стр. 4
X Юбилейный Конгресс Российского общества онкоурологов состоялся 1–2 октября 2015 г. в Москве

стр. 6
8–9 октября 2015 г. начала работу первая Московская урологическая школа

стр. 16
Низкоинтенсивная ударно-волновая терапия в лечении эректильной дисфункции

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

№ 5
ОКТЯБРЬ 2015 г.

В НОМЕРЕ

ОБЗОР МЕРОПРИЯТИЯ
Первый совместный Конгресс РОУ и EAU
стр. 2

ИНТЕРВЬЮ
Урологическая помощь должна быть равнодоступна
стр. 5

ИНТЕРВЬЮ
Руководство EAU по разделу «Детская урология»: что нового за 5 лет?
стр. 10

HIGH TECH
Стриктура уретры: современные терминологические, этиопатогенетические, эпидемиологические характеристики
стр. 14

ДИСКУССИЯ
Здоровый образ жизни и долголетие: современные исследования
стр. 17

ВРАЧЕБНАЯ ДИНАСТИЯ
Медицинская династия семьи Ситдыковых
стр. 22

Уважаемые коллеги!

Поздравляем вас с профессиональным праздником «Днем уролога»

Урология является одной из наиболее важных медицинских специальностей, только наше единение поможет сохранить ее как самостоятельную дисциплину.

Пусть с Вами всегда будет команда единомышленников, способная воплотить в жизнь все задуманное и разделить успех, а все Ваши трудовые и жизненные начинания будут иметь достойный результат.

Желаю Вам крепкого здоровья, неиссякаемой энергии, трудовых и творческих успехов.

Главный редактор А.А. Камалов

1830 г. – открыто первое в мире специализированное урологическое отделение в Париже.
1904 г. – по инициативе С. П. Фёдорова в России урология была выделена в самостоятельную науку.
1907 г. – создано Российское общество урологов.
1907 г. – создана Международная ассоциация урологов в Париже.
1908 г. – состоялся 1-й Международный конгресс урологов в Париже.
1923 г. – вышло постановление Правительства об открытии кафедр урологии в ведущих медицинских ВУЗах России.
1923 г. – в России был учрежден журнал «Урология».
1924 г. – организована клиника урологии на базе Первой Городской клинической больницы имени Н.И. Пирогова
2015 г. – состоялся 1-й совместный международный конгресс Российского общества урологов и Европейской ассоциации урологов в Санкт-Петербурге

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 1 полугодие 2016 г. (3 выпуска) **462 руб. 00 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.

Реклама

bionika media

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

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

Отдел полиграфии
Руководитель – Наталья НАДВОРСКАЯ
Менеджер – Дмитрий ТУЖИКОВ

Размещение рекламы:
Директор по продажам – Вероника Милоянина
Руководитель департамента по рекламе в медицинской прессе – Ольга КРЕКШИНА
Менеджер по работе с клиентами
Наталия ДИВЛЕКЕЕВА
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 октября 2015 г. в 10:00

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

Первый совместный конгресс РОУ и EAU

С 18 по 20 сентября 2015 г. в Санкт-Петербурге состоялся XV Конгресс Российского общества урологов (РОУ). Город на Неве неслучайно был выбран местом проведения форума: именно здесь в 1907 г. профессор Военно-медицинской академии Сергей Петрович Федоров основал РОУ. А спустя 108 лет один из красивейших городов мира принимал не только ведущих российских урологов – научная программа XV Конгресса впервые формировалась совместно с Европейской ассоциацией урологов (EAU) и содержала, по словам председателя РОУ, член-корр. РАН Юрия Геннадьевича Аляева, беспрецедентное число докладов. Конгресс объединил более 1600 участников. Пятьсот четыре российских докладчика и сорок два спикера EAU принимали участие в пленарных и секционных заседаниях Конгресса, а Генеральный секретарь Европейской ассоциации Крис Чэппл (Chris Chapple), профессор Шеффилдского университета (Великобритания) выступил с программным докладом, посвященным вкладу EAU в развитие новых урологических практик.

Российская урология в XXI веке

Вполне логично, что на 1-м пленарном заседании совместного Конгресса РОУ и EAU прозвучали два программных доклада – председателя правления РОУ, член-корр. РАН, руководителя клиники и кафедры урологии Первого МГМУ Юрия Аляева и генерального секретаря Европейской ассоциации урологов профессора Кристофера Чэппла.

Юрий Геннадьевич обозначил основную цель своего выступления как попытку оценить научные и практические достижения российской урологии в настоящем и наметить планы на будущее. По словам профессора Ю.Г. Аляева, при подготовке доклада были использованы справки от региональных руководителей, от статистического отдела Минздрава России, печатные материалы 13-го и 14-го конгрессов РОУ и отчеты членов президиума и правления РОУ о поездках в регионы для участия в конференциях и мастер-классах. Таким образом, был сделан краткий анализ состояния урологической дисциплины во всех федеральных округах страны. «Важно иметь возможность оценить себя изнутри и понять, что достигнуто и насколько успешно мы развиваемся. Нам нужна критическая оценка без прикрас, чтобы правильно определить приоритеты», – подчеркнул Юрий Геннадьевич Аляев.

Председатель правления РОУ дал краткую характеристику всем федеральным округам (ФО) России (85 регионов), выделив наиболее значимые урологические школы. Общее число урологов в стране – 5870, из них только 313 – детские врачи. В самом большом по площади Дальневосточном ФО, где проживают лишь чуть более 4% населения, работают всего 210 урологов (21 детский). При этом в регионе внедрены все современные методы диагностики и лечения, а пластические операции на органах мочеполовой системы здесь выполняют едва ли не лучше всех в стране. И неслучайно в 2012 г. именно в Хабаровске состоялся 2-й международный конгресс по сексуальной урологии. Но огромные территории без современных путей сообщения создают врачам этого региона серьезные трудности, например в Якутске нет ни одного онкоуролога.

Ю.Г. Аляев

Сибирский ФО, где проживают уже втрое больше людей, кадровых проблем особо не испытывает: здесь трудятся 643 уролога, которыми освоены самые современные методики лечения. Так, в Новосибирске урологи успешно выполняют лапароскопическую резекцию почки с применением криогемостаза, а в Барнауле расположен Центр пересадки почки. В СФО недавно было принято решение о создании сибирского отделения РОУ и на повестке дня – внедрение роботов.

А вот в Уральском ФО, где работают 445 урологов, в клинике урологии Уральского медицинского университета ежегодно делают более 6000 операций, при проведении которых используются все современные методики, в т.ч. и роботизированные устройства.

О каждом ФО профессор Аляев рассказал немало интересного. В Приволжском ФО, например, где работают 1060 урологов, в Башкирии создан телекоммуникационный комплекс, позволяющий транслировать операции и научные конференции во все районные больницы. В Пермском крае освоили трансуретральную резекцию простаты и лапароскопию опухолей надпочечников. Татарстан планирует создать республиканский центр урологии. В Марий Эл освоили технологии, создающие 3D-эффект.

В Южном ФО (537 урологов) докладчик отметил внушительное развитие службы Краснодарского края, где выполняются сложные лапароскопические и ретроперитонеоскопические операции.

Особо профессор Ю.Г. Аляев отметил Северо-западный ФО, где трудятся 579 урологов, более половины (346 врачей) работают в Санкт-Петербурге. Именно здесь, в 1-м СПбГМУ им. Павлова, находится одна из старейших российских школ урологии, где при лечении урологических заболеваний преобладают эндовидеохирургические, лазерные и роботические операции. В перспективе петербуржцы видят переход к персонифицированному подбору лечения, в т.ч. с применением стволовых клеток.

В самом крупном Центральном ФО работают 1859, и почти половина из них (878) лечат москвичей, а 222 доктора трудятся в Московской области (только 2 из них – детские). Конечно, признанным лидером является 1 МГМУ им. И.М. Сеченова, где 5 лет назад был создан НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья, и теперь кафедра, клиника и НИИ создают мощное научно-образовательное учреждение. Здесь освоены все современные технологии – экстракорпоральная реконструкция почки, лазерная и роботическая хирургия. При этом 80% проводимых операций – малоинвазивные вмешательства. В клинике урологии расположена штаб-квартира РОУ и создана глобальная информационная платформа.

Ю.Г. Аляев отметил достижения кафедры урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, урологической клиники РМАПО, Института хирургии им. А.В. Вишневского,

Российского онкологического центра им. Н.Н. Блохина, Медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, где проводится наибольшее количество роботических операций в год и идут работы по созданию отечественного робота.

– Резюмируя все сказанное, необходимо подчеркнуть, что проблема диагностики и лечения урологических заболеваний насыщенна и трудоемка. Почти 6000 урологов оказывают медицинскую помощь в России, внедряют новые методы и технологии диагностики и оперативного лечения, – отметил в заключение докладчик.

«Искра, из которой возродится интерес»

Именно так генеральный секретарь EAU, профессор Кристофер Чэппл оценил важность процесса передачи опыта от старшего поколения врачей молодым докторам. «Сегодня наша цель – обучить следующее поколение, это искра, из которой может возродиться интерес к профессии. А хорошие знания – это, прежде всего, безопасность и качество в лечении пациентов», – отметил профессор Чэппл.

Проведение совместного форума преследует задачу обмена передовым опытом, в т.ч. зарубежным. Тренинги, обучающие семинары, конгрессы и конференции – это основные формы деятельности Европейской ассоциации, 270 членов которой – это россияне. И им весьма интересно выслушать мнение западных коллег о российской урологии.

По словам профессора из Великобритании, российская урология во многом соответствует мировым традициям, а бесспорным преимуществом является то, что в РОУ входит много узкопрофессиональных ассоциаций – детских урологов, андрологов, онкоурологов, молодых урологов и др.

– Можете надеяться на поддержку Европейской ассоциации и дальнейшее сотрудничество, – подчеркнул профессор Крис Чэппл и подробно рассказал о том, как EAU работает над тем, чтобы самые передовые достижения в урологии как можно быстрее становились достоянием врачей всего мира.

Конечно, при общении на международном уровне существует языковой барьер. По мнению профессора Чэппла, давно замечено, что то, что человек слышит, он быстро забывает, но запоминает то, что видит и делает своими руками. Вот почему одной из основных форм работы EAU выбраны тренинги для врачей и участие в мастер-классах.

Ассоциация прилагает много усилий для написания руководств для врачей, они издаются на 30 языках. И РОУ тоже использует европейские руководства, где дается объективная информация без «коммерческих уклонов».

– Мы готовим четкие руководства. Забивать голову врачей лишней информацией не хотим, но хотим, чтобы они помогали своим пациентам эффективно и с точки зрения успешного лечения, и с точки зрения финансовых затрат, – сказал Крис Чэппл.

Для удобного использования руководств EAU подготовила разные программы для всех современных средств коммуникации, в т.ч. и для смартфонов. Ассоциация выпускает довольно влиятельный научный журнал «Европейская урология», а в этом году планируется выпуск еще одного издания – «Фокус европейской урологии». В ассоциации – 13 секционных разделов, каждый из которых имеет свои программы, стипендии для молодых врачей, исследовательские проекты. Сайт ассоциации UROsource является информационным ресурсом не только для врачей (с него ежедневно происходит более тысячи загрузок информации), но и для пациентов, поскольку, по мнению западных коллег, хорошая информированность пациента является серьезной помощью врачу в лечении.

Итоги и новые цели

Докладчики на пленарных заседаниях Конгресса затрагивали и обсуждали новые подходы к лечению заболеваний предстательной железы, рака почки, инновации в реконструктивной и пластической хирургии в урологии. Были рассмотрены особенности роботассистированной хирургии, 3D-printing и возможность использования клеточных технологий в лечении недержания мочи.

О проблемах ранней диагностики в урологии рассказал профессор Олег Иванович Аполихин – директор ФГБУ НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина Минздрава России. Он отметил, что в мире существует два подхода к оказанию медицинской помощи: медицина – curatio, которая обеспечивает лечение больных и апологетом которой являются

О.И. Аполихин

США, и медицина praeventionis, когда-то сформулированная в советской России (модель Н.А. Семашко).

К сожалению, в урологии редко приходится говорить о ранней диагностике заболеваний: человек приходит к врачу, когда у него уже сформированы камни в почках. Но не дать им сформироваться можно лишь, заставив человека изменить образ жизни. «Кто должен этим заниматься?» – задал аудитории вопрос профессор О.И. Аполихин. Навряд ли врач-уролог. Но если уролог будет продолжать воздействовать лишь на третичную профилактику – удалять камни, оперировать или назначать гемодиализ, т.е. вести борьбу с запущенными осложнениями, ситуации нам не изменить. По мнению О.И. Аполихина, основной линией развития медицины в XXI веке должна стать задача не дать человеку заболеть, а не лечить последствия.

М.А. Газимиев

Далее профессор кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Магомед Алхазурович Газимиев рассказал о возможностях использования технологии 3D-печати в реальной хирургии. Например, в урологии можно создавать полноразмерные модели почек и проводить дооперационные тренинги, что уже делают японские коллеги, а также первый опыт создания модели рака почки есть уже и у нас.

Боб Джаван (Bob Djavan) – профессор, директор центра лечения заболеваний предстательной железы при Нью-Йоркском Университете, онкоуролог, специалист мирового масштаба по проблемам рака предстательной железы (РПЖ), посвятил доклад проблеме скрининга РПЖ. Как известно, скрининговые программы бывают очень эффективными, если их проводить прицельно (в конкретной группе риска). При скрининге РПЖ такой группой, по утверждению профессора, являются мужчины от 55 до 59 лет. Это доказывают все исследования, которые также продемонстрировали, что удаление выявленного в этом возрасте рака на ранней стадии, реально продлевает жизнь.

А.Г. Мартов

Профессор Алексей Георгиевич Мартов, зав. кафедрой урологии ФУВ ФМБА, рассказал участникам Конгресса о возможностях эндоскопического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Оперативный способ лечения ставит перед урологом определенные задачи: у пациентов, как правило, есть сопутствующие заболевания, при этом важно сохранить эрекцию и нужна быстрая реабилитация. Поэтому хирург должен уметь принять правильное решение при выборе оперативного метода.

Также на Конгрессе был представлен доклад Андрея Зиновьевича Винарова, заместителя директора по научной работе НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека о взаимосвязи инфекции *Mycoplasma hominis* с развитием карциномы простаты. А профессор из Бельгии Хенрик ван Поппель (университет Leuven) поделился опытом выполнения открытой радикальной простатэктомии при раке высокого риска прогрессии.

А.З. Винаровв

Урология, как и любая область медицины, ощущает на себе стремительное развитие технологий: появляются новые методы диагностики и лечения, а старые модернизируются или уходят в прошлое. По мнению организаторов XV Конгресса, он оказался событием, позволившим подвести определенные итоги и поставить новые цели, отвечающие современным запросам. В рамках научной программы Конгресса обсуждались актуальные вопросы урологии, использование новых отечественных и зарубежных технологий. На Конгрессе прошли образовательные школы: «Международная школа постдипломного образования по мужскому здоровью PRISM для урологов»; европейская школа урологов «Новое в лечении мужского бесплодия и местно-распространенного рака простаты»; мастер-классы и постерные сессии. На Конгрессе большое внимание уделялось современному здравоохранению, в частности организации урологической службы, перспективам ее развития и образованию. Российская урология является одной из наиболее динамично развивающихся областей медицины. Первый совместный конгресс РОУ и EAU является знаковым событием и подчеркивает роль Российской урологической школы в общеевропейском пространстве.

Материал подготовила О. Островская

Рак больше не является фатальным диагнозом

X Юбилейный Конгресс Российского общества онкоурологов (РООУ) состоялся 1–2 октября 2015 г. в Москве. За прошедшее десятилетие Конгресс стал значимым научным мероприятием, что отметили ведущие эксперты в области урологии, онкологии и онкоурологии. В рамках Конгресса подвели итоги работы общества, отметили успехи и достижения. Ведущие эксперты представили результаты наиболее актуальных международных клинических исследований за 2014–2015 гг. по основным нозологиям.

Юбилейный Конгресс собрал ведущих экспертов и специалистов из России и стран СНГ. В фокусе научных обсуждений мероприятия были актуальные вопросы онкологической урологии: опухолевые заболевания почек, предстательной железы и мочевого пузыря. С приветственными словами к участникам Конгресса и пожеланиями успешной работы обратились Президент РООУ, д.м.н., профессор В.Б. Матвеев; Председатель Российского общества урологов (РОУ), член-корр. РАН, профессор и первый заместитель директора НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, заведующий кафедрой урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Юрий Геннадьевич Аляев и генеральный директор ФГБУ НМИРЦ Минздрава России, член-корр. РАН, профессор Андрей Дмитриевич Каприн.

Юбилейный Конгресс собрал ведущих экспертов и специалистов из России и стран СНГ

Президент РООУ профессор В.Б. Матвеев в приветственной речи подчеркнул: «Цель Конгресса – это интеграция передового опыта онкоурологов, патоморфологов, химио- и лучевых терапевтов. Проводимый Конгресс – это точка, в которой пересекаются пути к достижению наивысших стандартов лечения онкоурологических заболеваний. На смену устаревшим методам приходят новые. Подтверждается или опровергается эффективность различных, подчас общепринятых схем терапии. Наши ежегодные встречи – это возможность обобщить и осмыслить накопленные за прошедший год сведения, врачам нашего профессионального сообщества – получить самую последнюю информацию о диагностике и лечении онкоурологических заболеваний».

Ведущий эксперт в области урологии, Председатель РОУ, член-корр. РАН, профессор Юрий Геннадьевич Аляев отметил неизменно высокий профессиональный уровень проводимого мероприятия. В рамках Конгресса затрагиваются важнейшие на текущий момент вопросы онкологической урологии, обсуждаются перспективы дальнейшего развития, продолжил Ю.Г. Аляев и подчеркнул, что это полезно как для практического здравоохранения, так и для науки.

Высокую оценку работе общества и конгресса дал ведущий онколог страны, генеральный директор ФГБУ НМИРЦ Минздрава России, член-корр. РАН, профессор Андрей Дмитриевич Каприн: «Российское общество онкоурологов рождалось трудно, под градом критики. Время дало оценку его работе: взяв однажды высоту, держат ее очень достойно».

От лица главного онколога Минздрава России, директора ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Президента Ассоциации онкологов России, академика РАН, профессора Михаила Ивановича Давыдова были переданы приветственные слова, поздравления в адрес участников и гостей Юбилейного Конгресса и пожелания плодотворной работы.

Первая научная сессия Конгресса по сложившейся традиции была посвящена обзору наиболее значимых международных клинических исследований с высоким уровнем доказательности, касающихся диагностики и лечения рака почки, предстательной железы и мочевого пузыря.

С докладом «Рак почки: что нового?» выступил Президент РООУ профессор В.Б. Матвеев. В своем докладе он коснулся тактики ведения больных с малыми образованиями почек и анализа отдаленных результатов при выполнении нефрэктомии и резекции почки. «Многофакторный анализ выживаемости, выполненный на большом фактическом материале, показал, что нефрэктомия, которая достаточно часто выполняется при малых опухолях почек, может приводить к снижению выживаемости по сравнению с выбранной тактикой резекции почки у таких пациентов», – отметил он. Помимо этого, была приведена доказательная база по частоте выявления положительного хирургического края в зависимости от выбора хирургического подхода: «Наименьшее число положительных краев отмечали при выполнении открытой резекции почки, наибольшее – при выполнении робот-ассоциированной резекции почки», – подчеркнул докладчик.

Оценка прогностической значимости новых маркеров для скрининга и оценки эффективности терапии опухолевых заболеваний является предметом большого числа исследований, что отметили профессор В.Б. Матвеев в докладе о раке почки, профессор Б.Я. Алексеев в докладе о раке предстательной железы (РПЖ) и профессор О.Б. Карякин в докладе о раке мочевого пузыря. «В частности, – отметил В.Б. Матвеев, – изменение соотношения нейтрофилов и лимфоцитов (NLR) после 6 недель таргетной терапии является ранним биомаркером эффективности лечения метастического рака почки и на сегодняшний момент одним из факторов прогноза назначения второй линии таргетной терапии.»

Заместитель генерального директора по научной работе ФГБУ НМИРЦ Минздрава России, заместитель директора по научной работе НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина профессор Б.Я. Алексеев в докладе, посвященном лидирующему заболеванию среди онкоурологической патологии у мужчин – РПЖ, представил результаты исследований прогностической значимости новых маркеров: калликреиновой панели и маркеров метилирования ДНК в моче. «Использование калликреиновой панели, – процитировал он результаты исследования, – помогает лучше выявлять клинически значимые агрессивные формы рака и избежать ненужных биопсий. Анализ биомаркеров метилирования ДНК в моче можно рассматривать как не инвазивный метод, который позволяет определить низкий и средний риск наличия РПЖ.»

Вице-президент РООУ, заведующий отделением урологии МРНЦ им. А.Ф. Цыба профессор Олег Борисович Карякин представил обзор клинических исследований по проблеме рака мочевого пузыря, включая перспективные клинические исследования II и III фаз. В частности, он остановился на новом прогностическом маркере, прозвучавшем ранее в докладе В.Б. Матвеева – соотношении нейтрофилов и лимфоцитов (NLR): полученные данные свидетельствуют, что увеличение соотношения ассоциируется с плохой общей и канцер-специфической выживаемостью у пациентов с поверхностным раком мочевого пузыря.

На открытии Конгресса прошла церемония награждения молодых ученых и коллег, ученых, внесших неоценимый вклад в создание, становление и развитие РООУ.

Профессор Б.Я. Алексеев подвел итоги работы не только конгрессов РООУ, но и общества в целом: «Десять лет работы РООУ – это десять конгрессов, более ста обучающих мероприятий для врачей в различных городах страны, издание клинических рекомендаций. Результаты работы очевидны: многие региональные клиники стали справляться с задачами, которые десятилетие назад доверяли только федеральным центрам».

В отношении достижений последних лет вице-президент РООУ, заместитель главного врача по онкологии ГКБ №57 г. Москвы, президент фонда поддержки противораковых организаций «Вместе против рака» д.м.н., профессор Игорь Георгиевич Русаков отметил главное: «Рак больше не является фатальным диагнозом. Например, еще в недалеком прошлом результаты лечения наиболее агрессивного злокачественного заболевания мочеполовой системы – рака почки, были неутешительны. С появлением новых препаратов даже метастатический рак почки удается успешно контролировать, переводя его в разряд хронических заболеваний».

Материал подготовила Елена Воронина

Более подробный обзор докладов профессоров В.Б. Матвеева, Б.Я. Алексеева и О.Б. Карякина с результатами наиболее значимых клинических исследований по раку почки, предстательной железы и мочевого пузыря за истекший год вы найдете в следующем номере «Московского уролога».

Урологическая помощь должна быть равнодоступна

В настоящее время идет обсуждение реформ, проводимых в области здравоохранения. Урология не является исключением, поводом тому стали многочленные изменения, произошедшие как в системе медицинского образования, так и в стандартах лечения. О проблемах и перспективах развития урологической помощи в России нашему изданию рассказал Главный уролог Министерства здравоохранения России и Главный уролог Москвы, профессор Дмитрий Юрьевич Пушкарь.

– Дмитрий Юрьевич, на протяжении многих лет Вы руководите кафедрой урологии в МГМСУ им. А.И. Евдокимова, подготовили много учеников. Есть ли особенности обучения студентов медицинского ВУЗа на вашей кафедре? Каким проблемам уделяется особое внимание? Что привлекает молодых докторов на Вашу кафедру?

– Я руковожу данной кафедрой в течение 15 лет, и первые вопросы, которыми я задался, придя на должность заведующего, касались коллектива клиники. Я думал, есть ли необходимость в увеличении числа сотрудников, важно ли сохранять в составе кафедры опытных сотрудников? Как создать атмосферу взаимного доверия, уважения и вместе с тем ответственности у наших специалистов? Сегодня мы только идем к этому чувству ответственности. Ведь многие люди оставляют медицину из-за того, что они не хотят испытывать ответственность.

В числе первостепенных задач было и то, как заинтересовать людей. Например, мы отказывались от проектов, за которые единогласно голосовали в коллективе и которые разрабатывались на большинстве других кафедр. В итоге мы стали делать новые, действительно, важные и интересные проекты, в их числе: ранняя диагностика рака простаты, влагалищная хирургия. Мы продолжили традиции клиники, что и привело к тем результатам, которые мы имеем сегодня.

Отличие нашей кафедры от многих других – это ее расположение на базе обычной городской больницы. Важно понимать, что кафедра не существует сама по себе, ее курс развития тесно связан с интересами клиники, где она расположена. В этом основной залог успеха.

– Московская урологическая школа – это новый проект, который отличается от предыдущих проектов для врачей-урологов Москвы. Расскажите о нем. Какую роль в создании этого проекта играет Департамент здравоохранения Москвы?

– Идея создания Московской урологической школы принадлежит Европейскому обществу урологов. Мы с коллегами несколько лет преподаем на курсе EUREP (семидневный курс для молодых врачей-урологов в Европе) и прекрасно понимаем, что «оторвать» от работы врача-уролога в Москве для недели непрерывного обучения очень сложно. Поэтому мы решили создать модульный курс, который назвали Московская урологическая школа. Преподавание в ней ведется по Российским клиническим рекомендациям, а я участвую на правах главного уролога Москвы. Моя прямая обязанность – рассказать московским урологам о клинических рекомендациях, о том, как нужно диагностировать и лечить урологические заболевания. Знания в урологии, как и сама урологическая помощь, должны быть равнодоступны. Потому что, когда пациент приходит к урологу в любом районе города (Южное Бутово, Новокосино, Мытищи), он должен понимать, что урологическая служба везде равнодоступна, а качество оказания помощи одинаково. Именно для этого и существует Московская урологическая школа, она не связана ни с какими конференциями и докладами, которые спонсируются фармацевтическими компаниями. Это школа, основанная на клинических рекомендациях.

Данный проект – поручение Департамента здравоохранения Москвы. Это очень хорошее начинание, и быть может в обозримом будущем мы увидим подобные терапевтическую, эндокринологическую школы и т.д.

– Скажите, что отличает российского врача-уролога от европейского или американского коллеги? Какое будущее у врача-уролога в России?

– Такие вопросы задают довольно часто. Но я – противник общепринятого мнения. Я не считаю, что российский уролог хуже уролога в Европе или США. Наши урологи – это вдумчивые специалисты, которые умеют слаженно работать, активно участвуют в различных конгрессах, накапливают свои знания. Это очень старательные специалисты. Конечно, есть хорошие и плохие врачи, но это есть везде, и у нас, и у них. Главное отличие кроется в образовании. Наше урологическое образование очень короткое, недостаточное. Ординатура по урологии всего два года, этого времени катастрофически мало для подготовки современного уролога.

Вторая проблема кроется в знании иностранных языков. Когда мы возвращаемся из Европы, то обязательно рассказываем, что существует курс для молодых специалистов-урологов. Курс бесплатный, доступен для наших врачей, но условия обучения требуют знания английского языка. Для российских урологов это становится барьером. Любой европейский уролог знает английский язык, у нас это скорее исключение, чем правило. Бороться с этим фактом сложно и тяжело, потому что начинать учить язык надо с раннего детства.

– Дмитрий Юрьевич, Вы как Главный уролог Минздрава можете сказать – какие еще реформы ожидают урологов в будущем?

– Отвечу, какие реформы я бы хотел увидеть как Главный уролог Минздрава. Мне бы хотелось, чтобы наш специалист отвечал сам за себя, чтобы за его действия не несла ответственность поликлиника, больница и прочие административные инстанции.

Нам также необходима система постоянного медицинского (балльного) образования, когда специалист накапливает баллы за повышение уровня знаний. Его никто не экзаменует, но за свою активность он получает баллы, необходимые для дальнейшей сертификации, как это происходит во всем мире.

Также было бы желательно, чтобы все клиники, кафедры (не только Москвы) имели государственное задание, которое обеспечивалось бы оборудованием и финансами, т.е. если ко мне на обучение пришли 15 ординаторов, то я должен понимать не только чему их обучить, но и где мне взять больных, операционные дни, оборудование, учебные комнаты, лаборатории и гранты. Такие реформы должны ждать нас в будущем, если они не будут реализованы, то никакой медицины в нормальном понимании этого слова не будет.

– Дмитрий Юрьевич, Вы очень много работаете, оперируете, руководите кафедрой, являетесь членом Европейской, Американской, Российской ассоциаций урологов, Главным урологом Минздрава и Департамента здравоохранения Москвы, являетесь прекрасным семьянином, как Вам все это удается?

– Да, я много работаю, руковожу кафедрой, являюсь членом Европейской, Американской, Российской ассоциаций урологов, для меня это большая честь, но считаю, что уделяю этой работе недостаточное количество времени.

Я занимаю должность Главного уролога Минздрава и Департамента здравоохранения Москвы и также обязан уделять этому направлению больше внимания, чем делаю это сейчас. Я такой же обычный человек, как и все, я не все успеваю, и мне не все удается.

Также я думаю, что не нужно брать на себя то, что ты не в состоянии выполнить. К примеру, мне прочат взять на себя ведение Московской урологической школы, я не могу этого сделать. У меня не хватает ни знаний, ни времени. Это должны и будут делать ведущие московские специалисты, благодаря которым и будет существовать это детище. Но не мне лично.

– Несмотря на то что Вы много работаете, Вам удается всегда выглядеть бодрым, энергичным. Поделитесь секретом?

– Вообще я считаю, что наш российский специалист обязан выглядеть отлично, и это должно стать нормой. Надо обязательно понимать, что единое дело, которым мы заняты, только тогда будет иметь положительный результат, когда есть коллективное решение и работа. Для этого у нас есть Президиум совета урологов, инициативная группа Московской урологической школы и т.д., именно наличие коллектива вокруг и позволяет быть бодрым и энергичным.

– Дмитрий Юрьевич, что бы Вы хотели пожелать своим коллегам и нашим читателям?

– Самое главное пожелание – это заниматься урологией. Не подменять урологию другими дисциплинами, придумывать что-то для наших больных. В нашу клинику обращаются очень много пациентов с осложнениями после проведенного лечения. В связи с этим мне хотелось бы обратиться к коллегам с просьбой – не брать на себя лишнего и делать только то, что они действительно хорошо умеют, не браться за то чего они не могут сделать.

Я считаю, что если человек овладел каким-либо методом лечения, он должен гарантировать его высокое качество. К примеру, если ко мне обращается пациент с камнем в почке, то я отвечу отказом – сейчас я этим не занимаюсь, у меня другие точки приложения. Если каждый будет заниматься своим делом, то нашу страну во всем, включая урологию, ждет огромный прогресс.

Своим коллегам мне бы хотелось пожелать здоровья, успешной работы на благо урологии и помнить – мы всегда вместе, были, есть и будем. Грядущие изменения мы должны встретить консолидированной группой профессионалов, которая отстаивает свои профессиональные принципы. Об этом, в частности пойдет речь на предстоящей Школе, где будет преподаваться урология, а не парамедицинские вопросы. Урология, и именно так, как это написано во всем мире в клинических рекомендациях. Мы ждем всех на Школе, и в связи с этим я хочу поблагодарить всех преподавателей, которые согласились принять участие и взять на себя столь серьезный, чудовищный труд. Также хочу поблагодарить за эту инициативу Департамент здравоохранения Москвы и сказать слова благодарности в адрес организаторов Российского общества урологов, Европейской урологической ассоциации, МГМСУ им. А.И. Евдокимова за поддержку данного проекта. Все эти люди абсолютно честно протянули нам руку. Благодаря их участию Школа состоится. Приходите – будет интересно!

Интервью брала Юлия Кулигина

Быть московским урологом – это честь и ответственность

8–9 октября 2015 г. начала работу первая Московская урологическая школа, которая будет проходить ежегодно в формате «2 дня теории+1 день практики». Теоретическая часть включала 4 модуля, содержащих лекции ведущих специалистов по основным вопросам урологии, а практическая часть – разбор операций, клинических случаев и тест-задания состоится 27 ноября.

Элемент обязательного образования

Проведение Московской урологической школы инициировало Правительство Москвы и Департамент здравоохранения Москвы. Идею создания Школы и ее проведение поддержало также Министерство здравоохранения РФ, Российское общество урологов (РОУ), Европейская ассоциация урологов, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, группа «Новая медицинская инициатива».

Организация Школы как обязательного элемента непрерывного последипломного образования была осуществлена в ответ на две ключевые задачи, поставленные мэром Москвы С.С. Собяниным в рамках реализации программы «Развитие здравоохранения Москвы до 2020 г.»: повышение качества медицинской помощи, оказываемой населению; внедрение единых подходов, основанных на успешной медицинской практике и последних достижениях в данной области медицины. Конкретными задачами Школы стала стандартизация методов лечения и профилактики урологических заболеваний, а также повышение образования урологов, причем работающих не только в Москве, но и по всей России. Школа собрала свыше трехсот слушателей-москвичей и около 1000 зрителей, участвовавших в ней дистанционно, благодаря *on-line* трансляции по стране.

Руководителем Школы стал главный внештатный специалист по урологии Москвы, профессор Д.Ю. Пушкарь. Он не только возглавил преподавательский состав Школы, но и сам участвовал в лекционной программе. Школа была реализована как элемент обязательного непрерывного медицинского образования (НМО). Этот термин, опираясь на действующую законодательную базу, можно определить как обязательное для медицинских и фармацевтических работников постоянное повышение квалификации. Оно начинается после получения специальности и длится в течение всей жизни уролога. В рамках этого проекта уже началась подготовка специальных учебных материалов, в которые по разделу урология будут включены в .т.ч. и записи лекций, прочитанных на Школе.

В целом же такими материалами станут электронные образовательные модули для дистанционного и традиционного непрерывного образования врачей. Внедрение системы НМО считается важнейшей частью модернизации российского здравоохранения, поскольку оно позволит реформировать действующую систему дополнительного профессионального медицинского образования, что в итоге обеспечит существенное повышение квалификации врачей, в т.ч. урологов.

В соответствии с программой НМО, каждый российский врач должен пройти аккредитацию медицинских работников, которая начнется в 2016 г. – за год накопить не менее 50 квалификационных баллов (50 часов образовательной активности), а за 5 лет – 250 баллов. Все столичные урологи, которые стали слушателями Школы, получили пластиковую «карту московского уролога». Отныне она станет для них носителем информации о набранных баллах по системе НМО. Обучение в Школе принесло владельцам карты 20 баллов. Таким образом, новаторство Московской урологической школы состояло в реализации на практике системы НМО, которая уже давно и успешно работает в западных странах. Сейчас началось формирование подобной системы и в России, и Школа стала одним их первых примеров успешной реализации этой реформы.

Е.И. Велиев

А.В. Говоров

> «...»
>
> ***Школа показала себя как уникальный и смелый проект, ставший одной из первых вех в построении системы непрерывного медицинского образования. В ближайшее время 600 московских урологов пройдут обучение по единой программе «Золотые стандарты урологии»***

Уйдем от «чернодосочного» образования

– Быть московским урологом – это честь и ответственность, – подчеркнул, открывая Школу, профессор Д.Ю. Пушкарь. – Москвичи доверяют нам свое здоровье и обращаются к нам с самыми деликатными вопросами, надеясь найти в нашем лице чуткого, понимающего советника и настоящего профессионала своего дела. Но это доверие нужно оправдать. А для этого все мы должны постоянно повышать свой профессиональный уровень. Московская урологическая школа была задумана нами как раз с этой целью – помочь каждому из ее участников стать лучшими в своей профессии. Некоторые из нас полагают, что они уже все знают, но зачастую это не так. Даже если за плечами десятилетия практики, все равно каждому есть, чему учиться. Несомненная привилегия московских урологов – непосредственное общение с ведущими специалистами – преподавателями Школы.

– Занятия в Школе, –продолжил Д.Ю. Пушкарь, – будут проводиться на регулярной основе, что поможет вам соответствовать высокому стандарту московского уролога и получить дальнейшую сертификацию. Для этого мы разработали программу «Золотые стандарты урологии», и за несколько лет все желающие специалисты смогут получить комплексное и современное практическое обучение. Подчеркну, что Школа является принципиально новым образовательным проектом, который я назвал бы интерактивным модульным преподаванием. Для участия в этом мероприятии, поскольку в таком формате оно проводится первый раз и его организаторам важно увидеть все достоинства и недостатки намеченно-

«...»

Участники первой Московской урологической школы уже в дни ее проведения регистрировались для участия во второй подобной Школе. Она пройдет 25–26 февраля и 25 марта 2016 г.

го нами пути, мы выбрали ограниченное число слушателей – всего 300 урологов. Вы разделитесь на 2 «класса» по 150 человек, и в течение двух дней каждая группа прослушает все подготовленные лекции. Вашими преподавателями станут замечательные специалисты не только в клинической практике, но и в обучении студентов и врачей навыкам консервативной и оперативной урологии. Очень важным критерием отбора лекторов для нас был и их опыт преподавания в интерактивном формате. Изо всех сил мы хотели уйти от «чернодосочного» образования, в котором, если учитель сказал что-то полезное по теме, то оно и хорошо, а если ученик хоть что-то вынес из урока, то это еще лучше. Повторяю, мы стремились построить обучение по принципам эффективного и современного образования специалистов. И вы поможете нам понять, достигли ли мы этой цели, когда, заполнив специальные бланки, проставите в них по 5-балльной системе оценки вашим преподавателям за содержание лекций, качество слайдов, степень интерактивности.

– Назову теперь ключевую особенность нашего проекта, – сказал профессор Д.Ю. Пушкарь. – Ни одна из лекций не будет связана с рекламой препаратов или изделий медицинского назначения. Мы обязаны лечить больных согласно соответствующим стандартам, изданным Минздравом; и рекомендациям, подготовленным профессиональными сообществами урологов. Эти документы станут краеугольными камнями в той информации, которую вы получите на Школе. От всей души желаю вам успешной работы в те очень напряженные дни, которые вам предстоят!

Следующим к участникам Школы обратился заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы, А.В. Погонин. Он поздравил слушателей Школы и ее лекторов с открытием этого важного для московской медицины мероприятия и передал им приветствие и пожелание плодотворной работы от заместителя мэра Москвы в Правительстве Москвы по вопросам социального развития Л.М. Печатникова.

– Хотел бы напомнить слова Леонида Михайловича, прозвучавшие в одном из его выступлений, – сказал А.В. Погонин. – «Мы потратили только на оснащение столичной медицины оборудованием 45 млрд руб. Накупили «железа», а работать на нем некому». – Мы рассчитываем, что врачи начнут повышать квалификацию и будут соответствовать той технике, которую мы закупили. Итак, сегодня, когда здравоохранение столицы, и в т.ч. учреждения урологической службы, переоснащены технологически, необходимо повышать образование врачей, и мы, руководители московского здравоохранения, надеемся, что новый образовательный проект, частью которого стала Московская урологическая школа, внесет вклад в решение этой задачи.

Член-корреспондент РАН, председатель РОУ, Ю.Г. Аляев подчеркнул в своем приветственном обращении к участникам Школы, что это мероприятие является столь же важной частью образования врачей, как и подготовка их к аккредитации.

– За участие в Школе, – сказал Юрий Геннадиевич, – вы получите некую сумму баллов, или «кредитов». И далее будете получать их за написание статей, защиту диссертации, участие в исследовательской работе, в конгрессах и съездах урологов. В зависимости от общего количества набранных вами баллов, будет решено, прошли ли вы аккредитацию. Но еще мне хотелось бы, чтобы вы относились к этим баллам и как к оценке вашего движения вперед как специалиста к новым знаниям, новому опыту в практической урологии на пользу ваших больных. Итак, желаю вам успеха на этом пути! Убежден, что вы значительно расширите ваши познания в нашем направлении медицины благодаря тем замечательным возможностям, которые Школа откроет для вас.

Четыре образовательных модуля

Образование на Школе было построено по модульной системе. Первый из модулей включал лекции по проблемам онкоурологии. Конкретными же темами этого цикла обучения стали рак мочевого пузыря, объемные образования почек, опухоли яичка, полового члена, предстательной железы. Преподавателями здесь выступили профессора Б.Я. Алексеев, Е.И. Велиев, В.Б. Матвеев, доцент А.В. Говоров.

В рамках второго модуля были представлены такие патологии, как мочекаменная болезнь, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, аномалии развития и инфекционные заболевания мочеполовой системы. По этим темам лекции прочитали профессора А.З. Винаров, Н.А. Григорьев, А.В. Зайцев, А.Г. Мартов.

Андрология и реконструктивно-пластическая урология – таковы были темы третьего модуля. С лекциями по этим направлениям урологии выступили профессора С.И. Гамидов, Н.Д. Ахведиани, доценты А.В. Живов и П.И. Раснер.

Наконец, четвертый образовательный модуль относился к урогинекологии и нейроурологии, в т.ч. проблемам диагностики и лечения недержания мочи у женщин, гиперактивного мочевого пузыря, синдрома хронической тазовой боли. О современных методах борьбы с этими расстройствами рассказали профессора Д.Ю. Пушкарь, Г.Г. Кривобородов, доценты Г.Р. Касян и М.Ю. Гвоздев.

Институт последипломного профессионального образования ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России (www.ippofmbc.ru)

КАФЕДРА УРОЛОГИИ И АНДРОЛОГИИ

На кафедре ведущими специалистами в области урологии, андрологии и генитальной хирургии осуществляются следующие виды послевузовского и дополнительного профессионального образования:

- обучение в ординатуре и аспирантуре по специальности «Урология»;
- профессиональная переподготовка врачей по специальности «Урология»;
- общее усовершенствование по специальности «Урология»;
- тематическое усовершенствование: «Эндоскопическая хирургия мочевых путей», «Андрология», «Андрология и генитальная хирургия», «Лапароскопическая урология».

Специализированные циклы:

- «Неотложная оперативная помощь при травмах почек»;
- «Оперативная андрология при травмах генитальной зоны, повреждениях уретры».

Зав. кафедрой: д.м.н. проф. Мартов Алексей Георгиевич – e-mail: martovalex@mail.ru.
Учебная часть: Абдулхамидов Александр Нурмагомедович – тел.: (495) 649-98-77, e-mail: dr.abdul@mail.ru.
Адрес: Москва, м. «Щукинская», ул. Маршала Новикова, 23.

Программы профессиональной переподготовки с выдачей диплома (свыше 500 часов)

После успешной сдачи сертификационного экзамена выдается **сертификат специалиста**

№ п/п	Наименование цикла	Контингент обучающихся	Объем учебного плана (час.)	Сроки проведения	Цена
435 436	Урология	Врачи-урологи	576	02.02–02.06 01.09–23.12	30 000 руб.*

** в стоимость обучения входит проведение сертификационного экзамена с выдачей сертификата специалиста.*

Программы повышения квалификации с выдачей удостоверения (сертификационный курс)

После успешной сдачи сертификационного экзамена выдается **сертификат специалиста**

№ п/п	Наименование цикла	Контингент обучающихся	Объем учебного плана (час.)	Сроки проведения	Цена
437 438 439 440 441	Урология	Врачи-урологи	144	16.02–18.03 30.03–27.04 18.05–17.06 01.09–29.09 19.10–17.11	15 000 руб.*

** в стоимость обучения входит проведение сертификационного экзамена с выдачей сертификата специалиста.*

Программы повышения квалификации с выдачей удостоверения

Без выдачи сертификата специалиста

№ п/п	Наименование цикла	Контингент обучающихся	Объем учебного плана (час.)	Сроки проведения	Цена
442	Эндоскопическая хирургия мочевых путей	Врачи-урологи	72	по мере набора группы	12 000 руб.
443	Андрология	Врачи-урологи	72	по мере набора группы	12 000 руб.
444	Лапароскопическая урология	Врачи-урологи	72	по мере набора группы	12 000 руб.
Специализированные циклы повышения квалификации по тематике «Экстремальная медицина»					
445	Неотложная оперативная помощь при травмах почек	Врачи-урологи	72	по мере набора группы	6 500 руб.
446	Оперативная андрология при травмах генитальной зоны, повреждениях уретры	Врачи-урологи	72	по мере набора группы	6 500 руб.

Программы высшего образования

№ п/п	Название программы	Вид подготовки	Контингент обучающихся	Продолжительность	Сроки проведения	Цена
447	Урология	Ординатура	Выпускники медвузов, врачи лечебных специальностей	2 года	с 01.09	70 000 руб./год*
448	Урология	Аспирантура	Врачи лечебных специальностей	3 года (очная форма)	с 01.09	70 000 руб./год
449	Урология	Соискательство	Врачи лечебных специальностей	до 3 лет	в течение года	30 000 руб./год

** в стоимость обучения входит проведение сертификационного экзамена с выдачей сертификата специалиста.*

Опыт совместного ведения пациентов с азооспеpимей специалистами отделения реконструктивной урологии и центра репродукции

П.С. КЫЗЛАСОВ, А.А. ОБЫДЕНОВ, А.Н. АБДУЛХАМИДОВ, А.Г. МАРТОВ
ИППО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Бесплодием страдают мужчины и женщины во всем мире. Оценка распространенности данного состояния в настоящее время неточна. Считается, что от 8 до 15% супружеских пар в течение репродуктивного периода сталкиваются с данной проблемой (ВОЗ, 1995). При расчете на общую популяцию это значит, что в мире насчитывают более 100 млн супружеских пар, для которых проблема бесплодия является причиной личных страданий и влечет за собой распад семьи.

В прежние годы ответственность за бесплодие брака чаще возлагалась на женщину. В последнее же время, благодаря более частым обследованиям мужей и, в частности лабораторным анализам семенной жидкости, выяснилось, что примерно в половине бесплодных браков виновником бесплодия является не женщина, а мужчина. По данным Всемирной организации здравоохранения, около 50% причин бесплодия в паре – мужской фактор бесплодия.

При этом около 10% бесплодных мужчин – пациенты с азооспермией. Азооспермию можно разделить на 2 вида: необструктивная и обструктивная. В 60% случаев азооспермии причиной является необструктивная патология репродуктивной системы, которая чаще всего возникает на фоне гормонального сбоя. Обструктивная азооспермия – состояние, заключающееся в отсутствии сперматозоидов в эякуляте по причине непроходимости семявыносящих путей, встречается в 40% случаев. Лечение только хирургическое.

Методом выбора преодоления бесплодия в парах с азооспермией является ИКСИ (ICSI – intracytoplasmic sperm injection – инъекция сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки) тестикулярными или эпидидимальными сперматозоидами, однако каждая пара хочет зачать ребенка естественным путем. Несмотря на относительно низкую эффективность микрохирургических реконструкций при обстуктивном бесплодии (по данным Connor, проанализировавшего результаты 420 вазостомий, выполненных 125 хирургами в США, 160 были успешными, что составило 38%). Критерием успеха считали появление сперматозоидов в эякуляте.

У мужчин с обструктивным бесплодием яички обычно нормальных размеров, уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) также в норме. При осмотре можно обнаружить увеличенные в размерах, уплотненные придатки яичек. Иногда семявыносящие протоки могут отсутствовать вследствие врожденных причин или оперативных вмешательств в паховой области или на мошонке. Чаще нарушение проходимости у мужчин с первичным бесплодием обнаруживается на уровне придатка яичка; другими уровнями обструкции могут быть семявыносящие и семявыбрасывающие протоки. У 25% мужчин с предполагаемой обструкцией не удается обнаружить сперматозоиды в придатке яичка, что отражает вероятность интратестикулярной обструкции. Учитывая, что чаще всего обструктивная азооспермия обусловлена обструкцией на уровне придатка яичка и наблюдается у 30–67% мужчин с азооспермией и снижением уровня ФСГ в 2 раза по сравнению с нормой, остановимся на этой форме более детально.

Врожденные формы обструкции на уровне придатков яичек часто ассоциированы с хроническими синопульмональными инфекциями (синдром Юнга), при которых обструкция возникает из-за механической блокады просвета проксимального отдела придатка яичка детритом.

Приобретенные формы обструктивной азооспермии носят вторичный характер и являются следствием острых (например, гонококкового) или субклинических форм (например, хламидиозного) эпидидимита. Приводить к повреждению придатка яичка могут также острые или хронические травмы. Реже азооспермия может быть вызвана хирургическим вмешательством на придатке яичка, например удалением кисты.

В разных странах существуют различные протоколы хирургического получения сперматозоидов относительно времени до пункции фолликулов у супруги пациента. Некоторые клиники предпочитают выполнять биопсию яичка/придатка как диагностическую манипуляцию с криоконсервацией материала в случае обнаружения сперматозоидов и только после этого начинают индукцию суперовуляции у супруги пациента. Другие выполняют биопсию накануне пункции фолликулов у супруги и используют нативные сперматозоиды.

В России до недавнего времени преобладали «свежие» биопсии яичка/придатка в день пункции фолликулов у супруги. Отрицательные моменты этого подхода очевидны. Во-первых, в случае отсутствия собственных сперматозоидов пара вынуждена срочно принимать решение об использовании донорской спермы или витрификации уже полученных яйцеклеток, что может снижать частоту наступления беременности. Во-вторых, биопсия яичка должна быть выполнена в течение двух часов после пункции фолликулов, а дата и время пункции может определяться за 2–3 дня до последней. В связи с развитием эмбриологических методик в настоящее время все большее число биопсий выполняется как диагностическая манипуляция. При обнаружении сперматозоидов они криоконсервируются для последующего использования в цикле ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение)-ИКСИ. При отсутствии сперматозоидов материал отправляется на гистологическое исследование для подтверждения эмбриологического заключения и оценки возможности стимуляции сперматогенеза.

Особую группу составляют пациенты, которые настаивают на выполнении реконструкции семявыносящих протоков. При неэффективности оперативного лечения этим пациентам все равно приходится выполнять биопсию яичка/придатка для проведения цикла ЭКО-ИКСИ. Интраоперационно можно определить уровень обструкции, наличие сперматозоидов в яичке или придатке яичке, что может определить объем оперативного вмешательства

В настоящее время очень мало клиник, которые могут оказать полный комплекс услуг (реконструкция семявыносящих протоков с интраоперационной биопсией яичка/придатка с последующей криоконсервацией сперматозоидов).

В нашей клинике пациентам с азооспермией вследствие приобретенной обструкции семенных путей на уровне придатка яичка выполняется микрохирургическая эпидидимовазостомия по типу «конец в бок» с инвагинацией эпидидимовазостомы (рисунок). Реконструкция может быть как односторонней, так и двусторонней процедурой; восстановление проходимости и частота беременностей обычно выше при двустороннем вмешательстве. До микрохирургического этапа операции необходимо удостовериться в сохранности проходимости семенных канальцев, с этой целью мы проводим интраоперационную спермиоскопию. С 2015 г. перед микрохирургическим вмешательством (и во всех случаях, когда невозможна реканализация) сперматозоиды придатка яичка мы аспирируем и подвергаем криоконсервации (в центре репродукции) для последующего ИКСИ, если хирургическая реканализация окажется неэффективной.

Суть данной операции заключается в следующем: на неизмененной части придатка (теле или головке) делают поперечный разрез. Семявыносящий проток выделяют до места облитерации и, предварительно перевязав дистальный его конец, перерезают. Оставшийся конец надсекают в продольном направлении и ушивают конец в конец с раной придатка.

Благодаря совместному подходу к ведению таких пациентов, нам удалось значительно улучшить результаты лечения пациентов с обструктивным бесплодием. Так, за первое полугодие 2015 г. в клинику поступили 11 пациентов с обструктивным бесплодием, семерым из них была выполнена микрохирургическая реконструкция семявыносящих протоков, из них 4 пациента после операции смогли самостоятельно зачать ребенка, а троим потребовалось применение ИКСИ. У оставшихся четырех пациентов в придатке интраоперационно сперматозоиды выявлены не были, в связи с чем пациентаим была выполнена биопсия яичка с аспирацией содержимого. У одного пациента, по данным биопсии, выявлены выраженные нарушения сперматогенеза (2 балла по Джонсону), в связи с чем предложено использование донорской спермы, а трем пациентам было выполнено ИКСИ сперматозоидами, полученными из яичка. В конечном итоге 10 пар из 11 обратившихся смогли зачать ребенка, перенеся всего одну операцию. В завершение хочется отметить, что неважно чем вы занимаетесь, но если вы сотрудничаете с коллегами, вы непременно добьетесь более высоких результатов, чем в одиночку.

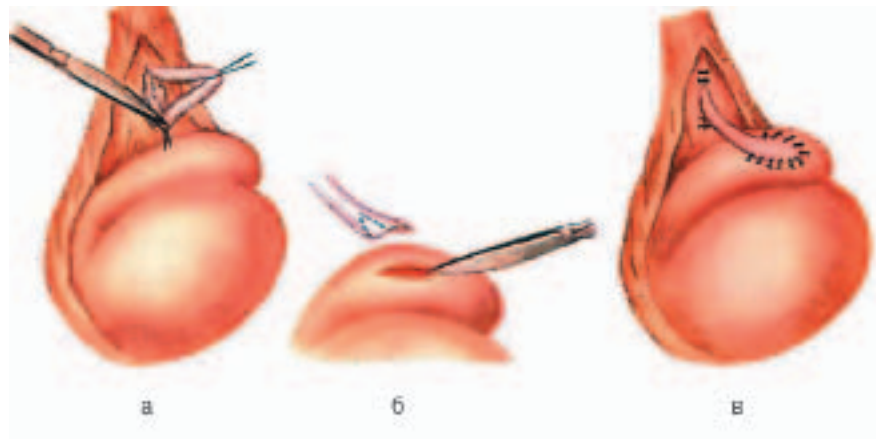


Рис. Этапы микрохирургической вазоэпидидимостомии
а – выделение протока; б – вскрытие придатка; в – анастомоз протока с придатком.

Силденафил
ДИНАМИКО
ПОЛЬНАЯ ТАБЛЕТКА С МОДИФИЦИРОВАННЫМ СОСТАВОМ

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

Таблетка силденафила с модифицированным составом:[1]

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

1. Возможны побочные действия. Более подробная информация содержится в инструкции по медицинскому применению препарата Динамико.
2. Камалов А.А., Скоботов Д.А., Осмаковский Б.С., Тихорадзе А.М., Тихоркин А.Р. | Комбинированная терапия больных с симптомами нижних мочевых путей и эректильной дисфункцией. «Естественные и значительные нарушения» – 2013. – № 1. 3. Giuliano F., Jaussen G., Montorsi F., Martin-Morales A., Rolland P. Safety of sildenafil citrate: review of 67 double-blind placebo-controlled trials and the post-marketing safety database. The International Journal of Clinical Practice. Blackwell Publishing Ltd. Jan 2010, 64, 2, 240–255. ООО «Пфайс» 115054, г. Москва, ул. Дарская, д. 35. Тел.: +7 (495) 644-22-34, факс: +7 (495) 644-22-35/35. PRE-SYN-AD-070415-EL-1414-050415. На правах рекламы.

Руководство EAU по разделу «Детская урология»: что нового за 5 лет?

Летом этого года на заседании Московского общества урологов заместитель директора ФГБУ РНЦРР по научно-лечебной работе А.Ю. ПАВЛОВ, доктор медицинских наук представил доклад о важных обновлениях, внесенных за последние годы Европейской ассоциацией урологов в руководство по лечению и диагностике заболеваний мочеполовой системы у детей. В беседе с Андреем Юрьевичем основные положения его выступления обсудил корреспондент газеты Александр Рылов.

Доктор А.Ю. Павлов

- Андрей Юрьевич, в 2015 г. Европейская ассоциация урологов (EAU– European Association of Urology) внесла очередные обновления в раздел «Детская урология» руководства по лечению и диагностике заболеваний мочеполовой системы, а когда данный раздел первый раз появился в общем руководстве, как часто в него вносят изменения?

- Впервые в общем руководстве EAU специальный раздел по детским заболеваниям был опубликован в 2001 г. С тех пор «педиатрические рекомендации» этой международной организации стали авторитетнейшим документом для детских урологов-андрологов всего мира. Затем обновления были внесены в 2005 и 2006 гг., а с 2008 по 2015 г. документ для педиатров усовершенствовался уже ежегодно, И, скорее всего, такая тенденция продолжится. А причина в том, что в развитых странах, как и в России, идет напряженная работа по усовершенствованию уже применяемых и поиску инновационных способов борьбы с детскими уроандрологическими заболеваниями. Поэтому быстро появляются новые эффективные решения, одновременно оказывается, что какие-то традиционные приемы на самом деле приносят мало пользы или даже небезопасны. И темпы развития здесь очень высоки. Например, еще в конце прошлого века пренатальная УЗИ-диагностика патологии мочеполовых органов у плода считалась чудом медицинской науки. А сегодня во всех развитых странах она включена в стандартные методы амбулаторного обследования беременных женщин, и на повестке дня стоит начало лечения этих расстройств уже не в раннем возрасте ребенка, а еще раньше – в материнской утробе, благодаря фетальной хирургии. Все это оперативно отражается в международных рекомендациях. Движущей же силой этого «бурного потока» является высокая медико-социальная значимость детских уроандрологических заболеваний, а соответственно, и постоянное внимание к этим проблемам регулирующих медицинских органов, как и высокая активность профессиональных сообществ врачей, примером которых в нашей стране является Межрегиональная общественная организация детских урологов-андрологов России.

- Андрей Юрьевич, скажите, пожалуйста, по Вашему мнению, в чем заключается актуальность проблемы детских уроандрологических заболеваний?

- Примерно 15% семейных пар в РФ оказываются бесплодными, причем в 35% случаев – по причине нарушения фертильности супруга. При этом около 60% таких мужчин потеряли способность к зачатию ребенка еще в детстве. Данная ситуация приводит к тому, что ежегодно не рождаются десятки тысяч россиян. В то же время не только в России, но и в западных странах, по данным разных авторов, выявляемость заболеваний репродуктивной системы у мальчиков является катастрофически низкой, достигая в разных лечебно-профилактических учреждениях не более 13–56%. И большинство заболеваний, приводящих к нарушению фертильности у мужчин, в т.ч. варикоцеле, крипторхизм, монорхизм, анорхизм, гипоспадия, т.н. иммунное бесплодие, эндокринные заболевания, своими корнями уходят в детство. Итак, в развитых странах, в большинстве из которых коренное население сокращается, а общая численность населения растет только за счет мигрантов, сохранение репродуктивного здоровья мальчиков является существенным резервом для решения демографической проблемы.

- Насколько часто встречаются аномалии мочеполового тракта?

- Большинство из них являются врожденными и распространенность их весьма высока. Напомню, что частота общей врожденной и наследственной патологии в популяции не изменяется за последние годы и составляет в среднем 1–5% от числа новорожденных детей. В мире ежегодно рождаются от 10 до 20 млн детей с такими заболеваниями. И чем ниже в развитых странах становится смертность от асфиксии, родовой травмы и инфекций, тем выше в структуре неонатальной и младенческой смертности удельный вес врожденных пороков развития. Так вот, в структуре патологий развития всех органов человека пороки почек и мочевых путей занимают одно из ведущих мест, составляя по некоторым данным до 20%, что соответствует около 7,5 случаев на 1000 новорожденных.

- Перечислите, пожалуйста, группы заболеваний, описанных в разделе по детской урологии рекомендаций EAU 2015 г.

- Две главных из них включают детские андрологические и урологические заболевания. К первой группе относятся фимоз, крипторхизм, гидроцеле и варикоцеле, синдром острой мошонки, гипоспадия, врожденное искривление полового члена. Ко второй – инфекции и дневные дисфункции нижних мочевых путей, моносимптомный энурез, нейрогенный мочевой пузырь, обструктивные уропатии – гидронефроз и мегауретер, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, мочекаменная болезнь, уретероцеле и эктопия мочеточника, клапаны задней уретры. Кроме того, в разделе «детская урология» есть главы: нарушения полового развития, травмы органов мочеполовой системы, постоперационная инфузионная терапия и обезболивание.

- Андрей Юрьевич, что нового по лечению андрологических заболеваний появилось в рекомендациях EAU?

- Начну с самой распространенной из таких болезней – фимоза, т.е. невозможности обнажения головки полового члена вследствие узости крайней плоти. Исследования последних лет по этому заболеванию были посвящены консервативному лечению фимоза, в т.ч. с помощью локальной стероидной терапии; сравнению новых методов аппаратного циркумцизио, восстановлению бактериальной флоры после обрезания, изучению связи фимоза с раком полового члена, выбору оптимального времени для хирургического лечения, профилактике осложнений обрезания. Лечение фимоза сейчас рекомендовано начинать после 2-летнего возраста ребенка с учетом предпочтений родителей.

В рекомендациях EAU по фимозу были внесены важные обновления. При первичном фимозе в первой линии терапии рекомендовано использовать кортикостероидные кремы, эффективность которых составляет здесь более 90%. Причем при этом заболевании рецидивирующие баланопоститы и инфекции мочевыводящих путей у мальчиков с аномалиями мочевыделительной системы являются показанием для активного вмешательства.

Вторичный фимоз теперь рассматривается как абсолютное, а парафимоз – ургентное показание для циркумцизио. Профилактическое циркумцизио у новорожденных для предотвращения рака полового члена признано неэффективным.

Не менее важные изменения в руководствах появились по лечению крипторхизма. Хирургическое лечение теперь следует проводить в возрасте 12–18 месяцев. Подчеркну, что мальчики с гипермобильными яичками, согласно новым рекомендациям, не подлежат оперативному лечению, но нуждаются в наблюдении до пубертатного возраста. Лекарственная терапия до или после хирургических орхидолиза и орхидопексии, как и гормональная терапия, уже не входит в стандарт лечения этой болезни. Решение об их проведении принимаются только на основании индивидуального подхода. У мальчиков 10 лет и старше с нормальным контралатеральным яичком орхидэктомия является методом выбора, потому что имеется теоретический риск малигнизации в будущем.

- Андрей Юрьевич, изменились ли рекомендации по лечению гидро- и варикоцеле?

- Да, у большинства младенцев хирургическое лечение гидроцеле теперь не показано до 12–24 месяцев ввиду доказанной тенденции к спонтанному разрешению. Ранняя же операция нужна только при подозрении на сочетание гидроцеле с грыжей или дополнительной патологией яичка. Вмешательство заключается в лигировании вагинального отростка и иссечении грыжевого мешка. Согласно

последним рекомендациям, склерозирующие препараты использовать нельзя ввиду риска перитонита. Назову теперь существенное изменение в рекомендациях по лечению варикоцеле. Решено, что сегодня нет убедительных данных о том, что лечение этой болезни в раннем детском возрасте улучшает андрологические результаты по сравнению с терапией у подростков и юношей. Хирургическое лечение теперь рекомендовано только в случаях, если варикоцеле сочетается с маленькими гонадами, дополнительными особенностями яичка, снижающими фертильность; патологическим качеством спермы у старших подростков, наконец билатеральным пальпируемым варикоцеле.

- Гипоспадия – еще одно врожденное андрологическое заболевание, которое лечится только хирургически. В последних рекомендациях тоже пересмотрены сроки операций?

- Напомню, что мы говорим об аномалии анатомического строения пениса у мальчика, при которой отверстие мочеиспускательного канала смещается, вплоть до нахождения не на головке, а снизу на теле члена, на мошонке или в промежности. Половой орган при этом может быть анатомически недоразвитым, изогнутым, маленьким, тонким или приросшим к мошонке. В отношении гипоспадии изменений в рекомендациях по срокам операций нет. Их следует выполнять в возрасте 6–18 месяцев, максимум двух лет с целью исправить изгиб полового члена, сформировать новую уретру адекватного размера, перевести новое отверстие мочеиспускательного канала на кончик головки и обеспечить общий косметически приемлемый вид гениталий мальчика. Отличием новых рекомендаций является акцент на необходимость различать функциональное лечение от эстетического. Во втором случае надо проводить операции только тогда, когда в них есть острая необходимость, поскольку осложнения здесь встречаются достаточно часто. При операциях по поводу дистальных форм гипоспадий – в 10% случаев и в 25% – при проксимальных.

- Андрей Юрьевич, для каких еще детских андрологических заболеваний в рекомендации за последние 5 лет были внесены существенные изменения?

- Речь, пожалуй, идет о синдроме острой мошонки. В предыдущих рекомендациях указывалось, что перекрут гидатиды яичка можно лечить консервативно. Эпидидимит обычно купируется самостоятельно при поддерживающей терапии, т.е. при минимизации физической активности и применении анальгетиков излечивается без остаточных явлений. Сейчас же считается, что синдром острой мошонки, обусловленный двумя вышеописанными заболеваниями – это неотложное состояние, требующее немедленного вмешательства. Новорожденные с двусторонним поражением органов мошонки должны подвергаться неотложному хирургическому вмешательству. Перекрут гидатиды яичка может лечиться консервативно. В сомнительных случаях или при персистирующем болевом синдроме показано хирургическое вмешательство, причем срочная ревизия требуется во всех случаях сохранения симптомов более 24 часов.

- Андрей Юрьевич, что изменилось в рекомендациях EUA-2015 по лечению энуреза?

- В последних исследованиях по этой проблеме большое внимание уделяется хронобиологии мочеиспускания, которая доказывает циркадную взаимосвязь «часов» почки, мозга и мочевого пузыря. Лечебное использование «сигнализации» сегодня признано методом выбора при нарушениях пробуждения. Доказанная терапия типа будильника и антидепрессантов считается более эффективной. Применять назальный спрей в лечении энуреза в настоящее время не рекомендуют, учитывая высокий риск передозировки. Лечение у детей до 5 лет признано ненужным, т.к. возможно спонтанное разрешение.

- Андрей Юрьевич, какие современные рекомендации EUA существуют при врожденных поражениях мочевыводящей системы?

- В рекомендациях 2015 г. сделан вывод, что «в настоящее время большинство гидронефротически трансформированных почек диагностируются пренатально, и что обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) является наиболее частой (40%) причиной гидронефротической трансформации».

В разделе по лечению дилатаций верхних мочевых путей, обусловленных обструкцией чашечно-лоханочной системы и уретеровезикального соустья, указано, что постнатальное исследование включает ультразвуковое исследование (УЗИ), диуретическую динамическую нефросцинтиграфию и микционную цистоуретрографию. Решение вопроса о хирургическом вмешательстве принимается на основании времени выявления гидронефроза и оценки функции почки. Показаниями для операции являются наличие обструкции и/или снижение функции почки при последующем наблюдении и увеличение переднезаднего размера лоханки, по данным УЗИ, а также гидронефроз 4-й стадии, по классификации SFU. «Золотым стандартом» лечения обструкции ЛМС признана пиелопластика. Большинство же первичных мегауретеров не требует хирургического вмешательства.

Диагностике и лечению уретероцеле и эктопии мочеточника в рекомендациях последних 5 лет уделялось пристальное внимание и был уточнен ряд положений, которые в рекомендациях 2009 г. и более ранних лет не рассматривались или считались дискуссионными.

При уточнении диагноза уретероцеле, т.е. дефекта мочеточника, характеризующегося кистозным расширением его дистального отдела и выбуханием в полость мочевого пузыря, оптимальными признаны следующие методы обследования: УЗИ, сканирование почек с димеркаптосукциновой кислотой, цистография, МР-урография, магнитно-резонансная томография с высоким разрешением и цистоскопия, являющиеся диагностическими инструментами для оценки функции мочеточника, наличия рефлюкса и нарушений уродинамики. Выбор лечения уретероцеле зависит от симптоматики, функции и рефлюкса. Одновременно возможен как традиционно хирургический, так и эндоскопический выбор, т.е. наблюдение, эндоскопическая декомпрессия, реимплантация мочеточника, геминефруретерэктомия, полная первичная реконструкция. У бессимптомных пациентов без

В операционной

гидронефротической трансформации риск повреждения функциональных структур почки минимальный. Поэтому консервативное лечение здесь предпочтительно. У пациентов с пузырно-мочеточниковым рефлюксом эндоскопическая коррекция является методом выбора, однако реимплантация дает лучшие результаты. Пациентам с обструктивным уретероцеле показана ранняя эндоскопическая декомпрессия. Наконец, у симптоматических пациентов со значительным снижением функции или нефункционирующей пораженной половиной удвоенной почки показана геминефруретерэктомия.

При снижении функции почек при эктопии мочеточника показана геми- или нефруретерэктомия, а при наличии функции – реимплантация мочеточника, однако ни в коем случае не уретероуретеростомия или уретеропиелостомия.

- В заключение нашей беседы, Андрей Юрьевич, благодарим Вас за интересное интервью и анализ последних рекомендаций EAU.

- Хочется верить, что наш труд окажется полезным не только для урологов и андрологов, которые лечат детей, но и для специалистов, работающих со взрослыми пациентами, поскольку, повторю, большинство из тех заболеваний, которые мы сегодня обсудили, может «переходить из детства в зрелые годы» и требует продолжения лечения. Надеюсь, что в 2016 г. в раздел «детская урология» руководства EAU будут внесены новые важные изменения, и наш коллектив готов оперативно их проанализировать и представить вниманию коллег.

Уважаемые коллеги!

19–20 ноября 2015 года состоится мастер-класс
«Лечение рака предстательной железы и осложнений после РПЭ: хирургия или терапия?»

Организаторы:

ФМБА России
ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

При поддержке:

Кафедра урологии ИППО ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России
Департамент здравоохранения г. Москвы
Кафедра урологии МГМСУ
Кафедра эндоскопической урологии РМАПО
ГКБ №57 ДЗ г. Москвы
Клиника урологии ЕМС
Российское общество по эндоурологии и новым технологиям
Ассоциация молодых урологов России (АМУР)
МОО «Интернет форум урологов»

Техническая поддержка:

Uroweb.ru, Uro.ru, Uro.TV, Издательский дом «УроМедиа»

Место проведения

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна»
123182, Москва, ул. Живописная, д. 46

Планируется трансляция из операционных в зал и прямая *он-лайн* трансляция на сайте Uro.TV.

21 ноября 2015 года (суббота) при поддержке Ассоциации молодых урологов России планируется проведение первого чемпионата по пейнтболу среди урологов.

16+ реклама

О химиопрофилактике рака предстательной железы

Рак предстательной железы называют «бомбой замедленного действия»: опухоль развивается медленно и бессимптомно, и, по данным специалистов, более половины лиц, страдающих этим заболеванием обращаются к врачу уже на запущенной стадии и с наличием метастазов. Между тем результаты различных исследований показывают, что на процессы опухолевого роста можно эффективно влиять, в т.ч. с помощью химиопрофилактики. О современных возможностях этого направления шла речь на специальном симпозиуме, прошедшем в рамках XV Конгресса Российского общества урологов под эгидой фармацевтического концерна STADA.

Простатопротекторы нового поколения

По информации Всемирной организации здравоохранения, заболеваемость раком предстательной железы (РПЖ) во всем мире устойчиво растет – приблизительно на 3% в год. При этом злокачественные опухоли простаты развиваются крайне медленно: в течение 20 лет в железе формируется неоплазия, которая может преобразоваться в рак еще лет через десять.

М. Браузи

– Это многоступенчатый процесс, который сопровождается накоплением в ДНК генных мутаций и изменением фенотипа клеток, – отметил в своем докладе профессор из университета Модены Маурицио Браузи (Maurizio Brausi), председатель Европейского общества онкоурологов (ESOU).

По мнению ученого, в процесс развития РПЖ можно и нужно вмешиваться на самых ранних этапах, когда в предстательной железе (ПЖ) обнаруживают новообразование, но биопсия не выявляет злокачественных клеток. Об одном из эффективных, на его взгляд, способов подобного вмешательства – применении препаратов на основе эпигаллокатехина галлата – профессор Браузи рассказал участникам симпозиума «Современные возможности химиопрофилактики рака предстательной железы».

В практике современных урологов все более весомую роль приобретают препараты на основе веществ природного происхождения. Неоспоримое преимущество таких лекарственных средств заключено в отсутствии токсичности, что позволяет использовать их в течение длительного времени. Но насколько они эффективны?

Профессор Браузи привел результаты нескольких клинических исследований – и на лабораторных животных, и на добровольцах. В некоторых программах итальянский профессор участвовал сам, и потому участники симпозиума могли из первых рук получить данные о реально доказанной эффективности препаратов, созданных на основе эпигаллокатехин-3-галлатов.

– Как известно, в Китае, где люди традиционно пьют много зеленого чая, фиксируется самый низкий уровень заболеваемости РПЖ, – отметил Маурицио Браузи, – в результате многолетних наблюдений и научных исследований, 3 из которых были проведены в научных центрах Италии, а около 20 – в США, была подтверждена высокая профилактическая эффективность катехинов.

Итальянский профессор рассказал об исследовании, в котором участвовали ученые университета Модены. Были отобраны две группы мышей с опухолями ПЖ, одной из которых в течение 24 недель добавляли в питьевую воду катехин, а другой давали простую воду. В результате в первой группе количество опухолей со 100% снизилось до 20%, и не было никаких побочных эффектов. Тогда на 2-м этапе исследования пригласили 60 добровольцев, мужчин в возрасте 45–75 лет с дисплазией ПЖ высокой степени риска. Тридцать человек ежедневно принимали 600 мг препарата, содержащего эпигаллокатехин-3-галлат (это 3 капсулы, соответствующие 20 чашкам чая), а остальные пациенты получали плацебо. Спустя полгода среди тех, кто принимал препарат из экстракта зеленого чая, был обнаружен только один случай рака, а в группе плацебо – 9 случаев.

Исследования эффективности катехинов в сочетании с другими средствами продолжаются, но профессор Браузи уверен, что при профилактике рака предпочтение надо отдавать именно растительным препаратам, таким, как, например ПростаДоз, в состав которого входят эпигаллокатехин-3-галлат (teavigo) и индол-3-карбинол (вещество, выделенное из растений семейства крестоцветных).

Делать что-то или ничего?

Профессор из Модены признался, что, когда к доктору приходит пациент с опухолью ПЖ, в которой, по результатам биопсии, нет пока раковых клеток, он волен принять решение о том, чтобы не делать ничего и просто наблюдать за больным, но также он может назначить ему профилактические средства. И профессор Браузи всегда выбирает последнее, ознакомив пациента с результатами своего исследования и предлагая ему самому сделать выбор.

Какие еще возможности для профилактики есть у уролога? Практически обо всех существующих сегодня превентивных возможностях рассказал в своем обзоре «Современный взгляд на химиопрофилактику рака предстательной железы» профессор Дмитрий Цариченко, заместитель директора по новым высоким медицинским технологиям НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, профессор кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ. По словам Дмитрия Георгиевича, каждое предположение о «пользе» того или иного метода профилактики сначала появлялось после проведения больших популяционных исследований, в которых изучали кто, где и в каких условиях живет, каковы в том или ином регионе особенности питания и какова заболеваемость. Результаты таких многолетних наблюдений за большими когортами людей затем являлись основанием для дальнейших, уже научных, исследований – слепых, рандомизированных и многоцентровых, и уже их результаты можно было бы рекомендовать практической медицине. Но именно научное изучение проблемы профилактики РПЖ, в конце концов, подвергают сомнению многие популяционные «советы».

Профессор Цариченко начал свой обзор с последних данных о протективной и даже химиотерапевтической роли аспирина. «Это было одно из самых интересных сообщений за последнее время, – отметил докладчик. – В прошлом году объявили, что аспирин снижает риск гибели больных РПЖ на 39%, что было подтверждено на двух больших когортах людей. Но параллельно уже в 2015 г. в научной литературе появляется другая работа, доказывающая, что аспирин, действительно, позитивно влияет на эту ситуацию, но никакое увеличение дозы положительного результата не дает».

Аналогичные сомнения у ученых то и дело появляются по поводу вроде бы уже давно зарекомендовавших себя лекарственных средств. Дмитрий Цариченко привел в пример препарат финастерид, применяемый при лечении доброкачественной гиперплазии ПЖ (ДГПЖ). «Мы видим в крупных исследованиях подтверждение позитивной роли этого препарата, но только в случаях неосложненного и нераспространенного рака», – подчеркнул профессор.

Д.Г. Цариченко

Доказать однозначно положительную роль в профилактике рака не удалось пока и в отношении монопрепаратов селена: исследователи показали, что очень важен баланс этого элемента в организме человека, а превышение этого уровня не только не защищало организм больного от прогрессирования рака, а способствовало этому. В итоге никто из ученых сегодня не рискнет утверждать однозначно, что для профилактики рака в таких-то дозах полезно принимать препараты селена, цинка, витаминов A, C, E и D_3 или пить томатный сок. Как нет серьезных научных доказательств профилактической роли применения монопрепаратов растительных ингибиторов 5-альфа-редуктазы (например, экстракта карликовой пальмы), сои, кофе, а также кожуры и плодов граната и грецких орехов… «Так что мы будем назначать нашим больным?» – задал аудитории вопрос профессор Цариченко.

В качестве препарата, эффективность которого сейчас активно изучается, докладчик назвал ПростаДоз. Рациональная комбинация действующих веществ в этом препарате, по мнению докладчика, дает хороший онкопротективный эффект, как показывают первые результаты проводимого в настоящее время исследования. В исследовании на настоящий момент приняли участие 52 человека (в возрасте 63,2±3,1 года), у которых была выявлена простатическая интраэпителиальная неоплазия высокой степени. Дизайн этого исследования во многом схож с тем, что проводил итальянский профессор: в течение трех месяцев полови-

на участников клинического исследования получали ежедневно ПростаДоз, затем еще три месяца шли наблюдения за пациентами, и затем бралась повторная биопсия. «На сегодняшний день мы видим, что есть ощутимо выраженный эффект: в группе, получавшей препарат, выявлено только 2 случая развития рака, а в группе плацебо – 8», – сообщил профессор Цариченко.

Цитомедины в урологии. Авторитетный взгляд

В 70-х гг. прошлого столетия доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН, директор Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии Владимир Хавинсон со своими коллегами разработал методику получения особых веществ пептидов, получивших название «цитомедины». Именно руководимому профессором Хавинсоном Институту принадлежит большая роль в широком внедрении пептидов в лечебную практику.

Первоначально они использовались для восстановления функции тех органов человека, из аналогичных которым получались животные пептиды. Однако позже было выявлено системное действие пептидов в организме: цитомедицины в значительной степени контролируют экспрессию генов и синтез белка и препятствуют накоплению в клетках структурных и функциональных изменений, способных привести к развитию патологии.

В.Х. Хавинсон

Профессор Хавинсон в своем докладе «Биорегуляторные пептиды/цитомедины. Применение в урологии» продемонстрировал собравшимся на симпозиуме механизм действия цитомединов на клеточном уровне. По его мнению, человечество вступило в этап глобального постарения, а потому урологи «без работы» точно не останутся.

– Синтез белка в клетках простаты с возрастом неуклонно снижается, – отметил Владимир Хацкелевич, – и перед нами встает вопрос: а возможно ли его восстановление? Как показывают многочисленные исследования, не менее 40% происходящих в клетках процессов напрямую зависят от уровня пептидов. Каждый пептид регулирует определенную группу генов. Недавно были открыты т.н. ДНК-пептидные комплексы: вещества, содержащие до 10 аминокислот и способные проникать в клетку организма.

Сегодня на вооружении врачей есть уже 30 лекарственных препаратов, созданных на основе очищенных пептидных комплексов. Например, пептиды, которые входят в состав препарата Витапрост, являются своеобразным «строительным материалом» для тканей ПЖ и способны нормализовать пролиферативную активность клеток железы. Лекарственные средства на основе цитомединов, по словам член-корр. РАН Хавинсона, сегодня активно используются при лечении ДГПЖ), гиперактивного мочевого пузыря, цистита, простатита, а также миомы матки.

А.Г. Мартов

О роли препаратов Витапрост и Витапрост Форте в реабилитации пациентов после проведения инвазивных урологических вмешательств, которые иногда провоцируют развитие серьезных осложнений, от цистита до эректильной дисфункции, рассказал доктор медицинских наук, профессор кафедры эндоскопической урологии РМАПО, заместитель председателя Российского общества урологов и президент Российского общества по эндоурологии и новым технологиям, заведующий отделением эндоурологии ГКБ №57 Алексей Мартов. По мнению профессора Мартова, развитие осложнений после инвазивных вмешательств – например после взятия биопсии – это ежедневная практика урологов, поэтому проблема их профилактики стоит довольно остро. В своем докладе Алексей Георгиевич рассказал о результатах исследования, которое было проведено с января по июль 2015 г. в отделении эндоурологии ГКБ №57, в котором изучались эффективность и безопасность применения препарата Витапрост именно для профилактики послеоперационных осложнений. Девяноста мужчинам были проведены инвазивные урологические диагностические вмешательства (биопсия ПЖ, уретроцистоскопия). Для проведения исследования были отобраны пациенты в возрасте от 50 до 70 лет с сохранной половой функцией, отсутствием признаков инфекций мочеполовых путей до процедуры, а также готовностью следовать указаниям врача и проходить контрольные обследования. Шестьдесят три пациента имели повышенный уровень простатспецифического антигена (ПСА) выше 4 нг/мл и 27 мужчин ранее перенесли трансуретральную резекцию мочевого пузыря по поводу мышечно-неинвазивного рака мочевого пузыря. Пациенты были рандомизированы в две группы. Всем пациентам в течение первых 5 дней после процедуры проводилась стандартная антибактериальная (ципрофлоксацин 250 мг 2 раза в сутки перорально), противовоспалительная (свечи с индометацином 50 мг 1 свеча 2 раза в сутки) и гемостатическая терапия. Пациентам основной группы (n=40) дополнительно назначали препарат Витапрост® Форте первые 10 дней в виде ректальных суппозиториев с последующим переходом на таблетированную форму препарата на такой же срок. Пациенты контрольной группы (n=50) получали только вышеописанную стандартную терапию.

Итоговое исследование проводилось через месяц после диагностического вмешательства. В результате среди пациентов, получавших Витапрост, было зарегистрировано значимое повышение показателей по шкалам IPSS и качества жизни, при этом каких-либо побочных эффектов зарегистрировано не было. Также отмечено более выраженное снижение объема ПЖ и улучшение максимальной объемной скорости мочеиспускания в группе пациентов, которым проводилась терапия препаратом Витапрост®. Кроме того, выявлено статистически достоверное преимущество в отношении снижения показателей эритроцитурии и лейкоцитурии как на 5-е сутки после вмешательства, так и спустя 1 месяц. Таким образом, была показана эффективность применения препарата в профилактике развития послеоперационных осложнений.

Завершался симпозиум выступлением профессора Александра Неймарка, заслуженного врача России, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой урологии и нефрологии Алтайского государственного медицинского университета, главного уролога Сибири, который поделился с коллегами собственным опытом применения сочетанных схем цитомединов при симптомах нижних мочевых путей, когда в схему лечения входил препарат Витапрост в виде свечей и таблеток. В этом клиническом эксперименте пациенты с ДГПЖ в течение 20 дней амбулаторно получали лечение

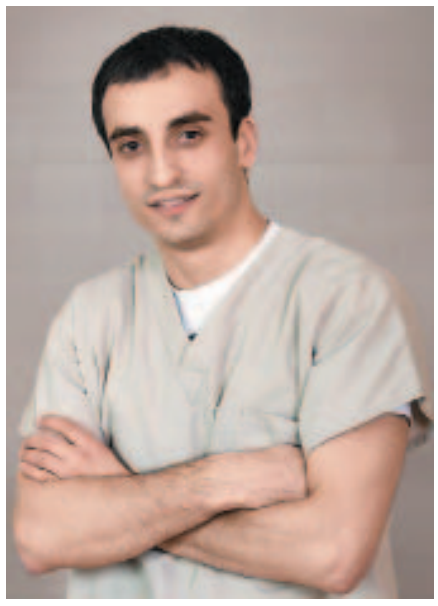
А.И. Неймарк

свечами, а затем еще 20 дней – таблетками. В итоге было зафиксировано снижение симптоматики по шкале IPSS на треть. Подобная схема лечения (30 дней – суппозитории и 70 дней – таблетки) применялась и для лечения нарушенного сперматогенеза на фоне хронического простатита. По словам Александра Израилевича, с первых же дней лечения ДГПЖ по этой схеме была зафиксирована положительная динамика в виде снижения болевых синдромов и объема ПЖ, а в случаях применения при нарушенном сперматогенезе – было отмечено увеличение объема эякулята и общей оценки пациентом качества жизни.

– Полученные результаты позволяют мне рекомендовать коллегам сочетанные схемы лечения с использованием Витапроста в виде суппозиториев и таблеток, – заключил профессор Неймарк.

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Стриктура уретры: современные терминологические, этиопатогенетические, эпидемиологические характеристики (часть 1)



А.В. ЖИВОВ,
к.м.н., руководитель урологической клиники ЕМС

Д.А. МАЗУРЕНКО,
к.м.н., заместитель руководителя урологической клиники ЕМС, доцент кафедры эндоурологии РУДН, председатель Ассоциации Молодых Урологов (АМУР)

Р.Л. ТЕДЕЕВ,
врач-уролог урологической клиники ЕМС

Д.Ю. ПУШКАРЬ,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии МГМСУ, Главный ученый секретарь РОУ, Главный уролог МЗ СР РФ

Проблема стриктур уретры в настоящее время все более явно выходит за рамки относительно небольшого частного вопроса урологии. Постоянно возрастающая частота транспортных, производственных и боевых травм, растущая хирургическая активность и все более частое использование высокоэнергетических технологий в лечении онкологических заболеваний тазовых органов, прежде всего рака предстательной железы, закономерно приводят к росту заболеваемости стриктурами уретры. Хотя частота постгонорейных стриктур в развитых странах существенно снизилась, в них все чаще диагностируется лихен склероз (ЛС), заболевание кожи и слизистой оболочки неизвестной этиологии, вызывающее облитеративно-склерозирующие процессы, в т.ч. и стриктуры уретры, вплоть до пануретральных.

Уже давно термин «стриктура уретры» считается недостаточно широким, всеохватывающим и отражающим суть всего спектра разнородных по этиологии, патогенезу, а следовательно и по подходам к диагностике и лечению сужений и облитераций мочеиспускательного канала. На наш взгляд, последние изменения научных знаний и подходов к стриктурной болезни уретры наиболее полно отражены в документах Консультации Международного Общества Урологов (SIU – Société Internationale d'Urologie) и Международной Консультации по Заболеваниям Уретры (ICUD – International Consultation on Urologic Diseases), которые были опубликованы в виде статей в журнале Urology. Далее мы остановимся на наиболее важных с нашей точки зрения аспектах, затронутых в этих публикациях, и сопроводим их краткими комментариями, основанными на результатах собственных исследований и практическом опыте.

Терминология и номенклатура уретральных стриктур, стенозов и ранений уретры, связанных с переломом костей таза

Важнейшим для общего понимания, адекватного проведения международных корректных исследований и накопления достоверных знаний по проблеме уретральных стенозов является номенклатура и терминология, которая в идеале должна быть общепринятой и единой для всего мира. Исследователи и практики разных стран должны называть одинаковые вещи одинаковыми наименованиями, что будет способствовать более конкретному накоплению и анализу однородных данных, повышению эффективности и качества научных исследований и дискуссий, формулированию корректных выводов и рекомендаций.

«Стриктура уретры» является предпочтительным термином для любого сужения сегментов уретры, окруженных спонгиозным или губчатым телом (пенильный и бульбозный отделы) и обязательно подразумевает наличие той или иной степени спонгиофиброза. «Спонгиофиброз» – рубцовые изменения губчатого тела различной степени выраженности. Термин «стриктурная болезнь уретры» подразумевает наличие и активность в данном конкретном случае различных этиологических факторов спонгиофиброза. По нашему мнению, употребление термина «стриктурная болезнь» только тогда имеет смысл, когда оно сопровождается указанием ее этиологии, например «поствоспалительная стриктурная болезнь», «посттравматическая стриктурная болезнь» или «ишемическая стриктурная болезнь». При этом, несмотря на то что сужения различных анатомических отделов мочеиспускательного канала должны именоваться по-разному, комитет экспертов все же рекомендует в качестве основного термина, описывающего сужения уретры, использовать наименование «стриктура уретры». Термин же «стриктурная болезнь уретры» следует считать второстепенным.

Термин «стеноз уретры» или «уретральный стеноз» применим к мембранозному (кроме посттравматических) и простатическому отделам уретры, а также к шейке мочевого пузыря, т.е. к тем отделам мочеиспускательного канала, которые не окружены губчатым телом. Понятие «стеноз уретры» не подразумевает наличия спонгиофиброза.

Относительно травм и ранений уретры, связанных с переломом костей таза, предпочтительным общим термином является «ранение уретры при переломе таза» (РУПТ). Данный термин подразумевает различную причину и характер этих ранений, которые могут быть тупыми и проникающими, затрагивать проксимальную бульбозную уретру с формированием спонгиофиброза и сриктуры, а также мембранозную или простатическую часть уретры, приводить к развитию фиброза, тотального замещения уретры (облитерации просвета) рубцо-

вой тканью. Комбинации стриктуры (при поражении проксимальной бульбозной уретры) и облитерации (при поражении мембранозной и отчасти простатической уретры), в большинстве случаев приводящие к полной облитерации просвета уретры в результате тазовой травмы, рекомендовано именовать «дистракционным дефектом уретры, связанным с переломом таза» или более коротко и, с нашей точки зрения, благозвучнее по-русски «посттравматический дистракционный дефект уретры» (ПДДУ). Использование термина «стриктура задней уретры» считается неприемлемым, т.к. в этой области отсутствуют спонгиозное тело, а, следовательно, и спонгиофиброз. Более короткий термин «дистракционный дефект уретры» (ДДУ) также допустим к использованию для описания рассмотренного выше поражения.

Понятие «калибровка» уретры подразумевает измерение диаметра ее просвета различными методами. Термин «дилатация» или более привычное для нас «бужирование» уретры подразумевает растяжение или увеличение диаметра просвета уретры различными методами.

«Уретротомия» подразумевает рассечение суженного сегмента уретры (слизистой оболочки и подлежащих тканей) эндоскопическим или открытым способом. «Внутренняя уретротомия» – рассечение суженного сегмента уретры изнутри (со стороны просвета уретры) с или без визуального контроля. «Внутренняя уретротомия под прямым визуальным контролем» или более привычная для нас «внутренняя оптическая уретротомия» (ВОУ, или ВОУТ) – эндоскопическое или внутреннее рассечение суженного сегмента мочеиспускательного канала под прямым визуальным контролем.

Под «пластикой уретры» или «уретропластикой» сегодня понимают различные открытые, значительно реже – робот-ассистированные пластические и реконструктивные операции на мочеиспускательном канале, целью которых является максимально радикальная ликвидация его сужения и восстановление нормального пассажа мочи.

В рекомендациях консенсуса термин «onlay» раскрывается как увеличение просвета мочеиспускательного канала с помощью графта (тканевой заплатки) или флэпа (тканевого лоскута). В нашем понимании это не совсем так. Пластика «onlay» фактически подразумевает расширение просвета мочеиспускательного канала путем тканевой «накладки» (наиболее точный перевод слова onlay) на рассеченный со стороны одной из поверхностей (дорсальной, вентральной или латеральной) мочеиспускательный канал. Авторы также указывают, что термин «inlay» является «неописательным» (не описывает какую-либо отдельно взятую методику уретропластики), а значит неприемлемым. Мы также не согласны с данным положением, т.к. на основании литературных данных и собственного опыта полагаем, что термин «inlay» (или «вставка») может и должен применяться к методике уретропластики, подразумевающей рассечение вентральной поверхности мочеиспускательного канала для обеспечения доступа к его дорсальной поверхности (т.е. фактическое рассечение ДВУХ его поверхностей) через его просвет с последующим рассечением дорсальной поверхности и выполнением вставки из тканевого графта со стороны просвета уретры. Данная методика описана Asopa и соавт. И, по нашему мнению, наилучшем образом отражает суть понятие «inlay». Таким образом, мы полагаем, что термин «inlay» пластика может быть использован наилучшим образом ТОЛЬКО применительно к данной методике.

Термин «иссечение и первичный анастомоз» (ИПА), или в отечественной практике анастомоз уретры конец-в-конец (по сути, операции анастомотической уретропластики по Хольцову, Соловову, Русакову, Turner-Warwick, Webster, Austoni), описывает операцию полного иссечения суженного сегмента уретры вместе с подлежащим спонгиофиброзом или удалением рубцового конгломерата (применительно к уретральным травмам, ассоциированным с переломом костей таза) и последующее соединение ее здоровых концов первичным швом. Этот термин авторы считают наиболее приемлемым. Вторым по значению термином для данного вида операций они называют «анастомотическая уретропластика/реконструкция уретры», а термин «уретропластика конец-в-конец» третьим по значению приемлемым термином. При этом термин «задняя» анастомотическая уретропластика, а именно ИПА в мембранозной и простатической уретре и в области шейки мочевого пузыря, является субкатегорией общего понятия ИПА различными методами, упомянутыми выше, для данных отделов уретры. Мы полностью разделяем это мнение. Мы также считаем преждевременным в настоящее время давать четкую формулировку операциям т.н. анастомотической уретропластики без пересечения спонгиозного тела. Эти относительно недавно описанные и внедренные в практику в рамках небольших серий операции пока еще достаточно полиморфны по технике, а их отдаленная эффективность пока еще корректно не определена. Мы всесторонне изучаем данные оперативные вмешательства на предмет их отдаленной эффективности при коротких стриктурах бульбозной уретры и стенозах мембранозной уретры, где они конкурируют с ВОУ и ИПА.

Термин «графт», или «заплатка» обозначает сегмент свободной ткани, забранный в одной анатомической области и имплантируемый в другую с целью замещения (замены) пораженных патологическим процессом тканей. Графт не имеет собственного кровоснабжения, а его выживание полностью зависит от питающего ложа местных тканей, на которые он перемещен и где сначала питается за счет тканевой диффузии, а в дальнейшем – за счет вновь обретенного кровоснабжения. «Флэп», или «лоскут» определяется как сегмент перемещенной ткани, забранный в относительной близости (местные ткани) или удаленно и переносимый на питающей сосудистой ножке для замещения или восполнения патологически измененной ткани в зоне поражения (в данном случае стриктуры). Так называемый микрохирургический флэп отличается тем, что его питающая ножка сначала разобщается со своим собственными питающими сосудами, а потом вновь соединяется (как правило, с использованием микрохирургической техники) с сосудами, находящимися в непосредственной близости к месту его переноса. Таким образом происходит восстановление питающей сосудистой ножки и кровоснабжения микрохирургического лоскута. Все графты и флэпы имеют собственные особенности и характеристики, подробное описание которых не является важным с общетерминологической точки зрения и используется только при описании конкретных хирургических методик.

Экспертный совет специально подчеркивает существенную разницу в понятиях «аугментационной», или «расширительной» и «субституционной», или «заместительной» уретропластики/реконструкции уретры, что мы также считаем очень важным. Аугментационная уретропластика определяется как расширение просвета уретры с помощью его рассечения и имплантации в образовавшееся после рассечения пространство графта или флэпа. Таким образом, аугментационная уретропластика подразумевает сохранение целостности собственной пораженной уретры в зоне ее расширения. Заместительная уретропластика подразумевает удаление и полную замену пораженного и суженного сегмента уретры, как правило, тубуляризированным флэпом, реже графтом, либо комбинацией графт+флэп (т.н. сэндвичная уретропластика). При этом мы считаем важным подчеркнуть, что операции заместительной уретропластики может быть одноэтапной с использованием тубуляризированного флэпа или сэндвичной техники, либо двухэтапной (многоэтапной) с использованием графта, который вначале приживается на новом месте в течение нескольких месяцев, а потом тубуляризируется. Использование тубуляризированного графта для одноэтапной заместительной уретропластики, хотя и рекомендуется некоторыми авторами, несмотря на высокую частоту осложнений, по нашему мнению, представляет как минимум больший риск, чем двухэтапная операция из-за ненадежности местных тканей в качестве питательного ложа по всей окружности графта.

«Аугментированная анастомотическая», или расширительная анастомотическая уретропластика подразумевает полное иссечения пораженного сегмента уретры и спонгиозного тела как при ИПА, анастомозирование части окружности уретральной трубки (как правило, вентральной) и восполнение оставшейся части просвета уретры графтом или флэпом в связи с тем, что она не может быть анастомозирована из-за недостатка здоровой ткани или в связи с очевидно избыточным натяжением краев потенциального анастомоза.

Продолжение в следующем номере.

Низкоинтенсивная ударно-волновая терапия в лечении эректильной дисфункции

Эректильная дисфункция (ЭД) распространена повсеместно, согласно данным ВОЗ за 2013 г., ей страдают примерно 150 млн мужчин в мире, и ожидается, что эта цифра удвоится к 2025 г. По результатам последнего многоцентрового исследования, проведенного в России в 2014 г., было выявлено, что лишь у 10,1% опрошенных мужчин в возрасте 20–75 лет отсутствуют признаки ЭД, легкая степень ЭД отмечена у 71,3%, средняя степень ЭД – у 6,6% и тяжелая степень – у 12% респондентов. При распределении вредных привычек и сопутствующих заболеваний у мужчин, отмечающих у себя симптомы ЭД, первое место заняли злоупотребление спиртными напитками (62,58%), второе – курение (47,32%), третье – артериальная гипертензия (32,42%), четвертое – хронический стресс (26,34%).

Л.А. ХОДЫРЕВА, А.А. ДУДАРЕВА
ГБУ НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗ Москвы
Кафедра урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва

Распространенность ЭД в России выше, чем в индустриально развитых странах. Это связано с высоким травматизмом, алкоголизмом, курением низкокачественных сортов табака, особенностями климата, менталитета и уровнем жизни.

На сегодняшний день ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (ИФД-5) являются первой линией терапии ЭД. Однако они эффективны примерно у 85% пациентов, часто принимаются по требованию, имеют противопоказания, не улучшают спонтанные эрекции и их эффект ограничен по времени. В эксперименте на животных доказано, что низкоинтенсивные ударные волны улучшают микроциркуляцию и иннервацию тканей.

История применения ударно-волновой терапии (УВТ) в медицине достаточно короткая. В конце 50-х гг. прошлого века были описаны физические свойства генерированных ударных волн. Первые наблюдения воздействия ударной волны на живые ткани были сделаны во время второй мировой войны, затем были проведены первые систематические исследования по использованию ударных волн в медицине.

Экстракорпоральная УВТ, основанная на неинвазивном контактном вибрационном воздействии, получила распространение в 80-х гг. прошлого века, главным образом, для дробления камней при мочекаменной болезни. Компания Dornier MedTech является первым разработчиком и создателем аппарата для экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии.

Низкоинтенсивная УВТ широко применяется с терапевтическими целями в ортопедии и травматологии, спортивной медицине, неврологии, кардиологии, хирургии, камбустиологии, косметологии. Воздействие ударными волнами позволяет активировать в тканях процессы естественного выздоровления за счет увеличения выработки окиси азота и как следствие ускорение процесса роста сосудов или ангиогенеза.

По направлению распространения различают фокусированные, радиальные волны и «интеллектуальный фокус».

Фокусированные волны имеют минимизированный фокус маленькой площади, направленный в одну конкретную точку.

Радиальные волны образуют плоские волны с максимальной мощностью в области кожи и подкожных структур и характеризуются низкой глубиной проникновения.

«Интеллектуальный фокус» (англ. «Smart Focus») представляет собой передовую разработку фирмы Dornier MedTech, совмещая в себе преимущества фокусированных и радиальных волн. Технология «Интеллектуального фокуса» позволяет создавать терапевтический канал от поверхности аппликатора, распространяясь в глубину до 7–9 см, при этом имея постоянные параметры фокуса на всем протяжении. Технология «Интеллектуальный фокус» аппарата Dornier Aries позволяет достигать максимальной плотности потока энергии при оптимальных значениях давления, которые не ведут к каким-либо осложнениям и не имеют побочного эффекта кавитации, позволяя воздействовать на ткани вблизи магистральных сосудов и нервов в отличие от фокусированных и радиальных волн.

Интенсивность воздействия зависит не от максимального давления, а от количества энергии, проходящей через единицу площади ткани, находящейся в зоне воздействия. Поэтому чем большее количество энергии пройдет через единицу площади ткани, тем активнее будут индуцироваться нейробиохимические процессы в тканях и тем лучше клинический эффект терапии, что демонстрирует «интеллектуальный фокус» аппарата Dornier Aries.

Эффективность и безопасность низкоинтенсивной УВТ у пациентов с ЭД были установлены в нескольких доказательных клинических исследованиях.

Впервые Y. Vardi и коллеги показали эффективность УВТ в лечении ЭД в пилотном исследовании, проведенном в 2010 г. Исследователи выявили у 20 мужчин среднего возраста с васкулогенной ЭД умеренной степени тяжести, принимавших с эффектом ИФД-5, увеличение баллов по шкале Международного индекса эректильной функции (МИЭФ) на 7,4, увеличение скорости пенильного кровотока и ночных пенильных тумесценций. При динамическом наблюдении эффекты сохранялись у половины испытуемых от 6 месяцев до 2 лет.

В последующем расширенном исследовании в 2012 г. Y. Vardi и коллеги включили 29 пациентов с тяжелой степенью ЭД и сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом, у которых терапия ИФД-5 не имела эффекта. После курса низкоинтенсивной УВТ отмечено улучшение у 76% пациентов, увеличение баллов по шкале МИЭФ-ЭФ на 10 пунктов. У 72% пациентов был отмечен эффект от применения ИФД-5, увеличение скорости кровотока в кавернозных артериях и улучшение эндотелиальной функции.

В 2012 г. были опубликованы данные проспективного рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования, проведенного Y. Vardi и соавт., которые показали, что у пациентов при активном лечении УВТ показатели были достоверно лучше, чем в группе плацебо.

I. Gruenwald и соавт. в мета-анализе результатов применения низкоинтенсивной УВТ у 184 пациентов с ЭД показали увеличение балла МИЭФ-ЭФ на 7 пунктов, при этом наибольшая эффективность была отмечена у пациентов с тяжелой ЭД и у мужчин, не отвечающих на терапию ИФД-5 по сравнению с теми, у кого был эффект от приема ИФД-5 на 7,52 против 5,7 балла соответственно.

На сегодняшний день, после коррекции обратимых факторов риска развития ЭД, к которым относятся изменение образа жизни и коррекция лекарственной терапии, в зависимости от наличия или отсутствия противопоказаний к назначению препаратов и стратификации риска сексуальной активности, в лечении ЭД применяют ИФД-5, интракавернозные инъекции и протезирование полового члена. В настоящее время продолжаются научные исследования в направлении применения стволовых клеток или генной терапии при ЭД, однако пока доказательных данных не получено.

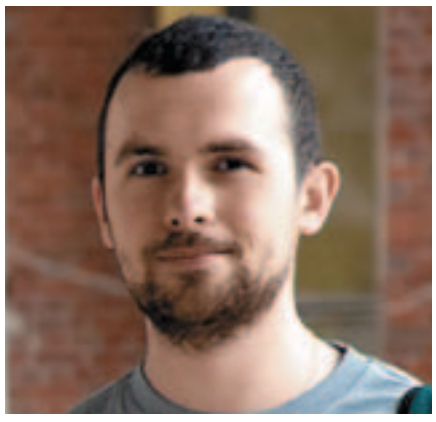
> «...»
>
> ***«Интеллектуальный фокус» представляет собой передовую разработку фирмы Dornier MedTech, совмещая в себе преимущества фокусированных и радиальных волн***

Представленные в статье данные демонстрируют, что УВТ является новой альтернативой в лечении пациентов с ЭД. Обобщая международный и отечественный опыт с учетом собственных данных, можно заключить, что низкоинтенсивная УВТ может оказывать значительное положительное влияние на эндотелиальную функцию и кавернозный кровоток полового члена, уменьшать регионарную симпатическую активность полового члена, улучшать эректильную функцию и, следовательно, сексуальное удовлетворение пациентов с ЭД.

Дальнейшее проведение исследований необходимо для определения частоты и длительности курса УВТ с целью подбора оптимальной методики лечения в зависимости от тяжести ЭД.

В настоящее время фирма Dornier MedTech инициировала проведение международного многоцентрового исследования по применению УВТ у пациентов с ЭД, в котором принимают участие российские клиники.

Здоровый образ жизни и долголетие: современные исследования



А.Ю. ТЕСТОВА,
аспирант по направлению управление инновациями (НИУ ВШЭ)

Д.А. КАБАНОВ,
аспирант по направлению управление инновациями (НИУ ВШЭ)

Вопрос продления жизни волновал человечество с момента его зарождения, однако в последнее время он все чаще становится темой научных исследований. Долгое время считалось, что основой долголетия является здоровый образ жизни. По результатам многочисленных исследований близнецов, активно проводившихся в 80-х и 90-х гг. прошлого века, было выявлено, что основное влияние на продолжительность жизни оказывают поведение человека и условия внешней среды. Таким образом, решающими факторами, которые определяют вероятность дожить до 80 лет, оказываются не факторы генетической предрасположенности (их доля при определении вероятности составляет 20–30%), а то, как и в каких условиях жил человек (эти факторы на 70–80% определяют вероятность дожить до 80 лет).

Однако существуют исследования, в некоторой степени, опровергающие данную теорию. Например, ученые университета Джорджии провели анализ питания и образа жизни долгожителей по всему миру и выяснили, что между различными группами долгожителей (Японии, Индии, США, Кавказского региона и др.) нет ничего общего, более того, немалая часть долгожителей, проживших более 110 лет, не придерживались какой-либо определенной диеты и не вели здорового образа жизни.

В конце 90-х гг. прошлого века исследователи из колледжа медицины им. Альберта Эйнштейна (США) предположили, что пожилые люди, прожившие более 100 лет, унаследовали свою исключительно долгую жизнь. В 2010 г. ученые того же колледжа провели более масштабное исследование на основе данных 500 долгожителей и их образа жизни в прошлом (включая пристрастие к курению, спорт и т.п.). Данные сравнили с результатами опросов в рамках проекта по изучению питания в США 1970-х гг. и выяснили, что принципиальных различий в образе жизни долгожителей и людей с обычной продолжительностью жизни нет.

Этот вывод, тем не менее, не противоречит выводам «исследований близнецов» – люди, не имеющие генетической предрасположенности к долголетию, действительно, доживают до 80 лет более здоровыми в первую очередь благодаря образу жизни. Однако в случае долгожителей, чей возраст составляет 100 и более лет, образ жизни имеет гораздо меньшее влияние на продолжительность жизни, чем гены. Если в отношении обычных людей генетика обусловливает продолжительность жизни на 20–30%, а образ жизни – на 70–80%, то в случае т.н. «супердолгожителей» это соотношение оказывается совершенно иным: продолжительность жизни более 100 лет примерно на 80% зависит от генетической предрасположенности и на 20% – от образа жизни. Высказывались предположения, что долгожители не просто обладают уникальным набором генов, они обладают генами, которые активно влияют на процесс старения, помогая блокировать негативные факторы.

В ходе исследований влияния генов на продолжительность жизни организмов еще в середине 90-х гг. ученым удалось выделить ген, увеличивающий срок жизни дрожжей на 30%. Этот ген кодировал один из видов белка – сиртуин. В дальнейшем исследователи выяснили, что ген *Sir2* увеличивает продолжительность жизни организмов за счет устранения повреждений в стареющих клетках. «Человеческий» эквивалент данного гена носит название *SIRT1*.

Впоследствии на основании исследований долгожителей были выявлены и другие виды генов, оказывающих влияние на продолжительность жизни. К ним отнесли, в частности белок-переносчик холестеринового эфира *CETP* и ген *FOXO3A*, связывающий и контролирующий работу других генов. Не так давно похожие исследования были проведены в Калифорнийском университете в Лос-Анджелесе на мухах-дрозофилах при изучении гена *AMPK*. Его активация привела не только к увеличению продолжительности жизни мух, но и к сохранению ими здоровья вплоть до момента смерти за счет «запуска» в клетках состояния аутофагии, которое, согласно исследованиям, сопутствует увеличению продолжительности жизни. Это лишь малая часть генов, которые потенциально предотвращают проявления старения, однако вероятность того, что отдельно взятый человек обладает генами супердолгожителя, крайне мала.

Тем не менее ученые стараются изменить ситуацию к лучшему. В частности, австралийский биолог Дэвид Синклер в 2003 г. в ходе экспериментов попытался выяснить, какое вещество могло бы активировать белок сиртуин. Наибольшего успеха ученый достиг при использовании ресвератрола – вещества, которое содержится в красном вине (а также в винограде, арахисе и какао-бобах). Это открытие, в некоторой степени, разрешило «французский парадокс», объясняя, почему французы, регулярно употребляющие умеренные количества красного вина, в среднем реже других европейцев страдают от сердечно-сосудистых заболеваний, несмотря на большое количество курящих и активное потребление жирной пищи.

Опыты на живых организмах (включая червей и мышей) показали, что ресвератрол, действительно, увеличивает продолжительность жизни, однако его содержание в красном вине слишком мало, чтобы оказать влияние на человека, поэтому Синклер начал работу по синтезированию более мощного препарата. Поскольку в США (где жил и работал ученый) старение законодательно не является заболеванием, препарат, над которым работал Синклер, официально предназначался для лечения диабета и рака.

Компания Sirtis Pharmaceuticals, основанная Синклером с целью работы в этом направлении, впоследствии была приобретена фармацевтической корпорацией GlaxoSmithKline, однако препарат SRT-501, выпущенный в 2010 г. общими силами двух компаний, оказался неудачным и во время испытаний против рака крови обнаружил ряд побочных эффектов, в т.ч. усугубил почечную недостаточность у некоторых пациентов. От дальнейшей работы над препаратом было решено отказаться.

Похожими исследованиями примерно в то же время занимался научно-исследовательский центр корпорации Pfizer. В этой компании работали над препаратом для снижения уровня холестерина на основе CETP-ингибитора. Исследования были свернуты по тем же причинам: на завершающем этапе было выявлено, что препарат может вызвать сердечную недостаточность и даже стать причиной смерти.

К подобным неутешительным результатам пришли в свое время исследователи в рамках изучения воздействия на старение уже синтезированного и использующегося в медицине вещества – метформина. Ранее было подтверждено, что метформин, применяемый при диабете, действительно, способен замедлять старение: он сокращает выработку организмом цитокинов, которые могут ускорять процесс старения клеток. Однако у метформина как лекарства против рака и старения также нашелся побочный эффект со смертельным исходом – в редких случаях он вызывает развитие лактоацидоза, при этом в группу риска попадают в первую очередь пациенты с заболеваниями сердца и почек.

Несмотря на неудачи, в настоящее время некоторые компании продолжают работать над препаратами на основе исследований генов супердолгожителей. В частности, международная научно-исследовательская фармацевтическая компания Merck, известная производством вакцин, до сих пор пытается создать безопасный препарат на основе CETP-ингибитора. В компании полагают, что подобный препарат поможет, помимо прочего, решить проблемы диабета и снижения когнитивных способностей в пожилом возрасте.

Другие ученые полагают, что в решении вопроса о замедлении старения нельзя полагаться на работу отдельно выбранного гена. Например, профессор Томас Перлз из университета Бостона считает, что исключительное долголетие зависит от уникального набора генов в целом и предлагает изучать, как работает вся эта система в совокупности.

Не так давно были опубликованы первые результаты его работы совместно с коллегой Паолой Себастиани, профессором в области биостатистики Бостонского Университета. Изучив 801 геном людей, отличавшихся исключительным долголетием, ученые выявили 130 генов, способствующих долголетию, и классифицировали 90% изученных геномов в соответствии с 27 различными схемами. По мнению ученого, именно этот подход позволит лучше понять, как происходят процессы старения и как можно повлиять на их развитие.

«...»

Вопрос продления жизни волновал человечество с момента его зарождения, в последнее время он все чаще становится темой научных исследований

Современные аспекты физиологии митохондрий и их роль в патогенезе урологических заболеваний (Часть I)

Д.Б. ЗОРОВ,
д.б.н., профессор, зав. лабораторией структуры и функции митохондрий
Научно-исследовательский институт физико-химической биологии им. А.Н. Белозерского

Е.Ю. ПЛОТНИКОВ,
д.б.н., вед. науч. сотр., лаборатория структуры и функции митохондрий
Научно-исследовательский институт физико-химической биологии им. А.Н. Белозерского

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

Полученные за последние 20 лет данные свидетельствуют о том, что роль митохондрий в организме более значима, чем просто энергоснабжение метаболических процессов клетки. Эти органеллы обладают рядом иных, жизненно важных и уникальных функций. Установлено, что именно митохондрии обеспечивают генерацию критических сигналов для клеточной пролиферации, дифференцировки, гибели или, наоборот, выживания клетки после поступления сигнала на смерть. Они играют центральную роль в таких процессах, как апоптоз, некроз, воспаление, реакция на стресс, поддержание клеточности органов, синтез ряда соединений (стероиды, гем), а также выполняют ключевую роль в формировании и поддержании широкого спектра урологических заболеваний (сморщивающие процессы в мочевомпузыре, хронический простатит с синдромом хронической тазовой боли, почечная недостаточность, эректильная дисфункция, мужское бесплодие, гиперактивный мочевой пузырь – ГАМП и др.). Кроме того, функциональное состояние митохондрий оказывает огромное влияние на проявления возрастной деградации и дисфункции органов и систем, определяющих нормальное или преждевременное старение организма.

Физиология митохондрий

Митохондрия – это симбионт, имеющий древнее бактериальное происхождение. Известно более 40 разных фенотипов митохондрий в организме, отражающих патологическое изменение их генома или функционального состояния. В работах Д.Б. Зорова предложена параллель между микробиомом (совокупностью бактерий организма) и митобиомом (совокупностью митохондрий). При постановке знака равенства между митохондрией и бактерией можно найти сходство между митохондриальной и бактериальной теорией рака. Наличие термина бактериальная инфекция позволяет предположить митохондриальную инфекцию, а митохондриальная (окислительная) теория старения может некоторым образом трансформироваться в бактериальную теорию старения.

Основным аргументом, подкрепляющим бактериальное происхождение митохондрий, является большое сходство химического состава бактерий и митохондрий и сходство элементов биоэнергетики, которое зависит от среды обитания бактерий. Биоэнергетическое разнообразие митохондрий, как и бактерий, очень значительное. Популяция клеточных митохондрий образует специфическое сообщество митохондрий, сосуществующих в пределах одной клетки. Сочетание разных по структуре и функциям митохондрий может приводить, с одной стороны, к их сосуществованию в клетке, однако возможны и недружественные взаимоотношения между митохондриями, закрепленные в специальных программах по элиминации митохондрий-пришельцев, например в оплодотворенной яйцеклетке большинства млекопитающих, в которой сохраняются лишь митохондрии матери и уничтожаются митохондрии отца.

Учитывая значительное влияние митохондрий на патогенез, можно провести параллели между митохондриями и бактериями и предположить, что взаимоотношения между митохондрией и клеткой-хозяином не только могут рассматриваться как симбиотические, но и иметь со стороны митохондрии паразитические проявления, которые характерны для бактерий.

Участие в формировании окислительного стресса

Одним из потенциально ядовитых компонентов метаболизма внутриклеточных митохондрий являются митохондриальные оксиданты (активные формы кислорода – АФК). По механизму действия АФК являются внеклеточными сигнализаторами, которые могут быть токсичны при повышении концентрации от сигнальной до патологической. АФК образуются в процессе клеточного дыхания, при котором в митохондриях получение энергии идет при помощи контролируемого окисления питательных веществ. При этом в процессе дыхания кислород может образовывать ряд короткоживущих, но крайне активных соединений: супероксид O_2^-, гидроксильный радикал OH^-, перекись водорода H_2O_2. Эти вещества выжигают клетку изнутри и могут инициировать процесс апоптоза. В митохондриях существует семь источников АФК, причем два из них устроены так, что образовавшиеся АФК легко покидают место синтеза и перекидываются на другие клеточные структуры. Но даже та часть АФК, что остается внутри митохондрии, способна разрушить митохондриальную ДНК и другие части этой органеллы, необходимые для контроля клеточного дыхания.

Сократить ущерб, связанный с окислительным стрессом из-за гиперактивности митохондрий, можно, организовав утечку избыточного заряда через митохондриальную мембрану. При этом резкое снижение мембранного потенциала приводит к нарушению основной функции митохондрии – синтезу АТФ, универсального «топлива», необходимого для поддержания жизнедеятельности клетки и организма в целом.

Участие митохондрий в процессах старения

В 50-х гг. прошлого века возникла свободнорадикальная теория старения Хармэна, развившаяся в митохондриальную теорию старения, согласно которой именно производимые этими структурами АФК и являются причиной дегенеративных возрастных изменений. В наше время, хотя и доказана корреляция между уровнем АФК и возрастом, накопленные данные не позволяют заключить, являются ли они причиной или лишь следствием старения.

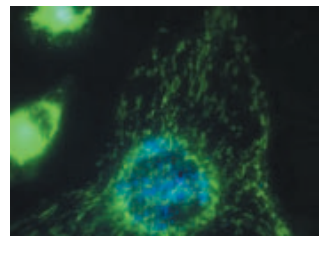
Митохондрии являются основным продуцентом окислительных эквивалентов, и именно они определяют процесс старения. Поразительный пример: подавление штамма *Escherichia coli* OP50, который живет у старых особей нематод и считается непатогенным, приводит к увеличению продолжительности жизни этих червей.

Существует одна общая точка зрения на природу формирования урологических заболеваний второй половины жизни. Возникновение и прогрессирование этих заболеваний происходит на фоне повышенного образования АФК, вызванного изменением функциональной активности митохондрий тканей, подверженных возрастным изменениям.

Роль митохондрий в формировании урологических заболеваний

Пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность

Интересно, что одной из причин смерти пациентов с почечной недостаточностью, последними стадиями онкологических заболеваний, полиорганной недостаточностью, внезапной остановкой сердца и так далее, может быть результат патологической активности иммунной системы в ответ на повышенную выработку АФК в митохондриях либо в ответ на массовое разрушение этих органелл (не так давно было установлено, что при попадании в кровоток фрагменты митохондрий способны вызывать системную воспалительную реакцию).



Митохондрии (подсвечены зеленым). Фото предоставлено МГУ им. М.В. Ломоносова 16 июля 2013 года, 11:34

Например, в эксперименте по моделированию почечной недостаточности 90-минутная ишемия единственной функциональной почки приводила к гибели 70% лабораторных крыс. Однако внутрибрюшинное введение животным митохондриально-направленных антиоксидантов (соединений, нейтрализующих АФК непосредственно в митохондриях) в несколько раз повышало их выживаемость (Е.Ю. Плотников, А.В. Казаченко, 2009). В данном случае риск смерти животных не был напрямую связан с уровнем ишемического повреждения почки, и к летальному исходу приводила не сама почечная недостаточность, а некая контролирующая система, реагирующая на состояние почки.

В настоящее время хорошо исследована программируемая гибель самих митохондрий, а также роль митохондрий в запрограммированной гибели клеток. Не исключено, что аналогичные программы самоуничтожения существуют и для отдельных органов, и для всего организма в целом. Если это так, то смертность пациентов с некоторыми тяжелыми заболеваниями теоретически можно резко снизить путем направленного воздействия на активность митохондрий.

Гибель клеток эпителия почечных канальцев (ЭПК) при моделированной хронической почечной недостаточности (В.И. Кирпатовский, Е.Ю. Плотников, 2008) в большой степени обусловлена окислительным стрессом и в некоторой степени – нитрозильным стрессом. При этом повреждение митохондрий является критическим для гибели клеток ЭПК.

В условиях ишемии в клетках почки происходит резкое усиление генерации АФК и оксида азота (NO), основным источником которых служат митохондрии. При этом происходит нарушение морфофункционального состояния митохондрий: падение митохондриального трансмембранного потенциала, набухание митохондрий и фрагментация хондриома. Развитие почечной недостаточности сопровождается дисфункцией митохондрий почки и развитием окислительного стресса, индуцированного накоплением миоглобина в почечных канальцах, а также проапоптотическими изменениями.

Мужское бесплодие

Определение количества АФК сегодня является значимым маркером уровня окислительного стресса и его влияния на качественный состав популяции сперматозоидов. Системы антиоксидантной защиты у пациентов существенно различаются и часто бывает, что при наличии множества сопутствующих факторов оксидантного стресса пациент остается фертильным, и, наоборот, при видимом отсутствии провоцирующих факторов пациент от малейшей простуды или стресса переходит в субфертильное состояние. Сегодня доказано, что активация лейкоцитов приводит к скачку уровня АФК в пять раз и значительному увеличению косвенных показателей окислительного стресса.

Следует напомнить, что АФК в небольших количествах необходимы для нормальной функции сперматозоидов, т.к. обеспечивают успешное течение акросомальной реакции. В больших же количествах, в результате окислительного стресса, АФК повреждают мембраны сперматозоидов, снижают их активность и оплодотворяющую способность. АФК повреждают ДНК хромосом и индуцируют апоптоз.

По данным В.А. Божедомова (2009), у пациентов с нормоспермией и гиперпродукцией АФК в 52,9% имелись нарушения акросомальной реакции, у 52,2% на фоне высокой концентрации АФК выявлен высокий уровень антиспермальных антител (АСАТ). У пациентов с хроническим бактериальным простатитом (ХБП) – высокий уровень АФК выявлен в 64,1%, а у пациентов с варикоцеле уровень АФК в спермоплазме выше в 1,9 раз. Эти факты свидетельствуют о важности исследования уровня окислительного стресса, обусловленного наличием внешних и внутренних факторов у пациентов с инфертильностью.

У пациентов с иммунными нарушениями сперматогенеза и наличием АСАТ основным способом лечения такого фактора инфертильности является применение больших доз антиоксидантов, например Эмоксипина внутримышечно, что дает стабильный эффект, позволяющий снижать уровень АСАТ до нулевых концентраций. К сожалению, природные антиоксиданты, применяемые в настоящее время в клинической практике, эффективны лишь в очень высоких дозах.

Острая задержка мочи, интерстициальный цистит и ГАМП

Период функциональной ишемии тканей стенки мочевого пузыря в той или иной степени обеспечивается местными сосудистыми нарушениями. В частности, метаболические последствия острой задержки мочи (ОЗМ), характеризующие функциональное состояние митохондрий и активность генерации АФК, можно зафиксировать при биопсии, с помощью лазерной конфокальной микроскопии стенки мочевого пузыря при его обработке специфическими флуоресцентными зондами (TMRE, DCF и др.). Например, зонд TMRE избирательно накапливается в функционально полноценных митохондриях с высоким трансмембранным потенциалом, и интенсивность его флуоресценции характеризует их АТФ-синтезирующую способность и энергообеспеченность клеток. При этом в стенке сосудов мочевого пузыря пациента, перенесшего ОЗМ, флуоресценция TMRE практически не наблюдалась, указывая на утрату митохондриями способности поддерживать трансмембранный потенциал, необходимый для синтеза АТФ (В.И. Кирпатовский, Е.Ю. Плотников, Д.Б. Зоров, 2010).

Стойкое ухудшение кровоснабжения мочевого пузыря, сохраняющееся даже после ликвидации ОЗМ и опорожнения мочевого пузыря, обусловлено сосудистым спазмом вследствие гипоксического повреждения эндотелия и гладкомышечных клеток артериол. При этом выраженная флуоресценция зонда DCF, указывает на активизацию продукции активных радикалов кислорода (В.И. Кирпатовский, Е.Ю. Плотников, Д.Б. Зоров, 2010).

Чаще всего такой эффект дают лейкоциты, инфильтрирующие интерстициальное пространство и мышечную оболочку мочевого пузыря, активно генерирующие АФК. Подсчет числа этих клеток в поле зрения микроскопа при одинаковом увеличении показал, что если сразу после ликвидации ОЗМ увеличение их числа было умеренным, то через сутки степень инфильтрации возрастала более чем в десять раз. По всей видимости, инфильтрация стенки обструктивного мочевого пузыря лейкоцитами, активно продуцирующими АФК, вносит существенный вклад в развитие окислительного стресса, вызванного ОЗМ.

Важная роль сосудистых расстройств при ГАМП и сморщивающих процессах в мочевом пузыре сегодня четко доказана. В связи с этим митохондрии могут рассматриваться в качестве клинически значимой мишени для внешнего лекарственного воздействия, т.к. компенсация ишемии и окислительного стресса способна не только замедлить развитие этих тяжелых заболеваний, но и развернуть процессы их формирования в обратном направлении.

Роль митохондрий в индукции процессов апоптоза при развитии онкологических заболеваний

Современная классификация программ гибели клетки насчитывает 13 механистических типов программ самоликвидации. Сегодня обсуждаются возможные механизмы запуска митохондриями сигнального каскада гибели органов и организма, включающие в себя генерацию АФК и молекулярные элементы митохондрий, опосредованные повреждением. Приводятся примеры гибели организма (индуцированной почечной недостаточностью), в механизм которой вовлекаются программы, определяющиеся не самой органной функцией, а некоторой гипотетической надсистемой, играющей ключевую роль в процессе физиологического затухания и прекращения жизнедеятельности. Приведены факты в пользу того, что такой надсистемой, определяющей гибель организма, может быть иммунная система, вовлеченная в митохондриальную сигнализацию.

Бактериальные белки в силу достаточно высокой гомологии с митохондриальными могут достаточно легко транспортироваться в митохондрии, провоцируя иммунный конфликт между настоящими и бывшими бактериями (митохондриями). Такая сигнализация приводит к тому, что бывшие бактерии после попадания в них такого сигнала, в конечном счете, запускают программу гибели клетки. В своих работах Р. Вирхов отмечал высокую частотуы рака мочевого пузыря у пациентов, инфицированных шистосомами. Он же выявил в раковой ткани высокую концентрацию лимфоцитов, впервые напрямую логически увязав очевидную сегодня связь воспаления, инициированного бактериальными токсинами, и канцерогенез.

Несмотря на то что в начале XX в. все онкологи отвергли раковых паразитов как причину рака, паразитарная теория рака периодически рассматривалась. И только в 2005 г., получив Нобелевскую премию за доказательство бактериальной природы язвы желудка, Б. Маршалл и Р. Уаррен доказали роль *Helicobacter pylori* в формировани язвы и предположили ее роль в формировании рака желудка. Чтобы доказать это потребовалось долгих 10 лет.

Митохондриальные дефекты являются причинами целого ряда генетических и приобретенных патологий. Митохондрия является критическим элементом биоэнергетики, анаболизма, процесса клеточной гибели, и нарушение любого из этих путей чревато серьезным расстройством жизненных функций клетки. Для онкогенеза это означает то, что некоторое повреждение структуры и функции митохондрий является необходимым условием злокачественной трансформации, что обусловливает появление злокачественности и аэробного гликолиза, а также геномную нестабильность на фоне потери митохондриальных функций.

Следует отметить, что нормальное митохондриальное функционирование подавляет образование опухоли. Это дает возможность приписать митохондрии роль верховного судьи, принимающего решение: быть или не быть клетке злокачественной.

Эректильная дисфункция

При подробном исследовании механизмов формирования эректильной дисфункции выявлено, что одними из ведущих компонентов дисфункции эндотелия сосудов являются нитрозильный и окислительный стрессы. При этом митохондрии эндотелиоцитов являются ключевыми регуляторами окислительного стресса и гибели/выживания клеток, т.к. NO является важным модулятором окислительного стресса, который может играть роль как повреждающего, так и защитного агента. Особенный интерес этот медиатор приобрел после открытия митохондриальной NO-синтазы (C. Giulivi и соавт., 4, 1998), дающей возможность регуляции продукции АФК непосредственно на уровне митохондрии (G. Brown и соавт., 2001). На основании этого интерес представляет исследование возможности использования митохондриально-адресованных антиоксидантов для предотвращения эректильной дисфункции, например у пациентов после радикальной простатэктомии, которые вынуждены переживать эпизод тканевой послеоперационной ишемии кавернозных тел. Дисфункция митохондрий гладких миоцитов кавернозных тел может усугубляться развитием нитрозильного стресса, за который может быть ответственна митохондриальная NO-синтаза, обеспечивающая избыточную продукцию NO. При этом увеличение продукции NO коррелирует с увеличением уровня продуктов перекисного окисления митохондриальных липидов. Ингибитор NO-синтазы LNAME приводит к значительному снижению уровня NO в среде и снижению в митохондриях количества малонового диальдегида.

В заключение следует отметить, что работы по дальнейшему изучению функциональной роли митохондрий в формировании и поддержании ряда урологических заболеваний в настоящее время ведутся достаточно активно. В последнее время медицинская общественность уделяет внимание фундаментальным медицинским проектам, связанным с оксидативным и нитрозильным стрессами, что способствует дальнейшему развитию науки и поисковым работам в лечении таких урологических заболеваний, как эректильная дисфункция, ГАМП, синдром хронической тазовой боли, интерстициальный цистит и др.

Социально-медицинские аспекты транссексуализма

Первые упоминания о транссексуализме были обнаружены еще в древнегреческих трактатах Геродота, который, описывая поход скифов в Азию и Египет, упоминает про «женскую болезнь» – проклятье, ниспосланное богиней Афродитой женщинам. Аналогичные случаи половой трансформации были описаны и в мифах Древнего Рима.

Р.Т. АДАМЯН,
д.м.н., профессор, пластический хирург,
отделение пластической хирургии К+31

M. Hirscbtcid в 1923 г. впервые использовал выражение «транссексуализм души», что не было тогда принято во внимание, и только много позже, в 1949 г., понятие «психопатия транссексуализма» использовал D. Cauldwell.

В 1928 г. H. Ellis написал работу «Исследования психологии сексуальности», в которой он обозначил эту проблему как превратное ощущение своего пола – «сексуально-эстетическую инверсию».

Сам термин «транссексуализм» предложил H. Benjamin, который в 1953 г. впервые описал это состояние с научной точки зрения и определил его как «...патологическое состояние личности, заключающееся в полярном расхождении биологического и гражданского пола, с одной стороны, с полом психическим, с другой стороны».

В настоящее время диагноз «транссексуализм» включен в Международную классификацию болезней в категории «Расстройства половой идентификации» (шифр F64.0) и определяется как «Желание жить и восприниматься окружающими как лицо противоположного пола, обычно сопровождаемое ощущением дискомфорта от своего анатомического пола или чувством неуместности своей половой принадлежности. Желание подвергнуться хирургическому вмешательству или получить гормональное лечение с тем, чтобы достичь, насколько это возможно, соответствия предпочитаемому полу».

Патогенез в рамках деперсонализационного синдрома до сих пор окончательно не установлен и продолжает изучаться. В поисках объяснения нарушения половой дифференцировки, с точки зрения биологического аспекта, А.О. Бухановским еще в 1985 г. был выявлен реальный факт существования определенных структур мозга, ответственных за половое поведение и самосознание (гипоталамус, преоптическая область, миндалевидное тело).

Различают женский и мужской транссексуализм. При женском типе биологические женщины (генетические) ощущают себя в мужском поле; нередко при описании данной формы используют термин «Ж/М-трансформация», «FtM-пациент», или «транссексуализм типа женщина-мужчина». При мужском транссексуализме биологические (генетические) мужчины ощущают себя в женском поле; при этой форме также используют термин «М/Ж-трансформация», «MtF-пациент», или «транссексуализм типа мужчина-женщина».

Выраженность нарушения половой дифференцировки видоизменяется в широком спектре, что влечет за собой многообразие клинических вариантов транссексуализма – от ярких «ядерных» до стертых «краевых» форм, что и определяет дальнейшую тактику реабилитационных и лечебных мероприятий. Именно лиц с «ядерными» формами транссексуализма психиатры направляют на хирургическую смену пола.

Общепринятая тактика диагностических реабилитационных мероприятий при транссексуализме включает следующие этапы:

- первым этапом (подготовительным) является психиатрическая экспертиза, включающая установление диагноза и динамическое наблюдение за пациентом. В зависимости от клинического течения процесс установления диагноза «транссексуализм», может продлиться от нескольких месяцев до двух и более лет.

С нашей точки зрения, в мире прослеживается не очень благоприятная тенденция упрощения «транссексуализма» из нозологической единицы в некий психологический феномен в рамках синдромокомплекса. В подтверждение этого мы видим тенденцию терминологических изменений названия заболевания «транссексуализм» в синдром гендерной дисфории или же в понятие «гендерно неконформные индивидуумы».

- второй этап – это половая переориентация, включающая гормональную заместительную терапию, перемену гражданского пола (медико-юридический акт, позволяющий лицу исполнять в обществе желаемую половую роль). По результатам проведенной работы, комиссия, состоящая из трех врачей-специалистов, обоснованно выносит одно из следующих решений: менять или не менять гражданский пол; дать отсрочку в вынесении решения до получения дополнительных сведений о пациенте; провести хирургическую смену пола.

- третий этап – восстановительно-реабилитационный, который включает в себя постхирургическое диспансерное наблюдение, соматическое обследование, поддерживающую психотерапию и социально-психологическую помощь при трудностях адаптации.

Необходимо отметить, что в настоящее время в юридической правоприменительной практике изменения гражданского пола в Российской Федерации имеется ряд проблемных вопросов, касающихся законодательной базы и регламентирующих формальную сторону изменения гражданского и биологического пола, а также получаемого социально-правового статуса гражданина.

На сегодняшний день в России работа врачей и дальнейшая социализация транссексуалов регламентируется следующими нормативно-правовыми актами:

- Приказ Министерства Здравоохранения РФ № 311 от 6 августа 1999 г. «Об утверждении медицинского руководства «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств», в котором представлен план и тактика ведения пациентов с гендерными нарушениями.

- Федеральный закон от 15 ноября 1997 г. № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» (с изменениями от 25 октября 2001 г., 29 апреля 2002 г., 22 апреля, 7 июля, 8 декабря 2003 г., 22 августа, 29 декабря 2004 г., 31 декабря 2005 г.), который регламентирует порядок и право изменения гражданского пола. Однако в настоящее время органы записи гражданского состояния игнорируют данный закон без предоставления справки, подтверждающей именно хирургическую смену пола.

- Статья 70 Федерального закона «Об актах гражданского состояния». Глава IX. «Внесение исправлений и изменений в записи актов гражданского состояния», в которой и отражена необходимость представления документа установленной формы об изменении пола, выданного медицинской организацией, а приказом Минсоцразвития № 293 от 25.04.2005 предписано создание рабочей группы собственно по подготовке этих нормативных документов. В реальности, пока нормативные документы не разработаны, данные нормы не работают, и мы видим доминирование институтов власти над медицинскими аспектами транссексуализма, вплоть до явного или косвенного вмешательства в необходимый объем хирургического действия.

Надо понимать, что если в медицинском представлении, кроме мужчин и женщин существуют пациенты с теми или иными нарушениями половых детерминант (генетическими, гонадными, гаметными, гормональными, соматическими, фенотипическими, психологическими и др.), то во всех социальных, политических, юридических институтах человек представлен в половом понимании сугубо в бинарном виде и не существует никакого третьего варианта. Это обязывает человека к жесткому выбору пола, который тянет за собой и серьезные хирургические манипуляции или по медицинским, или по социальным показаниям. Хотя болезнь должен лечить именно врач, а не чиновник.

Что касается категорий пациентов, то здесь практика показывает такую динамику: если раньше было соотношение «один MtF-пациент на десять FtM-пациентов», то сейчас соотношение «один к трем». Вместе с тем статистика одного хирурга или одной команды хирургов не отражает тенденции в целом. В общей сложности с 1991 и до 2010 г. только на базе РНЦХ было выполнено несколько тысяч операций по смене пола более чем

«...»

В настоящее время диагноз «транссексуализм» включен в Международную классификацию болезней

700 транссексуалам. Ранее выполнялось около 50 микрохирургических фаллопластик в год. В связи с изменением экономической ситуации подобные операции стали платными, а с течением времени их стоимость только возрастает, что приводит к значительному сокращению числа проводимых операций такого рода до 5–10 в год. Настоящая проблема особенно актуальна в условиях российского экономического кризиса, снижения платежеспособности пациентов, а также острой нехватки врачей-хирургов, занимающихся реконструктивной (микрохирургической) интимной пластикой при транссексуализме, практикующих в России. Без преувеличения можно сказать, что самый большой опыт наработок в этом направлении принадлежит нашей команде. Эту работу мы начинали в РНЦХ в отделе плановой микрохирургии, возглавляемой академиком РАМН, профессором Н.О. Милановым.

Нами еще в 1995 г. были разработаны основные принципы хирургического лечения транссексуализма:

а) минимальная необходимая достаточность;

б) последовательность операций (от технически легких к технически сложным, от операций с меньшим хирургическим риском к операциям с большим хирургическим риском);

в) возможная обратимость;

г) функциональная пригодность;

д) эстетичность.

Согласно первому и основному принципу, завершающим этапом смены пола является любой этап, после которого происходит адаптация пациента к своей социально-бытовой среде. Дальнейшее накопление опыта, развитие микрохирургической техники, активное взаимодействие и обмен опытом пластических хирургов, урологов и гинекологов дало возможность выполнения одномоментных операций, не нарушающих основных принципов хирургической коррекции пола.

Хирургическая смена пола при Ж/М-трансформации имеет ряд особенностей. Так, например полную смену пола можно разделить на ряд отдельных этапов:

- Маскулинизирующая маммопластика – двусторонняя подкожная мастэктомия с формированием контура грудной клетки по мужскому типу. По нашим данным, в 15–20% случаев пациенты при Ж/М-трансформации отказываются от дальнейших операций по смене пола после удаления молочных желез, т.к. при благоприятном фенотипе и стабильном социально-семейном положении устраняется единственный визуальный признак принадлежности к женскому полу.
- Гистерэктомия. С учетом онконастороженности гистерэктомию необходимо выполнять не позднее, чем через 2 года после начала заместительной гормональной терапии.
- Неофаллопластика – формирование тела «полового члена». В основном, мы используем микрохирургический метод неофаллопластики (кожно-мышечный торакодорсальный лоскут на основе широчайшей мышцы спины с первичной реиннервацией его двигательного нерва). Это позволяет пациентам в дальнейшем путем напряжения мышечной основы неофаллоса функционально имитировать «эрекцию» и проводить половой акт без использования каких-либо эндопротезов.
- Тотальная уретропластика. Первым этапом мы создаем промежностную часть неоуретральной трубки с использованием местных тканей с полным его разобщением с влагалищем. Вторым этапом выполняем стволовую часть неоуретры, используя микрохирургический лучевой лоскут.
- Скротопастика.
- Эндопротезирование яичек.
- Эстетическая коррекция неофаллоса и при необходимости (отсутствии двигательной реиннервации мышечной основы неофаллоса) – эндопротезирование.

Хорошее осевое кровоснабжение используемых микрохирургических аутотрансплантатов позволяет выполнять на неофаллосе необходимые хирургические манипуляции (формирование головки и венечной борозды и прочий арсенал эстетических корригирующих операций) без боязни нарушения его кровоснабжения.

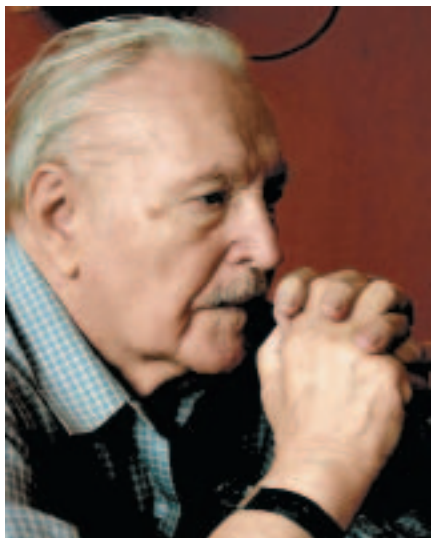
Надо отметить, что накопленный опыт выполнения фаллоуретропластик у транссексуалов и внедрение микрохирургических технологий послужило хорошей базой для лечения множества урологических пациентов с полной или частичной утратой полового члена при различных как врожденных, так и приобретенных заболеваниях урогенитальной области у мужчин. Появление нового эффективного направления реконструктивной хирургии значительно обогатило арсенал методов оперативного лечения в традиционной урологии.

«...»

Появление нового направления реконструктивной хирургии обогатило арсенал методов оперативного лечения в традиционной урологии

ЮБИЛЕЙ

К юбилею Новикова Ивана Федоровича



Новиков Иван Федорович родился 12 сентября 1926 (1925) г. в крестьянской семье в Украине в селе Широкая Поляна Запорожской области. Мать – Душечкина Дарья Пантелеевна, отец – Новиков Федор Мартынович. В 1935 г. вся семья переехала в Крым, где с 1941 по 1943 г. находилась в оккупации. В 1943 г. Иван переправил в паспорте год рождения (с 1926 на 1925) и в 17 лет ушел на фронт. Участвовал вначале солдатом, а затем командиром полкового орудия в освобождении Севастополя, Варшавы и в штурме Берлина 30 апреля 1945 г., где получил тяжелое ранение в ногу и был контужен. Награжден боевыми орденами Красной звезды, Отечественной войны и медалями «За Отвагу», «За боевые заслуги», «За освобождение Варшавы», «За взятие Берлина», «За победу над Германией» и восемью юбилейными медалями. Имеет звание заслуженного гражданина Севастополя и его имя написано на стеле Сапун горы.

После окончания войны с 1947 по 1950 г. учился в Симферопольском фельдшерско-акушерском училище, после которого сразу поступил и в 1956 г. с красным дипломом окончил Крымский медицинский институт. В этом же году был вначале назначен главным врачом в г. Новый Айдар (Украина), а затем направлен на должность главного хирурга в город Мгу Ленинградской области, где 2 года из-за нехватки специалистов одновременно работал на 0,5 ставки гинекологом и 0,25 стоматологом.

В 1958 г. поступил в Клиническую ординатура по хирургии в больнице им. Куйбышева (Мариининская), по окончании которой сначала работал врачом-ординатором хирургического, а с 1963 г. урологического отделения. Работая хирургом, первым стал применять интубационный наркоз без ларингоскопа, за что хирурги прозвали его «наш Макинтош». С 1963 г. – заведующий урологическим отд. больницы им. Урицкого, с 1970 г. – ассистент, а с 1974 г. доцент кафедры урологии ГИДУВа (в последующем МАПО). В 1968 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Неоперативные методы лечения больных с камнями мочеточников». Первому в Ленинграде 28.02.1968 присвоена квалификация врача-уролога 1 категории. Является Почетным членом Российского Общества Урологов. Автор 5 монографий, более 150 научных статей, 3 патентов на изобретения, 9 рационализаторских предложений. Обучил различным методам лечения более 3 000 врачей-курсантов. Награжден 9 почетными грамотами за добросовестный труд.

Впервые при массивных кровотечениях вместо веносекции стал выполнять гемотрансфузию через подключичную вену. В 1962 г. впервые в СССР предложил и стал использовать при мочекаменной болезни эндовезикальную новокаиновую блокаду устья мочеточников. В 1970 г. первым стал применять перидуральную анестезию при аденомэктомии и предложил после удаления аденоматозных узлов накладывать гемостатический шов. Первым в Санкт-Петербурге выполнил операцию по методу Иваниссевича. Вторым в СССР после В. Симонова и первым в Санкт-Петербурге в 1973 г. стал производить ТУР ДГПЖ. Разработал показания и предложил 4 вида ТУРП: тотальную, субтотальную, субтотально-борозчатую и электроинцизию. Для заживления надлобкового свища без уретрального катетера спроэктировал специальную капсулу из пищевой резины. В 1974 г. усовершенствовал петлю Дэвиса, в 1986 г. петлю Цейса, в 1988 г. разработал модификацию металлического экстрактора Дормиа. В 1975 г. создал 3 вида конструкций трокаров для временного отведения – пункция мелким калибром, перманентная – среднего и крупного калибра – с катетером типа Фолея, Тиммана и Петцера. Малая инвазивность этих трокаров заключалась в том, что прокол пузыря осуществляется стилетом одновременно с катетером. Вторым после А.М. Гаспаряна выполнил сафено-кавернозный анастомоз при приапизме. Разработанная в 1976 г. совместно с В.В. Михайличенко модификация операции Al Chorab при приапизме позволила восстановить эрекцию у 40% больных. В 1977 г. изобрел трехлопастный скальпель, значительно упрощающий соединение полости мочевого пузыря, образующейся после аденомэктомии, с полостью («предпузырем»), образующейся после аденомэктомии.

Медицинская династия семьи Ситдыковых

Медицинская династия нашей семьи начинается с моего деда, Назипа Халиковича Ситдыкова, который закончил медицинский факультет Казанского университета и получил специальность хирурга. Оперировал, параллельно проводил экспериментальные исследования по изучению влияния отравляющих веществ на жизнедеятельность организмов (это было довоенное время). На Великую Отечественную Войну ушел кандидатом медицинских наук. Во время войны работал хирургом в военных госпиталях, затем был начальником санитарного поезда, попал в окружение и в плен. Из плена бежал и вернулся домой в 1944 г. Преодолев определенные сложности, ему удалось восстановиться на работу в Казанский государственный институт для усовершенствования врачей (ГИДУВ). Тогда помогли друзья, коллеги и семья, которая к тому времени уже вернулась из Рубцовска, где была в эвакуации. В ГИДУВе он начал преподавать на кафедре хирургии, готовить медицинские кадры.

Я помню деда только в детстве, до школы. Как профессионала уролога я помню его по рассказам моего отца, Эдуарда Назиповича Ситдыкова, которого урологи хорошо знают. Из его рассказов я знаю, что мой дед увлекался урологией, и благодаря его активному участию в 1951 г. в ГИДУВе была организована кафедра урологии, возглавил которую тогда уже доцент Н.Х. Ситдыков. Он стал первым специалистом урологом в Татарской АССР. Урологов для ТАССР готовили на кафедре урологии ГИДУВа, там же готовились специалисты и для регионов СССР.

Эдуард Назипович любит вспоминать то время, когда он, закончив лечебный факультет медицинского института в Казани, стал клиническим ординатором на кафедре факультетской хирургии в клинике, которая носит имя академика А.В. Вишневского, под руководством одного из его учеников – профессора С.М. Алексеева. Время было счастливое: семья и маленькая дочка Марина, любимая работа хирурга с операциями, дежурствами, и вылетами по санитарной авиации в районы ТАССР для оказания экстренной помощи хирургическим больным. А еще был баскетбол, которым он увлекался со студенческих лет.

А вот урология Эдуарда Назиповича заинтересовала после того, как он попал на обход урологических больных, который проводил его отец в урологическом отделении городской больницы №5 Казани (там тогда базировалась кафедра урологии) вместе с курсантами ГИДУВа. За два часа обхода Назип Халикович разобрал всего двух пациентов, объясняя курсантам методы диагностики и обосновывая возможные методы лечения каждого конкретного пациента. Он сумел заинтересовать сына, не прилагая никаких усилий. Просто на своем опыте он показал, что профессия медика, несмотря на ее классические принципы, по своей сути, профессия творческая, позволяющая мыслить, анализировать, самостоятельно принимать решения, понимая при этом всю ответственность.

Эдуард Назипович, с грустью вспоминая своего отца, сожалел о том, что при жизни Назипа Халиковича он не успел с ним наговориться, многого обсудить и многому научиться у него. Дед долго не относился к своему сыну – молодому врачу, серьезно. Считал, что он много времени тратит на баскетбол.

Эдуард Назипович очень переживал смерть отца, который умер от эфирного наркоза, просто не проснулся после операции в Москве. Два года мой отец оперировал всех больных, независимо от объема вмешательства, только под местной анестезией по А.В. Вишневскому и блестяще овладел этим методом обезболивания. Он всегда использовал его, когда анестезиологи по каким-то причинам отказывали в проведении общей анестезии. Мне кажется, что потеря отца заставила Эдуарда Назиповича как-то сразу повзрослеть и многое пересмотреть в своей жизни, да и урологию он выбрал на всю свою профессиональную жизнь в память о нем. И как показало время, не зря.

Эдуард Назипович сам совершенствовался и многое делал для того, чтобы урология Татарстана вышла на передовые позиции. После защиты кандидатской диссертации в 1965 г. и докторской – в 1970 г. он стал первым заведующим кафедрой урологии Казанского Государственного медицинского института, которой руководил почти три десятилетия.

Он создал урологическую школу Татарстана, возобновил работу республиканского Общества урологов, воспитал учеников. Многие урологи Республики, которые сегодня имеют немалый опыт и признание, — это ученики академика АНТ Э.Н. Ситдыкова, его школы.

В семидесятые годы, будучи главным урологом МЗ РТ, Эдуард Назипович создал межрайонные урологические центры в Альметьевске, Набережных Челнах, Нижнекамске, Зеленодольске, Елабуге, Бугульме, Чистополе. Подготовил специалистов для них и значительно повысил качество оказания специализированной урологической помощи в Республике Татарстан. Эти центры функционируют и сегодня.

Урологическая клиника в Казани, первоначально рассчитанная на 45 коек, к концу 70-х гг. прошлого века обслуживала 110 коек. Но и этого было мало для населения нашей Республики. И тогда заведующий кафедрой урологии КГМИ и главный уролог Минздрава Татарстана Э.Н Ситдыков добился разрешения на строительство семиэтажного урологического корпуса-пристроя к клинике им. А.В. Вишневского. Это его детище, удобное, оснащенное, с хорошими условиями для пациентов и сотрудников.

Сегодня урологическая клиника КГМУ им. А.В. Вишневского – учебная, научная и лечебная база кафедры урологии ГБОУ ВПО «Казанского ГМУ», со своей школой, созданной Э.Н. Ситдыковым, которая имеет авторитет не только в России, но и за рубежом.

Многие специалисты, подготовленные на базе этой клиники и кафедры урологии, работают в странах ближнего и дальнего зарубежья (Грузия, Азербайджан, Германия, Ливан, Пакистан, Израиль, Сирия).

Большой научный потенциал профессора Э.Н. Ситдыкова реализован в разработке и внедрении в клиническую практику оригинального метода одно- и двухэтапных операций по замещению мочевого пузыря кишечным трансплантатом. Сейчас эти операции называются ортотопической пластикой после цистэктомии. Примечательно, что первую такую операцию Эдуард Назипович сделал еще в 1965 г. пациенту по поводу рака мочевого пузыря. Я видела этого пациента уже через пятнадцать лет после операции и даже была его лечащим врачом при контрольной госпитализации. Но что удивило Эдуарда Назиповича при встрече: пациент в знак благодарности хирургу за свое здоровье и жизнь поменял свою фамилию на фамилию Ситдыков. Прожил пациент после операции 28 лет.

Разработан, внедрен и до сих пор применяется метод аденомэктомии с глухим швом мочевого пузыря, а также меры профилактики воспалительных, геморрагических и обструктивных осложнений аденомэктомии. Результатом научной деятельности Э.Н. Ситдыкова являются 7 монографий, более 300 печатных работ, 8 авторских свидетельств на изобретения, значительное число рационализаторских предложений и учебных пособий. Его звания и регалии настолько обширны и многочисленны, что вызывают непререкаемый авторитет как у пациентов, так и у коллег: академик Академии наук Татарстана, заслуженный врач России и Татарстана, заслуженный деятель науки РФ и РТ, отличник здравоохранения СССР , лауреат премии Фонда академика Н.А. Лопаткина, обладатель Почетного знака и диплома мэрии г. Казань «За труд и доблесть на благо Казани» и т.д.

Сегодня академик Э.Н. Ситдыков продолжает педагогическую, научную и лечебную деятельность. Передает свой профессиональный опыт новому поколению урологов. Он не просто работает, а живет в своей профессии.

Эдуард Назипович всегда хотел иметь сына, но у него две дочери, которые тоже выбрали профессиональную медицину. Старшая – Марина Эдуардовна, уролог в третьем поколении династии, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой урологии Казанского медуниверситета, а младшая – Елена Эдуардовна, стоматолог, к.м.н., доцент, прекрасный специалист ортопед и ортодонт. То, что мы, дочери, выбрали профессию врача, конечно, не случайно. Мы с детства видели как ответственна, благородна и нелегка эта профессия, наблюдая за отцом дома, когда он уставший, но довольный возвращался после трудового дня. Переживали ночью, когда ему необходимо было срочно уехать в клинику к тяжелому больному и вместе с ним радовались выздоровлению его пациентов. Тихо гордились, что у нас такой папа, который может все. Потом, через много лет, когда я сама стала работать на кафедре урологии и принимала участие в работе приемной комиссии, я была свидетелем общественного зачисления абитуриентов очередного приема на первый курс нашего Вуза. Я поняла правильные слова нашего ректора, профессора Х.С. Хамитова. Ему надо было выбрать из двух абитуриентов с одинаковыми баллами одного студента. У одного из них родители были врачами. Отдавая предпочтение этому абитуриенту, ректор сказал, что лучшая профориентация в семье врачей. Я вспомнила свое детство и поняла, что я с этим абсолютно согласна.

Правда, когда я решила стать врачом, я об урологии даже и не думала. А точнее,

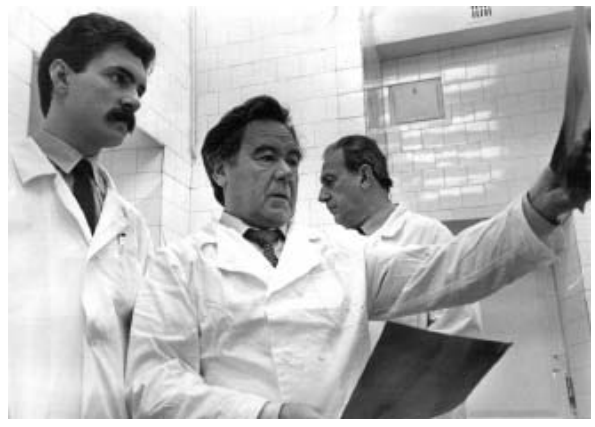
Назип Халикович Ситдыков

Э.Н. Ситдыков с маленькой дочкой Мариной

Эдуард Назипович Ситдыков – чемпион СССР по баскетболу среди студентов медицинских Вузов

В операционной

Мы понимали друг друга с полувзгляда



А.Ю. Зубков, Э.Н. Ситдыков и коллега

не представляла, что это за специальность. Мне хотелось быть врачом-оториноларингологом, потому что в детстве я часто болела ангиной и очень страдала от этого. Но когда вопрос с моими миндалинами был решен радикально, я почувствовала облегчение и решила, что буду только ЛОР-врачом. И с этим желанием я пошла поступать в мединститут. На четвертом курсе лечебного факультета я пришла на цикл по ЛОР-болезням и поняла, что это совсем не мое и даже растерялась, а что же делать дальше? А дальше был цикл по урологии. С нашей группой занималась доцент кафедры Сагида Мухутдиновна Ахметова (в последующем она стала моим научным руководителем в студенческом научном кружке). Нам показали цистоскопию, и я поняла, что мне это интересно. Мне было интересно все: методы диагностики, операции, многочисленные рентгенограммы, а самое главное, пациенты, которых в этой клинике вылечивали. В те годы по программе обучения цикл по урологии продолжался 12 дней. И этого времени было достаточно, чтобы понять дисциплину по серьезному, обучиться практическим навыкам и сделать свой выбор на будущее. И я его сделала на четвертом курсе. Когда я сказала родителям о своем решении, был скандал. Категорически против урологии была моя мама. Отец молчал. Для него это тоже было неожиданностью. Помог мой главный аргумент: в урологическом отделении, которым параллельно с кафедрой заведовал Эдуард Назипович, половина врачей были женщины, и мама их всех знала. На семейном совете было принято предварительное решение о том, что я начну заниматься в студенческом кружке на кафедре урологии, а потом будет видно, может, я сама еще передумаю и выберу другую хирургическую специальность. Мне хотелось оперировать. До окончания института оставалось еще два года. И я не передумала, выбрала урологию и никогда об этом не пожалела. Чем больше я вникала в специальность, тем больше она мне нравилась. Легко не было. Казалось бы, имея рядом такого корифея, как Эдуард Назипович, можно было задать вопрос и быстро получить на него ответ. Но нет, так не было никогда. После очередного моего вопроса мы шли с ним к домашней библиотеке, отец находил нужную книгу и говорил: «Прочитаешь, потом обсудим». Я благодарна ему за такое строгое отношение к делу. А тогда мне хотелось, чтобы он мне рассказал сам. Учил оперировать, сам мне ассистировал. Думаю, что это была одна из форм контроля моей работы в операционной. Я тоже старалась как можно чаще ему помогать в операционной. Работал он спокойно, быстро, даже шутил иногда. И он любил, когда я ему помогала. Мы понимали друг друга с полувзгляда. Отец перестал оперировать сам, когда ему было уже 76 лет. Настояли мы, семья. Но в операционную он приходит, и мы приглашаем его, когда надо посоветоваться. Его рекомендации всегда очень ценные. О себе я не люблю говорить, поэтому коротко: ординатура, аспирантура, защита кандидатской диссертации в Киевском НИИ урологии в 1982 г.; ассистент, доцент кафедры урологии КГМИ, защита докторской диссертации в НИИ Урологии МЗ РФ в 1993 г., профессор и 18 лет заведую кафедрой урологии КГМУ. Эдуард Назипович работает в должности профессора кафедры с того момента, как оставил заведование ею. Самое важное в моей сегодняшней работе сохранить авторитет Татарстанской школы урологов, которую создал Эдуард Назипович, традиции и порядок в урологической клинике КГМУ, систему подготовки кадров.

Четвертое поколение урологов в нашей династии представляет Зубков Алексей Юрьевич, к.м.н., доцент кафедры урологии и муж моей родной сестры Елены Эдуардовны. Алексей Юрьевич много лет возглавлял урологическое отделение №2 в нашей клинике, с момента ввода в эксплуатацию нового 7-этажного урологического корпуса. Осваивал и внедрял в практическое здравоохранение Татарстана ультразвуковые методы диагностики в урологии, все виды эндоурологических операций и вмешательств

Академик РАН Е.Е. Никольский

разованиями мочевого пузыря до и после оперативного лечения», с 1997 г. – доцент кафедры урологии КГМУ. Алексей Юрьевич врач высшей категории, заслуженный врач РТ, «Отличник здравоохранения РФ». Восемь лет руководил урологической службой Казани. На кафедре занимается подготовкой специалистов по программе интернатуры, ординатуры и аспирантуры. Энтузиаст-новатор. Завершает работу над докторской диссертацией.

Пятое поколение нашей урологической династии представляет внук Эдуарда Назиповича, Зубков Эдуард Алексеевич, названный в честь деда. Его трудовая деятельность началась в ординатуре, научная продолжилась в аспирантуре. В 2012 г. защитил кандидатскую диссертацию в Саратовском государственном медицинском университете на тему «Первичный и вторично отсроченный глухой шов мочевого пузыря при одномоментной и двухэтапной надлобковой чрезпузырной аденомэктомии». В настоящее время работает врачом отделения Урологической клиники КГМУ, осваивает технику лапароскопических операций в урологии. В совершенстве владеет английским языком и компьютерной техникой. У него впереди длинная профессиональная жизнь в урологии, и Эдуард Алексеевич, представитель современной врачебной формации, достойный продолжатель нашей урологической династии. Его молодая семья тоже медицинская. Супруга Алина пока студентка КГМУ, а в будущем – врач-педиатр.

Уникальная семья Ситдыковых

под ультразвуковым контролем, перкутанные исследования и вмешательства, контактную литотрипсию и фотодинамическую диагностику, гипертермию и термотерапию (все начиналось в нашей клинике). После многолетней работы в должности заведующего отделением перешел на кафедру урологии на должность ассистента. Успешно защитил кандидатскую диссертацию в 1995 г. в НИИ Урологии МЗ РФ на тему «Алгоритм ультразвукового мониторинга у больных с новообразованиями мочевого пузыря до и после оперативного лечения», с 1997 г. – доцент кафедры урологии КГМУ. Алексей Юрьевич врач высшей категории, заслуженный врач РТ, «Отличник здравоохранения РФ». Восемь лет руководил урологической службой Казани. На кафедре занимается подготовкой специалистов по программе интернатуры, ординатуры и аспирантуры. Энтузиаст-новатор. Завершает работу над докторской диссертацией.

Академик Э.Н. Ситдыков

В нашей медицинской семье представители не только практической медицины, но и фундаментальной. Мой муж, Никольский Евгений Евгеньевич, д.м.н., профессор, академик РАН, нейрофизиолог (физиология синаптических процессов), известный ученый, руководитель экспериментальной лаборатории и заместитель председателя Казанского научного центра Российской Академии наук в Татарстане.

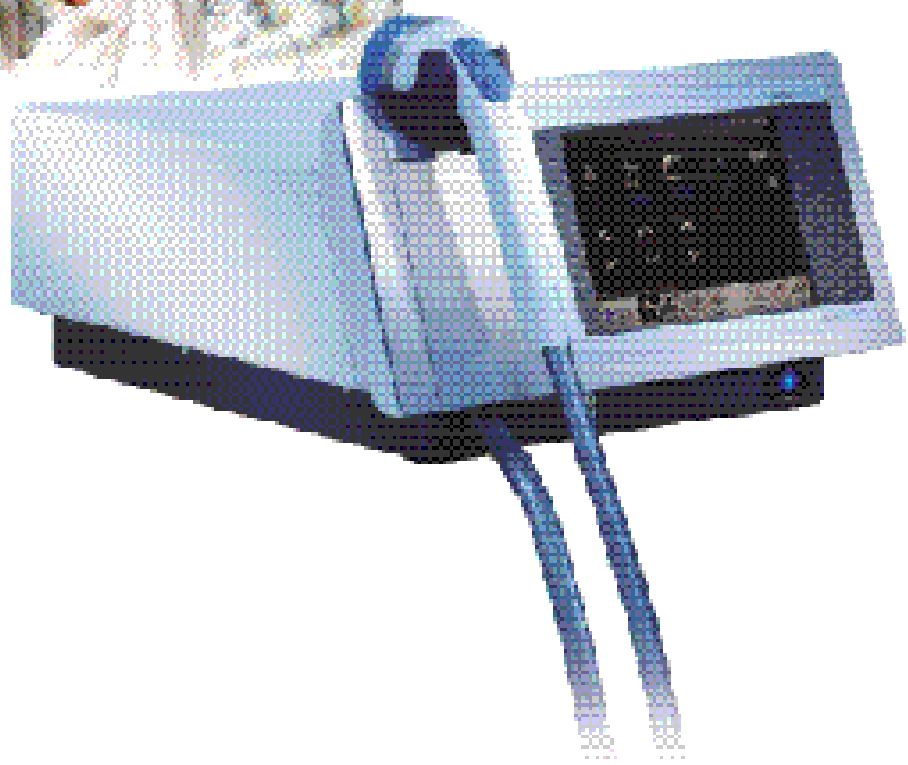
Единственный член нашей семьи без медицинского образования – это мама, супруга Эдуарда Назиповича, Людмила Николаевна Ситдыкова. Инженер, много лет проработала на крупном предприятии ведущим технологом, а по духу тоже медик. Всем нам она смогла создать великолепные условия для образования, работы, защиты диссертаций. На всех у нас 6 кандидатских и пока 3 докторских диссертации. Все годы мама терпеливо и с интересом слушает наши профессиональные разговоры, очень вовремя задает нужные и неожиданные вопросы, что-то по-житейски советует. Мы давно ее считаем нашей коллегой. Создать уют в доме, умение готовить, шить, разбираться в искусстве и музыке – это наша мама. Всегда пожалеет, поймет, обязательно поможет, посоветует или просто выслушает. Это тоже важно.

У нашей семьи интересная жизнь. Все мы увлечены своим профессиональным делом. И кто знает, сколько еще поколений медиков будет в нашей семье. Для всех нас «Врач» – не профессия, это образ жизни.

Рассказывала заслуженный врач РТ, член президиума РОУ, зав. кафедрой урологии ГБОУ ВПО «Казанский ГМУ», профессор,
Ситдыкова Марина Эдуардовна

Dornier *Aries*

Ударно-волновая терапия для лечения эректильной дисфункции



Причиной развития эректильной дисфункции у большинства пациентов является нарушение кровотока. Ударно волновая терапия - это неинвазивная, амбулаторная методика лечения, которая хорошо переносится пациентами.

- **Безболезненно**
- **Неинвазивно**
- **Амбулаторно**
- **Без побочных действий**
- **Стимулирует факторы развития ангиогенеза и улучшает перфузию**
- **Обеспечивает длительный эффект**

Дорнье МедТек Европа ГмбХ представительство в Москве
Россия, 119049, Москва, ул. Мытная, д.3, офис 21
Тел.:+7 495 739 51 32 Факс: +7 495 739 51 33
e-mail: dornier@ccl.ru www.dornier.com

Dornier *MedTech*

Реклама