны таковым оригинального препарата силденафил. Важно учитывать фармакокинетические особенности Эрексизила (силденефила) при сочетании с некоторыми продуктами питания.

Вопрос выбора препарата для длительной терапии ЭД должен в равной степени удовлетворять принципам эффективности, безопасности, качества, предсказуемости результата. Учитывая аспекты материального достатка, важным является доступность недорогой и качественной терапии ЭД. Этим характеристикам в полной мере соответствует лекарственный препарат Эрексезил (силденафил), как отметил Д.А. Охоботов.

В заключение доклада Дмитрий Александрович обратил внимание присутствующих на важный компонент успешной фармакотерапии – качество препарата, включающее качество входящих в состав компонентов и, прежде всего, действующего вещества силденафил.

Материал подготовила Е.В. Воронина

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Продолжая опыт предыдущих поколений

О том, как сегодня развивается урологическая служба Воронежской области, как на основе уже почти двухвековых плодотворных традиций обучения врачей, заложенных еще в старинном Юрьевском университете, готовят специалистов-урологов для региона, рассказал заведующий кафедрой урологии ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор А.В. КУЗЬМЕНКО

Заведующий кафедрой А.В. Кузьменко, д.м.н., профессор

-Андрей Владимирович, какова история развития урологии в Воронежской области?

- В 1918 г. в Воронеж был переведен Юрьевский университет с медицинским факультетом из города Тарту. Позднее, в 1930 г. факультет был преобразован в самостоятельный мединститут.

В декабре 1925 г. кафедру факультетской хирургии возглавил профессор А.В. Смирнов,ученик С.П. Федорова. Александр Васильевич руководил кафедрой в течение 7 лет до 1933 г. По существу, он стал основоположником развития урологии в Воронеже – им было организовано урологическое отделение, проведены глубокие исследования по изучению в эксперименте и в клинике камнеобразования в почках и мочевых путях, проведена оценка и оптимизация различных методов хирургического лечения больных этой патологией, внедрены в практику современные методы диагностики.

Преподавание урологии традиционно велось на кафедре факультетской хирургии. В 1957 г. была восстановлена 2-я больница, и в ее стенах разместилась клиника факультетской хирургии под руководством профессора А.И. Сержанина, в дальнейшем заслуженного деятеля науки РСФСР. В этот период в Воронеже были открыты фтизиоурологическое отделение на базе областного противотуберкулезного диспансера, урологическое отделение в больнице ЮВЖД. В 1960-е гг. значительно расширилась клиника детской хирургии на базе 6-й клинической больницы. Под руководством профессора А.А. Русановой были сделаны первые серьезные шаги в освоении и развитии детской урологии в Воронеже. В 1970 г. из состава кафедры факультетской хирургии выделился курс урологии, который возглавлял д.м.н. Игнатий Карпович Еремин, а после его ухода курс принял д.м.н. А.Ф. Ревунов.

Основными научными разработками до середины 1990-х гг. были: улучшение результатов лечения травм мочевых путей, усовершенствование оперативных доступов при операциях на почках, оптимизация лечения пациентов с острыми гнойными процессами в мочевых путях и почках и др.

Воронежская областная клиническая больница №1 (БУЗ ВО ВОКБ №1)

В настоящее время на кафедре ведутся научные исследования в трех основных направлениях. Это лечение воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы с применением фототерапии и хронотерапии; гипобарическая гипероксигенация в лечении воспалительных заболеваний почек, а также изучение новых способов диагностики и лечения мочекаменной болезни (МКБ).

С 1999 до 2003 г. курсом урологии руководил д.м.н. В.В. Кузьменко – председатель Воронежского общества урологов, основатель отделения дистанционной литотрипсии в Воронеже. Первого сентября 2003 г. из курса урологии была организована кафедра урологии, а в 2009 г. на кафедре организован факультет ИПМО.

В 2011 г. кафедра была реорганизована в кафедру урологии и андрологии ИДПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко, а с 2013 г. вновь реорганизована в кафедру урологии, которой я заведую. На кафедре проходят обучение студенты 4–5 курсов, а также ординаторы и аспиранты. Ведется активная научная и лечебная работа, осваиваются и внедряются новые методы лечения. В настоящее время, кафедра урологии, переняв богатый опыт предыдущих поколений, продолжает осуществлять свою деятельность в лучших традициях Воронежской школы урологии.

«...»

Кафедра, переняв богатый опыт предыдущих поколений, продолжает осуществлять свою деятельность в лучших традициях Воронежской школы урологии

-Назовите, пожалуйста, приоритетные направления в урологии в вашем регионе?

- Воронежская область эндемична по МКБ. В связи с этим наибольшее внимание уделяется вопросам малоинвазивного лечения (перкутанная нефролитолапаксия, контактная уретеролитотрипсия, дистанционная литотрипсия), профилактике МКБ на амбулаторном и стационарном этапах лечения. В последние годы также активное развитие получило онкоурологическое направление, в частности особое внимание уделяется скринингу и ранней диагностике рака предстательной железы.

Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №10 (БУЗ ВО «ВГКБСМП №10»)

МУЗ Новохоперская центральная районная больница

-Каким образом организована работа амбулаторной и стационарной урологической службы в регионе?

- Несмотря на то что общая организационная структура оказания медицинской помощи такая же как и в других регионах, мы активно проводим и прививаем нашим врачам- урологам,особенно молодым, идеи преемственности и взаимодействия между амбулаторным и стационарным звеньями. На наш взгляд, это является ключевым фактором, необходимым для оказания эффективной и квалифицированной помощи пациентам на всех уровнях. Особенно большое значение имеет непосредственное общение врачей амбулаторного и стационарного звеньев и возможность обсуждать общие проблемы на таких мероприятиях как, например заседания Воронежского общества урологов.

Практическая лечебная работа невозможна без теоретической базы. В современных условиях постоянного развития науки и техники каждому врачу просто необходимо регулярно актуализировать свои знания и быть в курсе новшеств, появляющихся в медицине. В этом основным подспорьем для нас являются рекомендации Российского общества урологов, гайдлайны Европейской и Американской ассоциаций урологов, которые представляют опыт ведущих исследователей всего мира. С нашей стороны, мы, как сотрудники кафедры, стараемся всегда оказывать максимальную помощь, в т.ч. и организационно-методическую, врачам нашего региона, причем не только врачам-урологам.

-Как Вы относитесь к проведению крупных международных конгрессов, примером которых является конгресс «Мужское здоровье»?

-Мероприятия такого высокого уровня, особенно с международным участием, имеют колоссальное значение для развития урологии как науки. Они позволяют ученым из разных стран, регионов расширить границы своего общения, обменяться информацией, уточнить детали, которые невозможно уместить в печатных работах, а в некоторых случаях даже объединить усилия для решения той или иной проблемы. Именно обсуждение актуальных вопросов медицинского и организационного характера со специалистами, которые обладают другим, отличным от нашего собственного, опытом, позволяют добраться до истинной сути проблемы и выработать алгоритм ее решения, и в этом, безусловно, значение таких мероприятий, как конгресс «Мужское здоровье», невозможно переоценить. Я очень рад, что удалось посетить конгресс «Мужское здоровье». Мероприятие организованно на высоком уровне, очень представительное, собрались многие ведущие урологи нашей страны, было много ярких выступлений. На мой взгляд, подобные мероприятия должны проводиться чаще. И я, и все сотрудники нашей кафедры с удовольствием готовы их регулярно посещать и представлять результаты наших исследований.

-Андрей Владимирович, как Вам удается поддерживать и сохранять ваше мужское здоровье?

-В первую очередь, конечно,это активный образ жизни и правильное питание. Да, подавляющую часть времени занимает работа, и характер ее малоподвижный, но нельзя забывать и о своем здоровье. Каждое воскресенье я посещаю бассейн, трижды в неделю занимаюсь пилатесом и йогой и, конечно же, ежедневные прогулки вечером перед сном. Более того, все сотрудники нашей кафедры придерживаются активного образа жизни, т.к. это залог здоровья, а оно лежит в основе продуктивного рабочего процесса.

Применение оперативных методов лечения (зав. кафедрой, д.м.н. А.В. Кузьменко, асс. кафедры Т.А. Гяургиев)

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО УРОЛОГОВ

XV КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

18–20 сентября 2015, Санкт-Петербург
Конгрессно-выставочный центр «Экспофорум»

www.congress-rou.ru

16+ реклама

С УЧАСТИЕМ ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ УРОЛОГОВ eau

В нынешнем году конгресс станет по-настоящему международным событием!

Конгресс проводится с расширенным участием EAU

В работе конгресса планирует участвовать свыше 1300 специалистов из России и стран СНГ. Более 100 ведущих урологов Европы посетят Конгресс

50% пленарных докладов читаются зарубежными специалистами

Площадь выставки – более 1500 м², на которой продемонстрируют свою продукцию свыше 70 компаний

По всем вопросам, касающимся участия в конференции делегатов (регистрация, оплата участия, участие в гала-ужине, общая информация) и юридических лиц (спонсорство и выставка), обращайтесь в компанию «СТО Конгресс».

Папета Артем
105613, г. Москва,
Измайловское шоссе 71, стр 8
Тел.: +7 (495) 646 01 55
Факс: +7 (495) 960 21 91
www.ctocongress.ru

Мероприятие входит в план научно-практических мероприятий Министерства здравоохранения Российской Федерации на 2015 год

Организаторы

Коррекция преждевременной эякуляции у пациентов с хроническим простатитом

В работе X Юбилейного конгресса Профессиональной Ассоциации андрологов России, прошедшего в Сочи в 27–31 мая 2015 г., приняли участие ведущие специалисты области. В рамках заседания Лиги специалистов мужской репродукции с докладом «Коррекция преждевременной эякуляции у пациентов с хроническим простатитом» выступил Максим Николаевич Коршунов, доцент кафедры клинической андрологии РУДН, к.м.н., врач высшей категории, член Европейской ассоциации урологов.

Зигмунд Фрейд совершенно справедливо заметил, что мы никогда не бываем столь беззащитны, как тогда, когда любим, и никогда так безнадежно несчастны, как тогда, когда теряем объект любви или его любовь. На мой взгляд, данная фраза довольно точно определяет приоритеты наших пациентов, которые обращаются по поводу сексуальной дисфункции, и мы должны выбирать оптимальные методы терапии, позволяющие улучшить качество их жизни.

На сегодняшний день существует несколько определений преждевременной эякуляции. На данный момент мы выбрали определение, согласно классификации МКБ (Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 2008). Преждевременная эякуляция – это вид сексуальной дисфункции, характеризующаяся либо постоянными, либо периодическими неконтролируемыми семяизвержениями в течение минуты от начала полового акта. Это приводит к разочарованию и половой фрустрации.

На сегодняшний день нет четких критериев, которые определяют эпидемиологию данной проблемы, потому что зачастую мужчины стесняются говорить о наличии трудностей в данной сфере как в семье, так и со специалистом. Поэтому средний процент тех, кто столкнулся с данным видом расстройства, имеет значительный разброс – от 4 до 39%, по разным данным. Интересны результаты Глобального исследования сексуальных отношений и поведения (GSSAB), проведенного в 29 странах, охватившего 27 900 мужчин и женщин в возрасте от 40 до 80 лет. Авторы сделали вывод, согласно которому частота распространенности преждевременной эякуляции во всем мире варьируется от 12,4 до 30,5%. Средний процент встречаемости данной проблемы среди пациентов разных возрастных групп составляет 23–25%, что не всегда коррелирует с возрастом.

Преждевременная эякуляция – это полиэтиологичная проблема. В структуре этиологических причин наиболее часто она встречается среди мужчин с хроническим простатитом и эректильной дисфункцией. Появление вторичной преждевременной эякуляции – один из первых признаков хронического воспалительного процесса предстательной железы и один из наиболее распространенных видов дисфункции при хроническом простатите. Показано, что значительная часть пациентов с преждевременной эякуляцией (около 56%) имеют хронический простатит.

Процесс эякуляции довольно сложный, включает афферентные и эфферентные пути иннервации, медиаторный обмен. Воспалительный процесс может вызывать раздражение семенного бугорка, что приводит к усилению центростремительной импульсации в спинальные половые центры. На кафедре клинической андрологии РУДН, возглавляемой д.м.н. Игорем Владимировичем Виноградовым, проведено плацебо-контролируемое рандомизированное исследование, охватившее 32 пациента в возрасте от 37 до 48 лет с диагнозом «хронический бактериальный простатит» и жалобами на преждевременную эякуляцию. Средняя продолжительность полового акта у испытуемых составляла менее 1 минуты. При этом в исследование не вошли пациенты с психоэмоциональными расстройствами, заболеваниями головки полового члена, а также пациенты с жалобами на эректильную дисфункцию. Изначально все пациенты получали этиотропную терапию, т.е. был пролечен хронический простатит в стадии обострения, и при этом у рассматриваемой части мужчин сохранились жалобы на ускоренное семяизвержение. Первой группе пациентов был назначен НейроДоз, и здесь средняя продолжительность интрвагинальной латенции составила до лечения 40, после – 180 секунд. Во второй группе улучшения оказались незначительными – с 38 до 40 секунд. Интересно, что у троих пациентов, получавших плацебо, также были отмечены хорошие результаты. Что касается побочных эффектов, то в двух случаях имели место диспепсические расстройства, в одном случае – тошнота. Однако данные проявления имели легкую форму и не потребовали коррекции назначений.

НейроДоз – это многокомпонентный биокомплекс. Интерпретировать хорошие результаты от его применения можно за счет входящих в состав компонентов. Совместная комбинация прекурсоров серотонина, таких как фенилаланин, триптофан, глутамин, витамин B_6, магний приводят к коррекции уровня серотонина. Например, триптофан является одной из 10 основных аминокислот, которые организм использует для синтеза жизненно необходимых белков. Триптофан является прекурсором серотонина – нейромедиатора, называемого «гормоном счастья». Благодаря своей способности повышать уровень серотонина, триптофан сегодня используется при необходимости регуляции таких состояний, как бессонница, повышенная тревога и т.д. Аминокислота L-тирозин, входящая в состав НейроДоза, является непосредственным участником выработки дофамина и имеет также ряд полезных свойств – способствует поддержанию физической и умственной активности, а также чувства благополучия. Физиологические эффекты витамина B_6 в организме хорошо известны, он участвует в регуляция белкового обмена, обмена железа, регулирует возбудимость центральной нервной системы. Кроме этого витамины группы В связаны с выработкой тестостерона и поддержанием процесса спермогенеза, то же самое можно сказать и о магнии. Тщательно подобранные компоненты комплекса НейроДоз улучшают сексуальную функцию в целом, улучшают общее самочувствие (помогают снизить уровень тревожности и депрессии) и повышают яркость оргастических ощущений. Сбалансированное комбинированное средство НейроДоз продемонстрировало хорошую переносимость и положительный эффект при необходимости регуляции преждевременной эякуляции.

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Послеоперационные поражения органов желудочно-кишечного тракта и урологические заболевания

С.К. ЯРОВОЙ, д.м.н., ведущий научный сотрудник НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина – филиала ФГБУ «ФМИЦ им.П.А. Герцена» Минздрава России

О.А. МИСЯКОВА, врач-уролог, ГБУЗ ГКБ №57

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – одно из наиболее распространенных заболеваний человека. Распространенность язвенной болезни среди взрослого населения составляет в разных странах от 5 до 15% и имеет тенденцию к росту [1]. Изучение патогенеза заболевания и совершенствование лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является приоритетной задачей современной гастроэнтерологии и абдоминальной хирургии [2, 3].

Все это, на первый взгляд, имеет весьма отдаленное отношение к урологии. Тем не менее современное состояние стационарной урологической помощи все чаще заставляет задуматься о необходимости упорядочения профилактического назначения противоязвенных препаратов, о разработке особых протоколов ведения больных, страдающих сочетанной урологической и гастроэнтерологической патологией.

Тот факт, что обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки связаны со стрессами было известно еще клиницистам XIX века. В те годы лечение этих обострений в основном сводилось к диетическим ограничениям и приему антацидов. С учетом недостаточной эффективности фармакотерапии особое внимание уделялось охранительному режиму, то есть исключению не только стрессов, но и вообще сколько-нибудь существенных нагрузок. «Язва лечится теплом постели» – эта формулировка очень четко отражает представления того времени о важности стрессового компонента в патогенезе данного заболевания.

По современным представлениям обострение язвенной болезни, неосложненное кровотечением или перфорацией, уже не является показанием к строгому постельному режиму, однако стресс по-прежнему считается едва ли не ведущим этиологическим фактором данной нозологии [3].

Оперативное вмешательство любого объема является сильным стрессом, который создает предпосылки для формирования эрозий и язв верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Особенно неблагоприятно сочетание значительной операционной травмы и кровопотери, а также системных расстройств гемодинамики. В данной ситуации наряду с обострением предсуществующей язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки нередко наблюдается развитие язв и эрозий у лиц с ранее условно здоровым ЖКТ. В условиях нарушенной гемодинамики и гемокоагуляции дефекты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки демонстрируют склонность к быстрому распространению как по периметру, так и вглубь стенки органа, что закономерно сопровождается высоким риском желудочно-кишечных кровотечений [3, 4]. Ситуация усугубляется применением в послеоперационном периоде высоких доз ненаркотических анальгетиков, имеющих доказанную собственную гастротоксичность [5].

Проблема стрессовых язв желудка и двенадцатиперстной кишки в урологии долгое время не была первостепенной. Пациенты, страдающие язвенной болезнью, получали урологическую помощь на фоне ранее назначенной им терапии, а стрессовые язвы были редки, главным образом, из-за преобладания оперативных вмешательств небольшого объема. Однако с развитием оперативной техники, появлением новых высокотехнологичных методов лечения, актуальность вышеупомянутой проблемы стала расти. В этих условиях, несмотря на то что современная нормативная документация, регламентирующая оказание урологической помощи, не обязывает назначать противоязвенные препараты в до- и послеоперационном периодах [6], все ведущие урологические клиники стали усиленно разрабатывать внутренние протоколы противоязвенной профилактики. В результате на сегодняшний день противоязвенная профилактика проводится практически во всех ЛПУ, выполняющих значительные по объему операции по поводу мочекаменной болезни (МКБ), аномалий развития и новообразований органов мочеполовой системы, а также реконструктивные вмешательства с применением сегментов кишечника. Однако качество имеющихся протоколов зачастую неудовлетворительно, нередки ситуации, когда противоязвенная профилактика принимает гротескные и уродливые формы, сопровождаясь полипрагмазией и необоснованными диагностическими вмешательствами.

В среднем в год выполнялось 285 эзофагогастродуоденоскопий (ЭФГДС), что составляло 3,8 % от общего числа пролеченных больных в течение года (в среднем 7500 человек). Динамика относительного числа пациентов, перенесших ЭФГДС, отражена на рис. 1. Показаниями к проведению ЭФГДС служили клиника обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, острой стрессовой язвы или эрозии, желудочно-кишечное кровотечение, а также указания пациента на наличие язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки при подготовке к плановому оперативному лечению.

На рис. 2 представлено распределение частот встречаемости различных заболеваний органов ЖКТ у урологических больных по результатам проведенных ЭФГДС. Обострение

> «...»
>
> ***Распространенность язвенной болезни человека среди взрослого населения составляет в разных странах от 5 до 15% и имеет тенденцию к росту***

Рис. 1. Годовой процент урологических больных, перенесших эзофагогастродуоденоскопию (ГКУБ№47, 2004–2010 гг.)

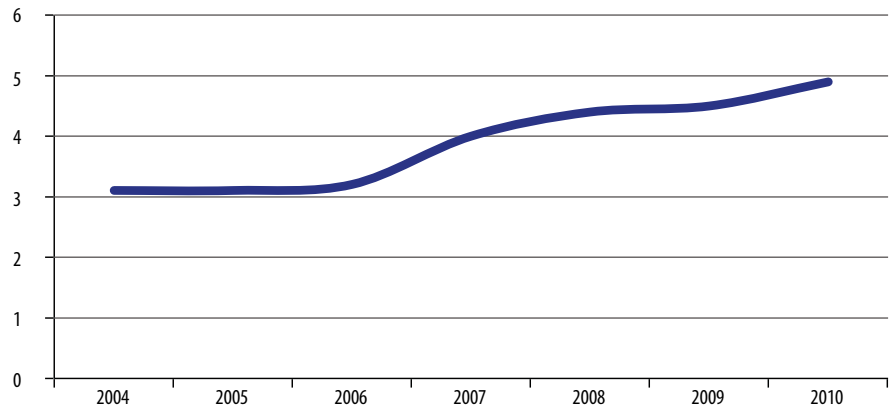
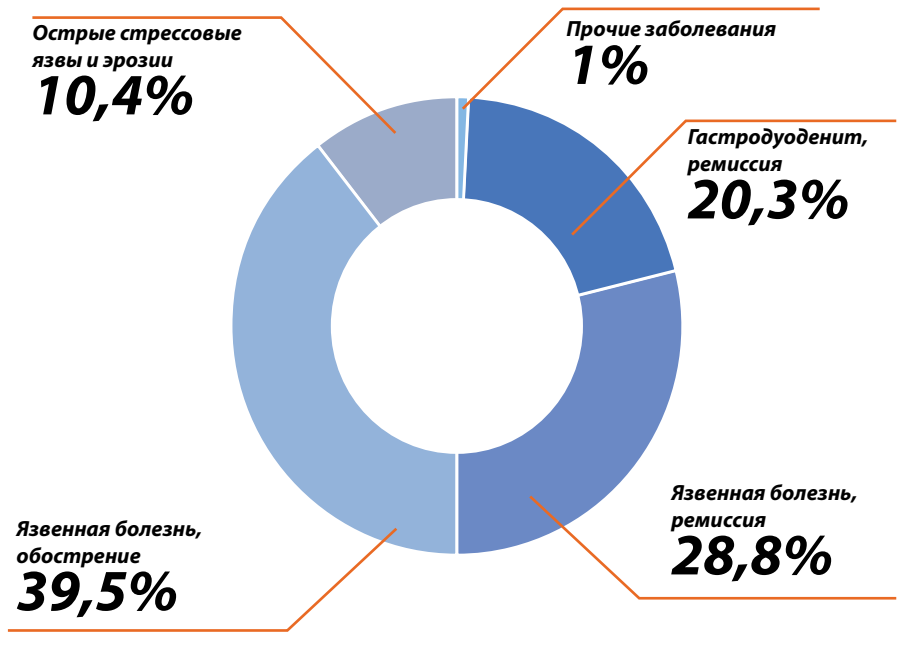


Рис. 2. Результаты эзофагогастродуоденоскопии (n=1960, ГКУБ№47, 2004–2010 гг.)



язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки было выявлено у 39,5% обследованных, острые стрессовые язвы и эрозии (без предшествующего язвенного анамнеза) – у 10,4% больных. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, а также хронический гастродуоденит в стадии ремиссии отмечены соответственно у 28,8 и 20,3% пациентов. Прочие заболевания органов ЖКТ встречались единично – среди них впервые выявленные новообразования желудка и пищевода (0,2%) и синдром Мэллори–Вейса (0,8%). Таким образом, острая и неотложная патология желудка, пищевода и двенадцатиперстной кишки выявлялась практически с той же частотой, что и хроническая (50,7 и 49,3% соответственно).

Пожилым пациентам с множественной патологией выполнять ЭФГДС необходимо только после предварительного заключения терапевта/кардиолога о возможности оперативного вмешательства.

Возникновение язвенных осложнений при урологических заболеваниях отражено на рис. 3. Наиболее часто открытые язвы и эрозии обнаруживались на фоне аденомы (доброкачественной гиперплазии) предстательной железы (21,1%), нефролитиаза, осложненного обострением хронического обструктивного пиелонефрита (23,9%), а также при новообразованиях почки (19,5%), несколько реже – при раке простаты (15,3%) и новообразованиях мочевого пузыря (14,6%). Всего на долю пяти вышеперечисленных клинических ситуаций приходится 94,4% язвенных осложнений. При других урологических нозологиях (острый необструктивный пиелонефрит, различные виды простатита, орхита, эпидидимита и т.д.) язвенные осложнения встречаются достаточно редко.

Ситуации, когда язвенные дефекты развиваются у урологического больного без связи с оперативным вмешательством, наблюдаются нечасто, обычно на фоне крайне тяжелого, жизнеугрожающего течения основного заболевания. Типичным примером такой ситуации является бактериотоксический шок при инфекционно-воспалительных заболеваниях органов мочеполовой системы. В большинстве обострения язвенной болезни, а также острые стрессовые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки осложняют не течение заболеваний органов мочеполовой системы, а оперативные вмешательства на этих органах.

Поэтому для оценки настоящего состояния этого аспекта урологической помощи целесообразно воспользоваться другим распределением, при котором частота возникновения язвенных осложнений привязывается не к диагнозу, а к выполненному оперативному вмешательству (рис. 4): 41% зарегистрированных язвенных осложнений развиваются на фоне сравнительно малоинвазивных эндоскопических вмешательств на уретре, простате и мочевом пузыре, 21% – при проведении радикальной простатэктомии; 14% – при органосохраняющих операциях по поводу МКБ, стриктур мочеточника и лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС), 13% – нефрэктомии и резекции почки, 6% – при открытых вмешательствах на простате и уретре; 4% – при цистэктомии и различных видах кишечной пластики мочевого пузыря. Оставшийся 1% язвенных осложнений приходится на андрологические вмешательства (таблица).

Таблица. Распределение язвенных осложнений в зависимости от вида проведенного оперативного вмешательства

Вид операции	Число операций	Число язвенных осложнений	Распределение язвенных осложнений, %
ТУР простаты, уретры, мочевого пузыря по неонкологическим показаниям	2362	231	26,4
ТУР простаты, уретры, мочевого пузыря по онкологическим показаниям	1006	137	15,6
Открытые операции на простате и уретре	535	55	6,3
Нефрэктомия, резекция почки по неонкологическим показаниям	274	42	4,8
Нефрэктомия, резекция почки по онкологическим показаниям	401	73	8,3
Радикальная простатэктомия	337	181	20,7
Открытые органосохраняющие вмешательства по поводу МКБ, стриктур ЛМС	708	93	10,6
Эндоскопические органосохраняющие вмешательства по поводу МКБ, стриктур ЛМС	1322	25	2,9
Цистэктомия с деривацией мочи любым методом, а также расширяющая кишечная пластика мочевого пузыря	57	35	3,9
Операции на органах мошонки и половом члене	1344	5	0,6

МКБ – мочекаменная болезнь
ЛМС – лоханочно-мочеточниковый сегмент почки
ТУР – трансуретральная резекция

Рис. 3. Распределение случаев обострения язвенной болезни и острых стрессовых язв/эрозий по урологическим нозологиям

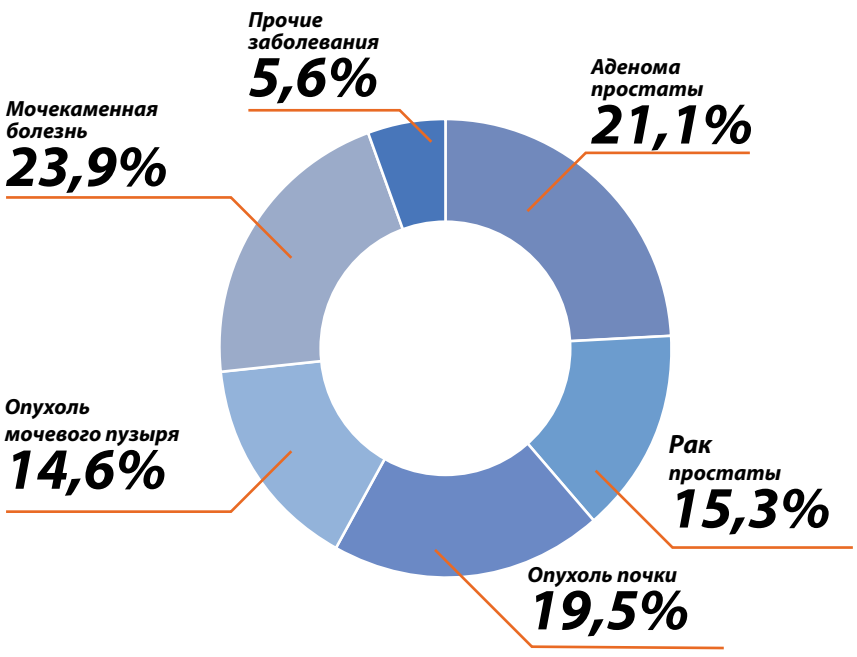


Рис. 4. Распределение случаев обострения язвенной болезни и острых стрессовых язв/эрозий по урологическим операциям

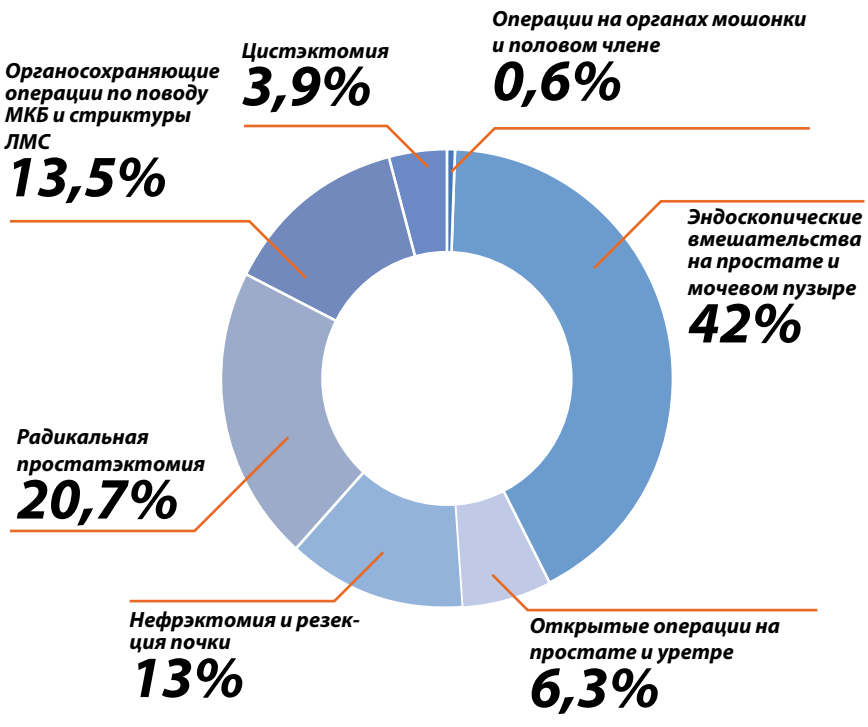
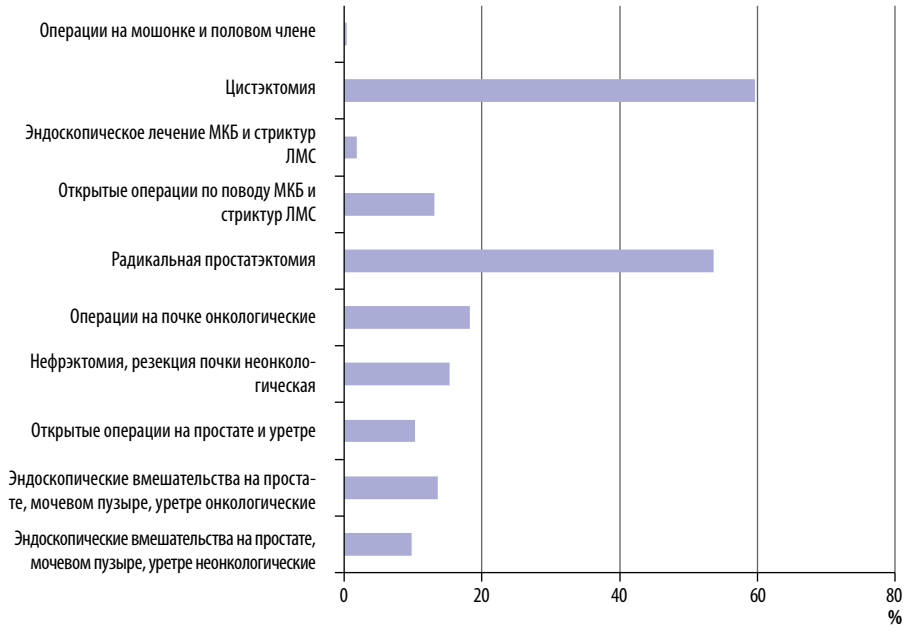


Рис. 5. Риск развития язвенных осложнений в зависимости от вида оперативного вмешательства на органах мочеполовой системы



Мы оценивали общий риск развития язвенных осложнений применительно к каждой из выделенных нами групп урологических вмешательств путем деления абсолютного числа зарегистрированных язвенных осложнений на число проведенных за изучаемый период операций соответствующего вида. Результаты расчета представлены на рис. 5. Наиболее угрожающими в отношении развития обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также острых стрессовых язв и эрозий являлись наиболее травматичные органоуносящие операции, выполняемые по онкологическим показаниям – радикальные простатэктомия и цистэктомия, а также кишечная пластика мочевого пузыря. Риск язвенных осложнений после открытой радикальной простатэктомии и цистэктомии крайне высок – 53,7 и 59,6% соответственно.

При остальных урологических операциях риск обострения язвенной болезни или стрессовых язв существенно меньше. Например, при операциях на почке по онкологическим показаниям он составляет 18,2%; при открытых органосохраняющих вмешательствах по поводу МКБ, стриктур мочеточника и ЛМС – 13,1%. Все это – весьма значительные по объему операции с существенной кровопотерей и реальной возможностью послеоперационных кровотечений. При эндоскопических вмешательствах риск язвенных осложнений не превышает 13,6% (при раке простаты и мочевого пузыря), а в ряде случаев он менее 2% (при трансуретральном дроблении камней мочеточника и эндопиелотомии).

При анализе полученных результатов становится очевидной еще одна закономерность. Наряду с травматичностью вмешательства, интраоперационной кровопотерей и вероятностью послеоперационного кровотечения самостоятельным фактором риска возникновения язвенных осложнений выступает факт наличия злокачественного новообразования. Так, при сравнении групп пациентов, перенесших нефрэктомию или резекцию почки по онкологическим и неонкологическим показаниям, а также аналогичных групп больных после трансуретральных вмешательств на уретре, простате и мочевом пузыре отмечено, что наличие злокачественного новообразования коррелирует с увеличением риска язвенных осложнений в 1,2–1,4 раза в зависимости от вида оперативного лечения.

Проведенное исследование, показало, что необходимо дальнейшее изучение язвенных осложнений и профилактического назначения противоязвенных средств, распределение возникших язвенных осложнений в зависимости от примененного препарата и т.д. в урологической практике.

Список литературы

1. Евсеев М.А. Антисекреторные препараты в неотложной хирургической гастроэнтерологии. М. ООО ИИЦ «КВАН». 2009. 173с.
2. Кубышкин В.А., Шишин К.В. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде. // Consilium medicum. 2004. №1. С.29-32.
3. Столпман Н., Метц Д.С. Патофизиология и профилактика стрессовых язв у послеоперационных больных. // Российский медицинский журнал. 2005. Том 13. №25. С.1668-1674.
4. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудки и двенадцатиперстной кишки. М. «Мед-пресс информ». 2002. 376с.
5. Клиническая фармакология по Гудману и Гилману. Москва. Практика. 2006. 1648с.
6. Приказ Комитета здравоохранения города Москвы №686 от 30.12.98. «О Московских городских стандартах стационарной медицинской помощи для взрослого населения».
7. Урология. Национальное руководство. Под редакцией Лопаткина Н.А. Москва. ГЭОТАР-Медиа. 2009. 1021с.

Проявления и методы коррекции гипогонадизма у мужчин

З.Ш. ПАВЛОВА, к.м.н., сотрудник МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова

С.Ю. КАЛИНЧЕНКО, д.м.н., профессор, зав. кафедрой эндокринологии ФПК МР РУДН

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

Ю.А. ТИШОВА, к.м.н., доцент кафедры эндокринологии ФПК МР РУДН

Л.О. ВОРСЛОВ, к.м.н., профессор кафедры эндокринологии ФПК МР

Период гормонофобии подходит к своему закату. Как и все эффективные методы терапии, заместительная гормональная терапия претерпела период критики, запретов, боязни, борьбы. В настоящее время этот вид терапии все чаще занимает свое достойное место в арсенале практикующих врачей. К сожалению, в нашей стране его применение все еще сталкивается с большим сопротивлением, но накопленные к настоящему времени опыт и знания позволяют увидеть положительные долгосрочные перспективы применения этого эффективного метода.

В XX в. медицина справилась с инфекционной заболеваемостью и смертностью, что наряду с бурным развитием фармацевтических технологий, методов диагностики и оперативного лечения позволило значительно увеличить продолжительность жизни. Вместе с тем появились понятия «возраст-ассоциированные заболевания», «метаболический синдром» (МС), «гипогонадизм», что определило задачи, стоящие перед медициной XXI века: их профилактику и сохранение качества жизни. Анализ изменений, происходящих в организме человека с возрастом в первую очередь указывает на выраженное снижение секреции гормонов, сопровождающее старение. В первую очередь это касается половых гормонов, а именно, проблемы развития гипогонадизма.

Ни для кого не секрет, что максимально активен, успешен, красив, здоров и сексуален человек в молодости, в то самое время, когда уровень его половых гормонов максимально высок и сбалансирован. С определенного возраста их уровень начинает снижаться, что неминуемо приводит к быстрому прогрессированию «возраст-ассоциированных заболеваний», ухудшающих качество и продолжительность жизни современного человека.

К ним относятся:

1. Ожирение.
2. Артериальная гипертензия (АГ).
3. Ишемическая болезнь сердца.
4. Сахарный диабет (СД) 2 типа.
5. Остеопороз.
6. Деменция и болезнь Альцгеймера.
7. Подагра.
8. Ряд других тяжелых состояний, которые, как правило, сопровождаются андрогенным дефицитом, т.е. гипогонадизмом (инсулинорезистентность – ИР, МС, неопластические процессы и др.).

Дефицит тестостерона (гипогонадизм) у мужчин – патологическое состояние, характеризующееся функциональной недостаточностью яичек, которо сопровождается снижением уровня общего тестостерона (Тобщ) в крови менее 12 нмоль/л и/или свободного тестостерона – менее 250 пмоль/л в сочетании с характерными клиническими проявлениями. Это состояние может быть результатом поражения яичек (первичный гипергонадотропный гипогонадизм) или патологией гипоталамо-гипофизарной системы (вторичный гипогонадотропный гипогонадизм) и имеет врожденную или приобретенную природу. Переоценить роль тестостерона в организме человека практически невозможно. Достаточно взглянуть на рис. 1.

Сниженный уровень основного анаболического гормона тестостерона неминуемо приводит к ряду метаболических изменений и в большинстве случаев – к увеличению массы тела или ожирению. По мнению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ожирение – это «эпидемия XXI века». По оценкам ВОЗ, в 2005 г. избыточную массу тела в мире имели приблизительно 1,6 млрд взрослых людей (в возрасте старше 15 лет), а 400 млн имели ожирение. К 2015 г. примерно 2,3 млрд взрослых людей будут иметь избыточную массу тела и более 700 млн – ожирение, т.е. каждый второй человек на Земле. Даже в среде обывателей эта проблема больше не воспринимается как эстетическая, не говоря уже о профессиональной среде. Жировая ткань – это метаболически активная часть человеческого организма, которая вырабатывает огромное количество биологически активных веществ, гормонов и ферментов (рис. 2). Данный схематичный рисунок показательно демонстрирует высокую метаболическую активность и потенциальные последствия данной активности адипоцитов.

Во многих работах продемонстрирована тесная связь между ожирением, андрогенным дефицитом,ИР, СД 2 типа, сердечно-сосудистыми заболеваниями, эректильной дисфункцией (ЭД) и многими другими патологическими состояниями, развивающимися у мужчин.

В частности, в исследовании Tromso Study наглядно продемонстрировано наличие гипогонадизма у 100% мужчин, участников исследования, окружность талии (ОТ) которых превышала 102 см (рис. 3). В этом же исследовании была выявлена четкая связь между уровнем Тобщ в плазме крови и различными проявлениями МС, включая сердечно-сосудистые заболевания и СД типа 2 .

МС – патологический симптомокомплекс, включающий в себя метаболические и гормональные нарушения. Согласно критериям IDF (International Diabetes Federation, 2006), диагноз МС ставят при наличии центрального ожирения (ОТ≥94 см у мужчин и ≥80 см у женщин) и как минимум двух из нижеперечисленных факторов: уровень триглицеридов ≥150 мг/дл (1,7 ммоль/л) или нормальный уровень триглицеридов на фоне соответствующей

терапии; уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) <40 мг/дл (1,03 ммоль/л) у мужчин <50 мг/дл (1,29 ммоль/л) у женщин или нормальный уровень ЛПВП на фоне соответствующей терапии; АГ (артериальное давление – АД≥130/85 мм рт.ст. или нормальное АД, контролируемое антигипертензивными препаратами); уровень глюкозы плазмы ≥100 мг/дл (5,6 ммоль/л) или наличие ранее диагностированного СД.

Не менее интересными выглядят данные другого исследования, где показано, что т.н. психосоматические проявления могут манифестировать гораздо раньше, чем выявляемые лабораторные подтверждения гипогонадизма (рис. 4). Данные результаты подчеркивают необходимость внимательно проводить сбор анамнеза у таких пациентов, что в сочетании с другими методами обследования (лабораторно-инструментальными и клиническими) поможет в постановке правильного диагноза и в дальнейшем в выборе эффективной схемы лечения для каждого пациента.

В 2005 г. было проведено исследование, целью которого было определение связи между уровнем Тобщ в сыворотке, чувствительностью тканей к инсулину и митохондриальной функцией у мужчин (рис. 5). Результаты исследования показали, что низкий уровень тестостерона напрямую связан с неблагоприятным метаболическим профилем и является предиктором развития СД 2 типа, вызывая или поддерживая нарушение функции митохондрий, приводящее к развитию ИР у мужчин.

Таким образом, очевидно, что гипогонадизм часто связан с такими патологическими состояниями, как ожирение, АГ, ИР, ишемическая болезнь сердца, СД 2 типа, деменция, МС и многое другое. Именно поэтому в современных рекомендациях, в т. ч. и в рекомендациях Европейской Ассоциации Урологов (EAU – European Association of Urology, 2012), к состояниям, при которых рекомендуют определять уровень Тобщ, относятся:

1. Задержка полового развития.
2. Маленькие яички.
3. Бесплодие, мужской фактор.
4. Уменьшение роста волос на теле.
5. Гинекомастия.
6. Снижение тощей массы тела и силы мышц.
7. Висцеральное ожирение.
8. Остеопороз, переломы.
9. Снижение полового влечения.
10. ЭД.
11. Уменьшение числа ночных эрекций.
12. Горячие «приливы».
13. Изменения настроения, усталость, раздражительность.
14. Расстройства сна.
15. МС.
16. ИР, СД 2 типа.
17. Когнитивные нарушения.

Лечение

Множество работ с высоким уровнем доказательности демонстрируют выраженную эффективность и безопасность использования препаратов тестостерона для коррекции андрогенного дефицита на фоне МС и различных его компонентов, таких как СД 2 типа, дислипидемия, сердечно-сосудистые заболевания, ожирение, АГ и др.

В качестве демонстрации эффективности долгосрочного использования андрогенов в лечении компонентов МС у мужчин с гипогонадизмом можно представить результаты длительного наблюдения за пациентами, которым 1 раз в 3 месяца проводили внутримышечную инъекцию тестостерона ундеканоата 1000 мг (4 мл) и оценивали ряд показателей до и после начала терапии, таких как уровни Тобщ, общего холестерина, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), ЛПВП, триглицеридов, глюкозы натощак, гликозилированного гемоглобина (HbAlc), С-реактивного белка (С-РБ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ) и АД.

Анализ полученных результатов продемонстрировал следующее: при восстановлении физиологических значений Тобщ уровень общего холестерина снизился с 7,29±1,03 до 4,87±0,29 ммоль/л (или с 281,6±39,8 до 188,12±11,31 мг/дл; p<0,0001), уровень ЛПНП снизился с 4,24±1,07 до 2,84±0,92 ммоль/л (или с 163,79±41,44 до 109,84±35,41 мг/дл; p<0,0001), уровень триглицеридов снизилсяс 3,14±0,58 до 2,16±0,13 ммоль/л (или с 276,16±51,32 до 189,78±11,33 мг/дл; p<0,0001) и уровень ЛПВП повысился со 145±0,46 до 1,52±0,45 ммоль/л (или с 56,17±17,79 до 58,85±17,51 мг/дл; p<0,0001).

Кроме того, было отмечено достоверное снижение уровней систолического и диастолического АД, глюкозы крови, С-РБ, АЛТ, АСТ и HbAlc (p<0,0001).

Рис. 1. Органы-мишени тестостерона. МПКТ – минеральная плотность костной ткани, ЦНС – центральная нервная система, ССС – сердечно-сосудистая система

Из вышеизложенного очевидно, что длительная терапия препаратами тестостерона благоприятно сказывается на коррекции компонентов МС, снижает кардиоваскулярные риски и эффективно воздействует на нарушение углеводного обмена. Все это, несомненно, повышает качество жизни пациентов, улучшает эмоциональный фон, увеличивает физическую и сексуальную активность, а также способствует ликвидации ожирения. Результаты этого исследования были опубликованы совсем недавно, в октябре 2013 г., однако данное исследование является далеко не единственной работой, оценившей взаимосвязь гипогонадизма и его последствий с сопутствующими заболеваниями.

По данным Многолетнего Массачусетского исследования (MMAS – Massachusetts Male Aging Study), в котором изучались вопросы старения мужчин, было установлено, что низкий уровень свободного тестостерона является независимым фактором риска развития ИР и СД типа 2. Помимо этого в 2002 г. были опубликованы данные другого исследования (The Rotterdam Study), показавшего наличие обратной связи между уровнем тестостерона в крови и риском развития атеросклероза у мужчин.

Двойное слепое плацебо-контролируемое исследование (Moscow Study), проведенное российскими учеными с 2005 по 2008 г. с участием 184 пациентов выявило положительную динамику в отношении антропометрических и биохимических показателей у мужчин с МС и гипогонадизмом на фоне терапии тестостероном ундеканоатом. Принципиально отметить, что эффективность использования препаратов тестостерона максимальна тогда, когда данный вид терапии, как и любой другой, сопровождается соблюдением принципов правильного питания на фоне включения в режим дня физической активности.

Сегодня на российском рынке представлены препараты тестостерона в виде инъекций, геля и капсул. Тестостерона ундеканоат в капсулах не подвергается первичному печеночному метаболизму, т.к. всасывается и распределяется в лимфатической системе, минуя печень, не оказывает гепатотоксического и гепатоканцерогенного действий. Там же, после гидролиза тестостерона ундеканоата тестостерон попадает в системный кровоток и оказывает лечебное действие как сам по себе, так и через свои основные метаболиты – дигидротестостерон и эстрадиол, которые обусловливаютие полный спектр андрогенной активности тестостерона. Таким образом, тестостерона ундеканоат сохраняет свою активность при пероральном применении. Период полувыведения препарата из плазмы составляет 3–4 часа. Исходя из фармакокинетики, обоснованным режимом дозирования тестостерона ундеканоата

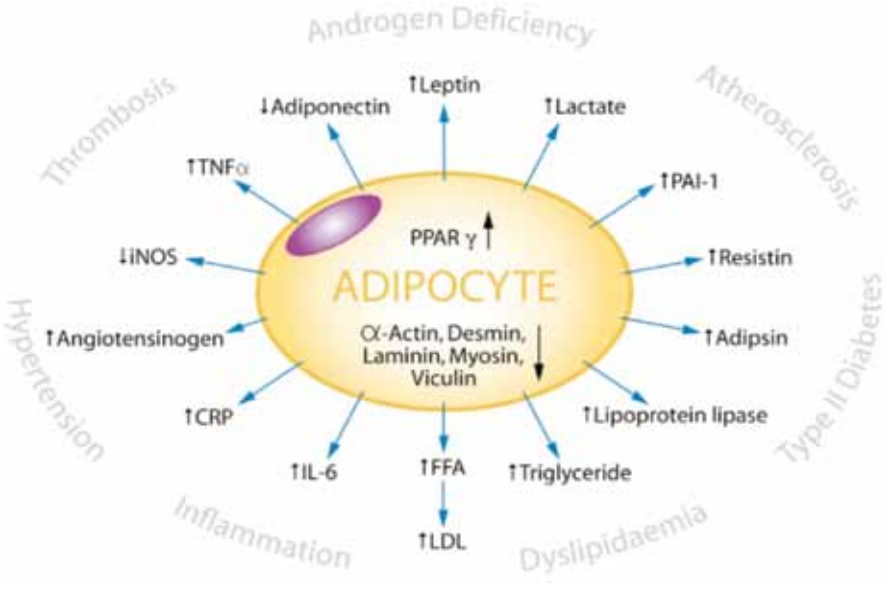


Рис. 2. «Адипоцит как ось Дьявола»

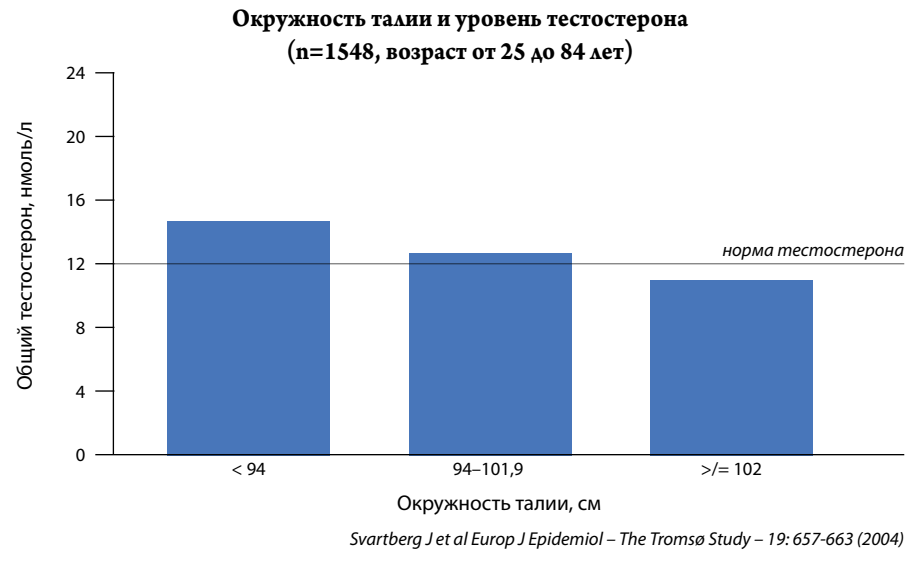


Рис. 3. Связь между величиной окружности талии и уровнем тестостерона

Рис 4. Выраженность симптомов андрогенного дефицита в зависимости от уровня общего тестостерона в крови

является 2-кратный прием в течение суток. Исходя из собственного опыта, мы считаем, что тестостерона ундеканоат в капсулах является достаточно мягким препаратом и эффективен только в случаях начальных и минимальных проявлений возрастного андрогенного дефицита, но в монотерапии недостаточен.

Внутримышечные инъекции эфиров тестостерона также являются широко применяемым методом заместительной терапии у мужчин с гипогонадизмом. Положительной стороной этих препаратов является хорошая эффективность и длительность терапевтического действия. Эфиры тестостерона для внутримышечных инъекций условно можно разделить на «коротко действующие» (смесь различных эфиров тестостерона), которые применяют 1 раз в 2–3 недели и пролонгированный тестостерона ундеканоат, интервалы между инъекциями которого составляют в среднем 8–14 недель. Трансдермальный путь введения тестостерона (в виде геля) позволяет избежать его первичного метаболизма в печени и инактивации, как это происходит при применении пероральных андрогенных препаратов, а также позволяет имитировать циркадные ритмы высвобождения физиологического немодифицированного тестостерона и его естественных метаболитов, эстрадиола и дигидротестостерона. К тому же, терапию с использованием пластырей и геля в случае необходимости можно легко прервать. Тестостерон в виде геля может использоваться как в монотерапии, так и в комбинации с другими препаратами тестостерона.

Помимо гормональной заместительной, активно используется гормоностимулирующая терапия с использованием хорионического гонадотропина человека. Этот вид лечения традиционно воспринимается как необходимый компонент терапии, направленной на стимуляцию или поддержание сперматогенеза (как правило, в сочетании с препаратами, содержащими фолликулостимулирующий гонадотропин). Однако хорионический гонадотропин человека также может использоваться как в моно-, так и в комплексной терапии (с препаратами тестостерона) для коррекции андрогенного дефицита.

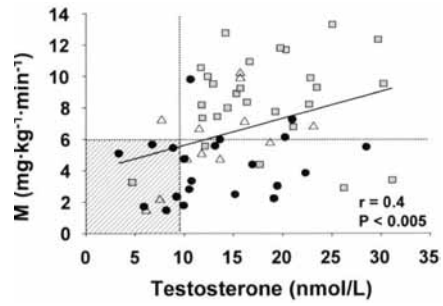
Однако, говоря о заместительной терапии препаратами тестостерона, особенно когда речь идет о пожилом возрасте, нельзя ограничиваться одной лишь компенсацией гипогонадизма. Известно, что в процессе старения происходят следующие процессы:

1. Снижение способности тканей к восстановлению
2. Уменьшение их эластичности
3. Повышение жировой инфильтрации
4. Клеточная атрофия
5. Снижение тонуса гладкой мускулатуры
6. Уменьшение количества коллагеновых волокон
7. Ухудшение кровоснабжения органов
8. Дегенерация нервных окончаний – возрастная полиневропатия

Если рассматривать старение как совокупность вышеперечисленных процессов, становится очевидным, что для достижения наилучших результатов в лечении гипогонадизма как возраст-ассоциированного заболевания, требуется комплексная терапия, включающая в себя компоненты т.н. «квартета здоровья».

Компонентами «квартета здоровья», одинаковыми по степени значимости, являются:

1. Гормональная терапия (прежде всего, заместительная гормональная терапия гипогонадизма).
2. Поддержание физиологического уровня витамина D.
3. Терапия незаменимыми жирными кислотами: омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами (ПНЖК).
4. Тиоктовая (а-липоевая) кислота.



N. Pitteloud и соавт., 2005

Рис. 5. Корреляция между уровнем чувствительности тканей к инсулину и сывороточным уровнем общего тестостерона

Компоненты «квартета здоровья» являются частью комплексной метаболической терапии, которая основана на патогенетических механизмах клеточного старения и развития тех патологических состояний, которые обсуждаются в данной статье.

Таким образом, гормональная терапия своевременно выявленного гипогонадизма у мужчин в совокупности с «квартетом здоровья» способна не только существенно улучшить качество жизни, нивелируя избыточную массу тела или ожирение, возвращая трудоспособность, сексуальную активность, приводя тело к более совершенному виду, увеличивая мышечную массу и улучшая качество кожи, что повышает самооценку, улучшает психосоматическое состояние, избавляет мужчину от таких жизнеугрожающих состояний, как ИР, СД 2 типа, АГ, дислипидемия, избыточная масса тела или ожирение, стеатогепатоз, МС, ЭД и многое другое и продлевает ему жизнь.

Данный вид терапии является не только безопасным и эффективным, но и патогенетическим, что делает его терапией выбора, т.к. воздействие на причину всегда более целесообразно, чем борьба с последствиями.

НЕКРОЛОГ

Светлая память Владимиру Евгеньевичу Родоману

Ушел из жизни советский и российский уролог, доктор медицинских наук, создатель кафедры урологии и оперативной нефрологии РУДН, Лауреат государственной премии СССР, Заслуженный деятель науки РФ, академик МАВШ, профессор Владимир Евгеньевич Родоман…

В.Е. Родоман родился 2 августа 1932 г. в с. Новосергеевка Полтавского района Омской области в семье рабочего-столяра. В 1948 г. поступил в Омский государственный медицинский институт им. М.И. Калинина. В 1952 г. был призван в ряды Советской Армии и в звании лейтенанта медицинской службы был зачислен слушателем 5-го курса Военно-медицинского факультета Куйбышевского государственного медицинского института, который окончил в 1954 г., и был направлен врачом-ординатором в госпиталь г. Томска. Проходил военную службу в г. Омске, Южно-Сахалинске в должностях ординатора, начальника отделения армейского госпиталя в ранге майора. 1960 г. В.Е. Родоман поступил в клиническую ординатуру по урологии 2-го Московского государственного медицинского института им. Н.И. Пирогова, будучи сформировавшимся опытным врачом.

После ее окончания он работал ординатором урологического отделения городской клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова г. Москвы. Начиная с 1966 г. работал научным сотрудником проблемной нефрологической лаборатории кафедры урологии 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова, в 1967 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Бактериурия, генез, методы определения и клиническое значение».

С 1978 г. – профессор курса урологии кафедры хирургии университета «Дружбы народов им. Патриса Лумумбы». В 1979 г. успешно защитил докторскую диссертацию на тему: «Пиелонефрит (раннее выявление, иммунологические аспекты диагностики и принципы антибактериального лечения)».

С 1982 по 2002 г. – заведующий созданной им кафедры урологии и оперативной нефрологии РУДН. Является автором более 300 опубликованных работ в отечественных и зарубежных изданиях, получил 15 патентов и авторских свидетельств на изобретения, которые нашли широкое применение в медицине и народном хозяйстве. Является автором учебника по урологии для студентов медицинских ВУЗов в двух изданиях (1977 и 1982 гг.), трехтомного руководства для врачей по урологии (1998) под общей редакцией академика РАМН Н.А. Лопаткина и 20 методических руководств для студентов и врачей. Лауреат государственной премии СССР (1984), Заслуженный деятель науки РФ (2003), академик МАВШ. Под его руководством защищено 9 докторских и 25 кандидатских диссертаций.

Профессор В.Е. Родоман был крупным ученым, признанным в России и за рубежом.

Коллеги, ученики скорбят и выражают соболезнования семье и близким покойного.

ФЛАГМАН КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДГПЖ*

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ МЕДИЦИНСКОГО ПРЕПАРАТА ФОКУСИН®

Регистрационный номер: ЛС-001633. **Международное непатентованное название:** тамсулозин. **Фармакотерапевтическая группа:** α1-адреноблокатор. Код АТХ: G04CA02. **Показания к применению:** лечение функциональных расстройств при доброкачественной гиперплазии предстательной железы. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к компонентам препарата, ортостатическая гипотензия (в т. ч. в анамнезе), выраженная печеночная недостаточность. Возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены). **Способ применения и дозировка:** препарат назначают по 400 мкг (1 капсула) в сутки. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** одновременное применение тамсулозина с другими α1-адреноблокаторами может привести к снижению АД. Тамсулозин не должен применяться в комбинации с мощными ингибиторами изофермента CYP3A4 у пациентов с фенотипом «медленного метаболизма» по изоферменту CYP2D6. Следует соблюдать осторожность при совместном использовании тамсулозина с мощными или умеренно активными ингибиторами изофермента CYP3A4. **Особые указания:** до начала терапии препаратом Фокусин® необходимо исключить наличие других заболеваний, которые могут вызывать такие же симптомы, как и доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Перед началом лечения и регулярно во время терапии должно проводиться обследование предстательной железы (пальцевое ректальное обследование, определение простатического специфического антигена (ПСА)). **Побочные явления:** нарушения со стороны нервной системы. Часто: головокружение. Частота неизвестна: нарушения эякуляции, в том числе ретроградная эякуляция, снижение либидо (см. полную инструкцию по применению). **Передозировка. Симптомы:** выраженное снижение артериального давления. Лечение: кардиотропная терапия, контроль функции почек, общая поддерживающая терапия, введение объемозамещающих растворов или сосудосуживающих препаратов. Для предотвращения дальнейшей абсорбции тамсулозина возможны промывание желудка, прием активированного угля или осмотического слабительного. **Форма выпуска:** капсулы с модифицированным высвобождением, 0,4 мг. По 10 капсул в картонной пачке вместе с инструкцией по применению.

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ МЕДИЦИНСКОГО ПРЕПАРАТА ПЕНЕСТЕР®

Регистрационный номер: ЛС-000133. **Международное непатентованное название:** финастерид. **Фармакотерапевтическая группа:** 5-альфа-редуктазы ингибитор. **Код АТХ:** G04CB01. **Показания к применению:** лечение ДГПЖ и профилактика урологических осложнений с целью: снижения риска острой задержки мочи; снижения риска необходимости проведения хирургических вмешательств, в том числе трансуретральной резекции (ТУР) предстательной железы и простатэктомии. Лечение с целью уменьшения размеров увеличенной предстательной железы, улучшения мочеиспускания и уменьшения выраженности симптомов, связанных с ДГПЖ. В сочетании с доксазозином – для снижения риска прогрессирования симптомов, связанных с ДГПЖ. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к какому-либо из компонентов препарата. Возраст до 18 лет; беременность и применение препарата у женщин детородного возраста (см. раздел «Применение при беременности и в период лактации»); пациенты с редкой наследственной непереносимостью лактозы, дефицитом лактазы или нарушенным всасыванием глюкозо-галактозы не должны принимать этот препарат. **Способ применения и дозировка:** внутрь, по 5 мг 1 раз в сутки, независимо от приема пищи. Продолжительность терапии до оценки ее эффективности должна быть не менее 6 мес. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами:** не обнаружено. **Особые указания:** до настоящего времени не доказаны клинические преимущества применения препарата Пенестер® у пациентов с раком предстательной железы. Пенестер® вызывает уменьшение концентрации сывороточного ПСА приблизительно на 50% у пациентов с ДГПЖ даже при наличии рака предстательной железы. Данный факт необходимо принимать во внимание при оценке содержания ПСА у пациентов с ДГПЖ, получающих лечение препаратом Пенестер®, так как снижение концентрации ПСА не исключает наличия сопутствующего рака предстательной железы. **Побочные действия:** наиболее часто у пациентов встречались импотенция и снижение либидо, хотя частота возникновения данных побочных эффектов постепенно уменьшалась в процессе лечения. Нарушения психики: часто – снижение либидо. Нарушения со стороны половых органов и молочных желез: часто – импотенция. Связь между долгосрочным приемом финастерида и возникновением неоплазии грудной железы у мужчин в настоящее время не установлена (см. полную инструкцию по применению). **Передозировка:** в настоящее время о случаях передозировки финастерида не сообщалось. **Форма выпуска:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг. По 30 или 90 таблеток в картонной пачке вместе с инструкцией по применению.

* McConnell J. D. et al. N. Eng. J. Med. 2003; 349 (25): 2387–2398; Roehrborn C. G. et al. Eur. Urol. 2010; 57 (1): 123–131.

Перед назначением ознакомьтесь с полным вариантом инструкции.

За более подробной информацией обращайтесь в представительство АО «Санофи-авентис груп» (Франция).
125009, г. Москва, ул. Тверская, д. 22, тел.: (495) 721-14-00, факс: (495) 721-16-69, e-mail: info@zentiva.ru, www.zentiva.ru

ZENTIVA
КОМПАНИЯ ГРУППЫ САНОФИ

ВЕРНЫЙ КУРС НА МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

RU.GNL.15.04.03 Реклама