стр. 2
X Всероссийская научно-практическая конференция «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2016»

стр. 4
проф. Р.С. Козлов «Резистентность уропатогенов – глобальная проблема»

стр. 6
Эпигаллокатехина галлат в лечении и профилактике заболеваний предстательной железы

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

№ 1 МАРТ 2016 г.

В НОМЕРЕ

ПРАКТИКА
Реабилитация пациентов после инвазивных урологических вмешательств
стр. 7

АКТУАЛЬНО
Новое слово в лечении пациентов с эректильной дисфункцией
стр. 9

ОБЗОР МЕРОПРИЯТИЯ
Перспективы профилактики и лечения уроандрологических и нефрологических заболеваний
стр. 10

ОБЗОР МЕРОПРИЯТИЯ
Вторая Московская урологическая школа: итоги и достижения
стр. 16

В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ
Мочекаменная болезнь: в фокусе проблемы
стр. 17

РЕГИОНЫ
Урология Алтайского края: вчера, сегодня, завтра
стр. 22

Уважаемые коллеги!

В 1-м квартале 2016 г. в Москве состоялись важные научно-практические мероприятия, в т.ч. с международным участием (Всероссийская конференция «Рациональная фармакотерапия в урологии–2016», 5-я Междисциплинарная научно-практическая конференция и I Конгресс урологов ОАО «РЖД», Вторая Московская урологическая школа), в ходе которых подробно обсуждались вопросы диагностики, лечения и профилактики ряда уроандрологических заболеваний. В этом номере газеты читатели могут ознакомиться с отчетами о наиболее значимых с практической точки зрения проблемах, прозвучавших на этих мероприятиях (организация уроандрологической помощи, мочекаменная болезнь, эректильная дисфункция, рак предстательной железы, синдром хронической тазовой боли и многие др.). Важно отметить и то, что в соответствующих выступлениях при освещении этих проблем ведущие урологи нашей страны и иностранные участники акцентировали внимание на новых, иногда дискутабельных подходах к их решению.

Пользуясь случаем, приглашаю всех принять участие в XII Конгрессе «Мужское здоровье», который состоится в Казани 16–18 июня 2016 г.!

Главный редактор А.А. Камалов

ПОДПИСКА

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

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. (2 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.

www.bionika-media.ru

16+ Реклама

bionika media

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

ООО "БИОНИКА МЕДИА"

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
Алексей Георгиевич МАРТОВ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; профессор кафедры эндоскопической урологии РМАПО

Научный редактор
Джемал Ахмедович БЕШЛИЕВ, д.м.н.

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
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,
Антон СМИРНОВ

Отдел полиграфии
Руководитель – Наталья НАДВОРСКАЯ
Менеджер – Дмитрий ТУЖИКОВ

Размещение рекламы:
Директор по продажам – Вероника МИЛОЯНИНА
Руководитель департамента продаж рекламы в медицинской прессе – Анатолий КОРНЕЕВ
Руководитель направлений урология и нефрология
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 – Дмитрий ОГУРЦОВ
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 – 4 номера 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 марта 2016 г. в 10:00

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

Пептид – «убийца микробов» из крови аллигатора

X Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2016» состоялась в Москве. В ходе мероприятия, в котором участвовали свыше 600 специалистов из России, стран СНГ, Германии и Италии, были обсуждены различные вопросы лекарственного лечения уроандрологических заболеваний.

Организаторами конференции были Министерство здравоохранения России, НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России (далее НИИ урологии), Российское общество урологов (РОУ).

– Инфекционно-воспалительные урологические заболевания и осложнения, – сказал в своем приветственном слове член-корр. РАН, профессор Ю.Г. Аляев, председатель РОУ, заведующий кафедрой урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, – представляют сложнейшую лечебно-диагностическую проблему, причем не только в урологии, но и для всей современной медицины. Частота урогенитальных инфекционно-воспалительных заболеваний в амбулаторной практике развитых стран занимает второе место по обращаемости после ОРВИ, что делает эту проблему особенно актуальной. Поэтому начальный доклад всего мероприятия и первого пленарного заседания «Перспективы антимикробной терапии и профилактики урогенитальной инфекции», был посвящен одновременно представлению Федеральных клинических рекомендаций «Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов» 2015 г. (ФКР-2015) и обсуждению изменений в Европейском руководстве по урогенитальным инфекциям (2015), разработанном Европейской урологической ассоциацией (EAU). Совместили эти темы в одном докладе потому, что при составлении отечественного документа принимались во внимание лучшие достижения европейской урологической школы, отраженные в рекомендациях EAU-2015.

Профессор О.И. Аполихин, директор НИИ урологии и профессор Т.С. Перепанова, заведующая отделом НИИ урологии, председатель Межрегиональной общественной организации содействия эффективному использованию лекарственных средств в урологии «Рациональная фармакотерапия в урологии» (далее МОО) также обратились с приветствиями к коллегам и пожелали им успешной работы на мероприятии.

Как сообщила профессор Т.С. Перепанова, в 2012–2014 гг. было опубликовано 4 российских национальных рекомендации

Конференция вызвала огромный интерес у российских и зарубежных урологов

«Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов». В новой редакции ФКР-2105 были внесены существенные изменения. Появилось и новое название: отныне рекомендации считаются федеральным документом. Над его усовершенствованием работали специалисты РОУ, Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ), а также МОО. Затем докладчик перечислила важнейшие изменения по сравнению с ФКР 2012–2014 гг.

В первой главе, где приводится последняя классификация инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящих путей (ИМП), были внесены изменения в соответствии с обновленной классификацией европейских урологов. Таким образом, разновидности ИМП теперь включают: неосложненную инфекцию нижних мочевыводящих путей; неосложненную инфекцию верхних мочевыводящих путей; осложненную ИМП с и без пиелонефрита, уросепсис, уретрит, инфекции мужских половых органов. Вторая глава посвящена уросепсису, его диагностике, факторам риска, стратегиям интенсивной терапии. В этот раздел были добавлены препараты – Пентаглобин и перфузионные растворы, относящиеся к иммуноглобулинам для в/в введения. Они применяются для адъювантной терапии пациентов с тяжелым сепсисом и бактериотоксическим шоком (БТШ). Рассказывая о содержании 3-й главы, посвященной микробиологической структуре ИМП, в т.ч. нозокомиальных, Тамара Сергеевна заметила, что правок здесь нет, поскольку после исследования ДАРМИС-2011 в нашей стране новых изысканий в этом направлении не проводилось.

В 4-ю главу «Принципы антибактериальной терапии при урогенитальной инфекции» добавлены новые положения о стратификации риска полирезистентных возбудителей при вне- и внутрибольничной ИМП. В 5-й главе, где речь идет об антимикробной терапии при отдельных формах урогенитальной инфекции, появились новые рекомендации по фармакотерапии катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей, острых ИМП, бактериофаготерапии ИМП.

Целиком обновлена последняя 6-я глава. Она теперь называется «Профилактика инфекционных осложнений урологических вмешательств и операций». Подобной профилактикой считается периоперационное применение системных антибиотиков для уменьшения риска послеоперационной или послепроцедурной инфекции. В обновленной главе появились: подробный алгоритм выбора препарата для антимикробной профилактики, правила установления времени ее начала и продолжительности, описание особенностей проведения профилактики при конкретных процедурах.

Профессор урологического отделения клиники университета Юстуса-Либига г. Гисен (Германия) Флориан Вагенленер представил данные по резистентности возбудителей при тяжелых ИМП, которые были получены в проводимом уже 11 лет непрерывном глобальном исследовании распростра-

ООО "БИОНИКА МЕДИА"

ненности внутрибольничной инфекции в урологии GPIU-study. В работе проведен анализ свыше 27 тыс. наблюдений пациентов среднего возраста 60 лет из более чем 20 стран Европы. Среди клинических проявлений тех ИМП, которые оценивались в исследовании, лидирующие позиции занимали простатит, уретрит, цистит, пиелонефрит, уросепсис. В спектре патогенов преобладают *E. coli, Klebsiella, Enterococcus, Pseudomonias, Enterobacter*. Во всех странах – участницах исследования, в наибольшей степени по сравнению с другими микроорганизмами возрастала антибиотикорезистентность основного возбудителя ИМП – уропатогенной *E. coli*.

Грозной тенденцией, выявленной в исследовании GPIU-stud, напрямую связанную с антибиотикорезистентностью уропатогенных штаммов микробов, является то, что среди клинических проявлений ИМП и их осложнений становится все больше жизнеугрожающих форм. Так, в 2005 г. доля уросепсиса среди других ИМП в Европе составляла 9%, а в 2014 г. – уже 25%. Причем если в прошлом десятилетии тяжелое течение уросепсиса и БТШ встречались весьма редко, то в 2014 г. их частота существенно возросла.

Ключевой группой антибиотиков, применяемых в Европе для борьбы с тяжелыми ИМП, в 2014 г. стали фторхинолоны.

Профессор Технического университета Мюнхена (Германия) Курт Набер рассказал о разработке новых антимикробных препаратов в лечении мультирезистентной ИМП, отметив, что резистентность уропатогенов к противомикробным препаратам растет во всем мире. Поэтому наиболее эффективная на сегодня антибактериальная политика при ограниченном количестве новых антибиотиков, состоит в осмотрительном назначении антибактериальной терапии. Сейчас все еще действенны «старые» антибиотики, которые пока можно использовать при лечении больных ИМП. Однако все шире применяются и относительно новые лекарства известных классов антибиотиков. Но главная надежда в решении этой проблемы связана с препаратами принципиально новых механизмов действия, проходящие сейчас разные фазы клинических исследований.

Большой интерес участников конференции вызвал представленный профессором К. Набером обзор «соединений против новых целей». Среди этих препаратов, приближающийся сегодня к фазе клинических испытаний «first in man», является пептидомиметик дефенсин, природный стимулятор белков иммунной защиты. Впервые дефенсины выделили из крови американских аллигаторов как молекулы – «убийцы микробов», но затем они обнаружены и в плазме крови человека. Дефенсины, или катионные антимикробные пептиды, эволюционно сформировались как компоненты врожденной первой линии иммунной обороны, высокоактивные, прежде всего, против кишечной палочки. Уже открыт уникальный механизм действия дефенсинов. Он принципиально отличается от всех системных антибиотиков. Дефенсины избирательно воздействуют на клеточную мембрану с помощью биофизического механизма, который непосредственно разрушает оболочку бактерии, обходя собственные механизмы устойчивости микробов.

Последний доклад среди западноевропейских участников конференции представила д.м.н. Сцилла Крауз из отдела андрологии университета Флоренции (Италия), напомнив о том, что в 15% причиной как врожденного, так и приобретенного мужского бесплодия являются заболевания, связанные с генитальной инфекцией, а при приобретенном бесплодии инфекционное начало присутствует в подавляющем большинстве случаев. Это связано с тем, что воспалительный процесс в половых органах, проявляющийся лейкоспермией, приводит к субокклюзии дистальной или проксимальной части семявыносящих путей. В результате в семенной жидкости происходят нарушения, которые и делают мужчину бесплодным.

Сцилла Крауз обсудила механизмы формирования инфертильности, а именно снижения объема спермы, увеличения ее pH, что в свою очередь приводит к агглютинации сперматозоидов, уменьшению их общего количества и подвижности , увеличению доли их аномальных форм. На сегодня самым надежным и прогностическим маркером именно той категории ИМП, которые приводят к нарушению инфертильности, считается интерлейкин-8. Далее Сцилла Крауз рассказала об алгоритмах диагностики и лечения орхитов и других андрологических заболеваний, приводящих к бесплодию.

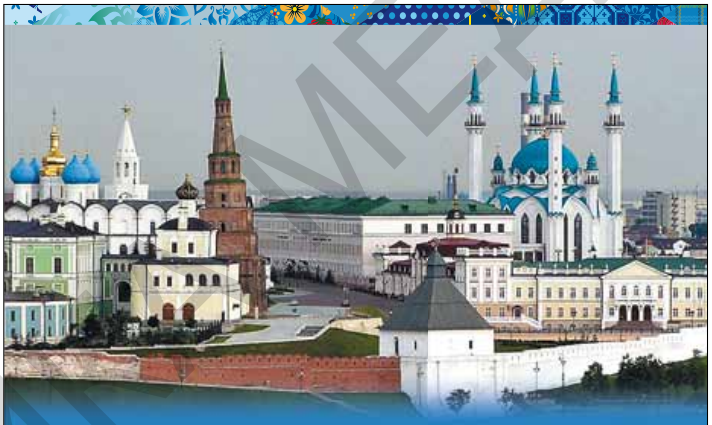
Наиболее тяжелые нарушения в спермограмме регистрируются, когда к лейкоспермии присоединяется субокклюзия в урогенитальном такте. Поскольку определение в плазме крови интерлейкина-8 является относительно сложным лабораторным тестом, то в Европе сейчас проводится многоцентровое исследование, нацеленное на разработку диагностических маркеров УЗ-параметров мужского урогенитального тракта, которые могли бы стать и скрининговыми тестами мужского бесплодия.

В заключение своего выступления итальянский эксперт рассказала о молекулярных механизмах развития оксидативного стресса при лейкоспермии, а по его причине – гибель сперматозоидов или поражение их генетического аппарата. В начале 2000-х гг. Сцилла Крауз вместе с коллегой Джоном Эйткиным сделали важно открытие – оксидативный стресс по причине ИМП приводит к делеции Y-хромосомы, являющейся грубым нарушением ДНК спермы, в итоге приводящим к мужской инфертильности. Продолжение этих исследований позволили создать алгоритмы лечения тех вариантов ИМП, которые повышают риск бесплодия. Подобная терапия включает антибиотики, антиоксиданты, методику in vitro фертилизации.

В первый день работы конференции также прошел вызвавший больший интерес участников мероприятия симпозиум «Что скрывают ошибки в диагностике и лечении инфекций, передающихся половым путем (ИППП)? Особое мнение венеролога и юриста: как лечить без последствий?». Основной доклад представили профессор А.А. Хрянин (Новосибирск) и доцент М.В. Радченко, кандидат юридических наук (Челябинск). На симпозиуме в ходе горячей дискуссии были обсуждены вопросы, которые до сих пор столь подробно не обсуждались ни на одной из аналогичных российских конференций урологов, но имеющих большое практическое значение. Какие отечественные рекомендации имеют юридическую силу в лечении ИППП? Может ли российский врач использовать зарубежные руководства в повседневной практике? В чем принципиальная разница между рекомендуемыми и альтернативными схемами лечения ИППП? Превышение рекомендуемой дозы препарата – вред или польза для пациента? Эмпирическая терапия ИППП: за и против; бренд или генерик – есть ли разница? Как врачу избежать юридических исков: всегда ли прав пациент? Как правильно оформить лечение пациента: пишем рецепты (МНН) или в произвольной форме указываем торговые названия лекарственных препаратов?

Юбилейную конференцию «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2016» отличал высокий уровень представления материалов, широкий охват самых разных направлений лекарственного лечения уроандрологических заболеваний. Благодаря участию ведущих российских и зарубежных специалистов в рамках конференции прошло чрезвычайное содержательное и полезное обсуждение последних клинических и научных достижений в области фармакотерапии в урологии.

Александр Рылов



Первое информационное письмо

Российская общественная организация

«Мужское здоровье»

проводит **XII Конгресс «Мужское здоровье»**

при поддержке:
Медицинского научно-образовательного центра МГУ, Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова, Российской академии наук, Российского общества урологов, Российской ассоциации эндокринологов, Российского общества неврологов, Российского общества кардиологов, Всероссийского научного общества онкологов, Российского общества пластических, реконструктивных и эстетических хирургов, Российского общества акушеров-гинекологов, Общественных медицинских организаций стран СНГ.

Казань, 16–18 июня 2016 г.

Дорогие коллеги, друзья, дамы и господа!
Приглашаем вас принять участие в XII Российском конгрессе «Мужское здоровье», который пройдет в Казани – «третьей» столице России.
В рамках научной программы конгресса будут обсуждаться наиболее актуальные вопросы мужского здоровья в формате междисциплинарного подхода, современные аспекты влияния окружающей среды на качество жизни мужчин, возможности диагностики и лечения с учетом достижений фундаментальной науки в области медицины и многое другое.
Темы конгресса будут наиболее интересны специалистам в области охраны здоровья мужского населения, которые занимаются современными методами обследования и лечения мужских заболеваний, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи. Делегаты конгресса получат великолепную возможность полюбоваться красотами Казани, имеющей тысячелетнюю историю, где на протяжении веков находился стык культур западной и восточной цивилизаций, что делает столицу Татарстана истинным городом контрастов.
С дополнительной информацией можно ознакомиться на сайте конгресса www.rusmh.org.

Срок подачи тезисов: до 15 апреля 2016 г. по e-mail: roo.rusmh@gmail.com
Требования к присылаемым материалам: Шрифт Times New Roman, одинарный интервал, размер шрифта 12, объем одна страница формата А4.
Тезисы поступившие после 15 апреля 2016 г. рассматриваться и публиковаться не будут!
Лучшие работы и доклады, представленные на конгрессе, отобранные Междисциплинарным советом, традиционно будут отмечены специальными премиями и дипломами.
Взнос участника конгресса составляет 5000 рублей.
Предусматривается проведение торжественного Гала-банкета.
Во время работы конференции планируется проведение выставки и сателлитных симпозиумов фирм-спонсоров.

Координаты оргкомитета:
(499) 432-96-22, (926) 626-16-71 Диана Владимировна – координатор проекта, e-mail: roo.rusmh@gmail.com
(499) 432-96-22 Охоботов Дмитрий Александрович – ученый секретарь РОО «Мужское здоровье», e-mail: 14072003m@gmail.com

По вопросам бронирования гостиниц, трансфера и организации культурной программы обращаться в оргкомитет.
Информационная поддержка:
Газета «Московский уролог», официальный сайт РОО «Мужское здоровье» www.rusmh.org
ООО «Бионика-Медиа», www.bionika-media.ru

реклама 16+

ООО "БИОНИКА-МЕДИА"

Резистентность уропатогенов – глобальная проблема

Доклад с таким названием представил на юбилейной X Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2016» главный внештатный специалист Минздрава России по клинической микробиологии и антимикробной резистентности, президент Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ), директор НИИ антимикробной химиотерапии (НИИАХ), ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор Р. С. КОЗЛОВ. В своем выступлении Роман Сергеевич остановился на проблеме антибиотикорезистентности при лечении больных инфекционно-воспалительными заболеваниями мочевой системы (ИМС), а также качестве оригинальных и генерических антимикробных препаратов, используемых с этой целью.

Тревожная тенденция

Как напомнил профессор Р.С Козлов, группа антимикробных препаратов (АМП), которыми сегодня пользуются врачи, чрезвычайно многообразна. В настоящее время только в России зарегистрировано более 200 таких лекарств. Среди них 20 классов антибактериальных, 8 – противомикробных и столько же противовирусных и 12 классов противопротозойных препаратов. Тревожной тенденцией является снижение числа системных АМП, выводимых на фармрынок. В 1983–1987 гг. появилось 16 таких лекарств, в 1998–2002 гг. – 7, а в 2008–2012 гг. всего 2. Причем если в 1984 г. в разработке антибиотиков участвовали 18 компаний, то в 2010–2012 гг. их осталось только 5.

В то же время, подчеркнул Роман Сергеевич, потребность в антибиотикотерапии сейчас растет. Между 2000 г. и 2010 г. потребление АМП выросло на 36% с 54 млрд. стандартных единиц до 74 млрд., причем основное увеличение потребления антибиотиков отмечалось в странах БРИКС. Снижение чувствительности микроорганизмов к АМП приводит сегодня к клинической неэффективности целых классов антибиотиков. При сохранении современных темпов роста резистентности к 2050 г. потери мировой экономики могут составить до 7% мирового ВВП или $210 трлн. Только материнская смертность может вырасти более чем в 50 раз.

Большую работу по изучению структуры возбудителей ИМС и их чувствительности к антибиотикам в России проводят специалисты из общественной организации МАКМАХ, НИИАХ ГБОУ ВПО СГМУ Минздрава России и Федерального научно-методического центра по мониторингу резистентности к АМП. В 1993–1995 гг. всего 2 города РФ участвовали в таких исследованиях, а в 2005–2015 гг. – уже 49. Самой крупной из таких работ в области возбудителей ИМС стало исследование «Дармис».

В нем участвовали страдающие острыми и рецидивирующими внебольничными ИМС 565 (57%) взрослых пациентов; 258 (26%) детей; 164 (17%) беременные женщины. Работа проводилась в 28 центрах 20 городов страны, 651 пациент обследовался в стационаре и 336 – в амбулаторном звене. Во всех субпопуляциях пациентов осложненные ИМС встречались чаще неосложненных. Наиболее часто ИМС осложняли мочекаменную болезнь, анатомические аномалии почек и мочевыводящих путей и сахарный диабет.

В рамках исследования «Дармис» была выполнена огромная микробиологическая работа: изучалось 987 внебольничных штаммов уропатогенов, из них 83% от женщин и 17% от мужчин. Структура возбудителей внебольничных ИМС оказалась следующей. Общая доля представителей семейства *Enterobacteriaceae* составила 84% и среди них *E. coli* – 64%. В 9% случаев ИМС обнаруживались *K. pneumoniae*, в 5% – *P. mirabilis*. Столь же часто встречались и *E. faecalis*. Частота выявления *P. aeruginosa* составила 4%. Другие возбудители выделялись в 14% случаев.

Результаты исследования «Дармис» сыграли незаменимую роль в выработке современной тактики лечения российских больных ИМС, которую подробно обсудил в своем выступлении докладчик. В частности, рассказывая о ключевых моментах терапии острого неосложненного цистита и пиелонефрита, профессор Р.С Козлов сказал: «Острый неосложненный цистит редко прогрессирует до восходящего острого пиелонефрита , даже при отсутствии лечения. Таким образом, основная цель лечения больных острым неосложненным циститом направлена на снятие симптомов заболевания. Фосфомицин и нитрофураны являются препаратами выбора при лечении больных острым неосложненным циститом. Фторхинолоны должны считаться альтернативными препаратами у пациентов без предшествующей антибиотикотерапии, являясь при этом препаратами выбора для лечения пациентов с пиелонефритом.

Оригиналы или генерики?

Следующую часть своего доклада Роман Сергеевич посвятил качеству антимикробных препаратов. Основой для обсуждения этой проблемы стал обзор сравнительных исследований тех оригинальных и генерических препаратов, которые используются в лечении больных ИМС. Критика некачественных генерических лекарств, с которой выступил докладчик, была подтверждена ссылками на проведенные в России исследования (А.А. Никулин и соавт. Клин. микробиол. антимикроб. химиотер., 2010;12: 31; С.К. Зырянов и соавт. Справочник поликлинического врача 2012;5:13).

На первый взгляд, широкое использование генериков – это благо, позволяющее при меньших материальных затратах помочь большему количеству пациентов, т.к. воспроизведенные лекарственные препараты всегда дешевле по сравнению с оригинальным аналогом. В то же время, по данным исследований ВОЗ, от 10 до 20% генерических лекарств, отбираемых для регулярно проводимых развитыми странами исследований по контролю качества, не способны пройти такую проверку. Таким образом, для того, чтобы потребитель мог воспользоваться экономическим преимуществом генериков, необходимо, чтобы в государстве функционировала действенная система контроля их качества. И этот контроль должен, прежде всего, установить, являются ли генерик и оригинал фармацевтически и терапевтически эквивалентными, а потому можно ли ожидать, что они будут иметь одинаковый клинический эффект и одинаковый профиль безопасности.

Исследование А.А. Никулина и соавт. было посвящено сравнению качества, содержания активного вещества и нерастворимых примесей оригинального (Меронем) и одного из представленных на отечественном рынке генериков меропенема (Меропенем Спенсер) – антибиотика из группы карбапенемов для внутривенного введения. Оказалось, что образцы генерического препарата характеризовались недопустимо долгим временем растворения содержимого флакона и содержали разное количество нерастворимых частиц, что может неблагоприятно сказаться на эффективности терапии при применении данного лекарства.

Не лучше обстоит дело с генериками азитромицина. Изучение фармацевтических свойств его генериков (Азитрал и Азинорт) наиболее популярных в России, показало (С.К. Зырянов и соавт.), что общее количество примесей в лекарствах-копиях было в 3–5 раз выше, чем в оригинальном препарате (Сумамед); достоверно ниже оказалась биодоступность генериков, как и содержание в них активного вещества. Исходя из полученных результатов, авторы этих и ряда других сравнительных исследований, о которых рассказал Р.С. Козлов, сделали вывод о том, что изученные ими воспроизведенные препараты, широко применяемые, в т.ч. в урологической практике, не являются фармацевтически эквивалентными оригинальному продукту.

– Из приведенных мною фактов, – сообщил докладчик, – становится очевидно, что на отечественном фармрынке сейчас присутствуют некоторые генерические препараты, которые как минимум по фармацевтической эквивалентности уступают оригинальным, что может приводить к целому ряду неблагоприятных последствий (например, росту резистентности и пр.).

В заключение своего выступления профессор Р.С Козлов сообщил, что специалисты, объединившиеся в МАКМАХ в 2016 г. продолжат образовательную работу среди российских врачей. В Тюмени 31 марта – 1 апреля пройдет I Сибирско-уральская конференция по антимикробной терапии, 25–27 мая в Москве в гостинице «Космос» состоится XVIII Международный конгресс по антимикробной терапии. Наконец, 13–14 октября Волгоград станет местом проведения IV Южно-российской конференции по антимикробной терапии. Подробно можно ознакомиться на сайте Антибиотик.ру.

Александр Рылов

ООО "ЕМКОМ МЕДИА"

Патоспермия: современная парадигма лечения

Низкая фертильность у мужчин нередко является последствием патоспермии – отклонения в выработке и созревании мужских половых клеток, необходимых для оплодотворения и зачатия. О новых возможностях терапии пациентов с патоспермией шла речь и на одном из симпозиумов в рамках X Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии»

По словам Е.А. Ефремова, д.м.н., заведующего отделом андрологии и репродукции человека НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина, доля мужского бесплодия в структуре супружеских пар достигает 50%. На репродуктивную функцию негативно влияет большое число факторов, т.ч. заболевания различных органов и систем (эндокринопатии, болезни сердечно-сосудистой системы, почек и др.), прием лекарственных препаратов (цитостатики, антибиотики, антидепрессанты и др.). При этом каждому третьему пациенту ставится диагноз «идиопатическая форма бесплодия», когда явную причину патоспермии установить не удается. Среди современных способов лечения бесплодия у мужчин приоритет отдают консервативным методам. Особое значение придается эмпирической терапии, при которой предполагается системный подход к проблемам половой системы и экстрагенитальных органов и систем, а также учитывается значимая роль окислительного стресса в формировании мужского бесплодия. Срок проведения такой терапии составляет 6 месяцев, а при значительной положительной динамике ее продлевают до 12 месяцев. Для эмпирической терапии и профилактики мужского бесплодия сегодня активно используют биокомплексы, содержащие минералы, витамины, энзимы, аминокислоты и т.п. Однако практика показала, что не все из них обладают доказанной эффективностью и поэтому требуются дополнительные исследования на предмет их антиоксидантной активности.

Не так давно на российском рынке зарегистрирован еще один биокомплекс для коррекции патоспермий – АндроДоз, являющийся биологически активной добавкой к пище, в состав которой входят девять действующих веществ, в той или иной степени обладающих способностью улучшать качество спермы: L-аргинин, L-карнитин, коэнзим Q_{10}, L-карнозин, селен, цинк, глицирризиновая кислота, витамины А и Е. Такое сочетание ингредиентов данного биокомплекса должно быть особенно эффективным для лечения пациентов с патоспермией.

В связи с этим под руководством член-корр. РАН, профессора А.А. Камалова было проведено многоцентровое клиническое исследование по изучению терапевтической эффективности биокомплекса АндроДоз у пациентов с патоспермией, в ходе которого также определялась безопасность его использования. В исследование были включены 73 пациента из 9 клинических центров РФ в возрасте от 20 до 65 лет с различными вариантами патоспермии, включая идиопатические и продолжительностью инфертильного периода от 14 месяцев до 4 лет, составившие общую группу, которая была поделена на 2 подгруппы по факту наличия/отсутствия антиспермальных антител (АСАТ). Результаты показали, что через 1,5 месяца терапии определяется статистически значимое увеличение объема эякулята у всех пациентов , его состав нормализовался у 66,6% пациентов с исходно измененным показателем в общей группе и у 29,49 и 95,12% с наличием АСАТ и без АСАТ соответственно. Кроме того, при исходно измененном показателе вязкости спермоплазмы у 18,4, 16,8 и 20,4% пациентов общей группы, подгрупп с АСАТ и без АСАТ соответственно этот показатель также нормализовался. Было отмечено, что статистически значимое повышение количества сперматозоидов в эякуляте происходило уже через 1,5 месяца от начала приема препарата, с увеличением продолжительности терапии до 3 месяцев выраженность положительного эффекта возрастала с сохранением достигнутых показателей в последующем периоде наблюдения. После окончания терапии концентрация сперматозоидов в эякуляте нормализовалась у 48,48 и 100% пациентов в подгруппах с АСАТ и без АСАТ соответственно. К моменту окончания исследования число пациентов с нормальной жизнеспособностью сперматозоидов увеличилось в 2,29 раза в подгруппе пациентов без АСАТ и в 1,95 раза в подгруппе с АСАТ по сравнению с изначальным числом пациентов с исходно измененным показателем. Наиболее выраженная положительная динамика была получена у пациентов с исходно сниженной популяцией сперматозоидов с прогрессивным движением (≤32%), где выявлено повышение этого показателя в 1,74 раза по сравнению с исходным уровнем, причем эффект сохранялся и после окончания терапии. Также выявлено статистически значимое снижение количества патологических форм сперматозоидов в обеих подгруппах, сохраняющееся в период наблюдения и наиболее выраженное (на 26,32% через 1,5 месяца терапии) среди пациентов с исходно повышенным их содержанием (≥96%). Отмечено повышение уровня ингибина В в подгруппе пациентов без АСАТ, причем к моменту завершения терапии статистически достоверная прибавка составила 21,7%. Кроме того, отмечалось снижение уровня АСАТ в подгруппе пациентов с АСАТ (снижение АСАТ в среднем на 26,5%), которое сохранялось и через 3 месяца.

Следует отметить, что за весь период наблюдения у пациентов не было выявлено ни одной нежелательной побочной реакции. Важно отметить, что в процессе протокола исследования зафиксировано 8 (10,9%) беременностей у партнерш пациентов из обеих подгрупп.

Таким образом, курсовое применение биокомплекса АндроДоз при различных вариантах патоспермии у мужчин оказывает ряд положительных эффектов, за счет которых у них статистически значимо улучшается качественный состав эякулята (эффективность терапии составила 87,6%), что в целом заслуживает положительной оценки. Препарат показал себя эффективным и безопасным средством лечения инфертильности и патоспермий различных типов (как с наличием иммунологического фактора инфертильности, так и без него с высокой степенью достоверности полученных положительных результатов). Комплексный препарат АндроДоз может быть рекомендован к использованию в качестве средства первой линии эмпирической терапии при идиопатической патоспермии (в т.ч. при тератозооспермии). По своему составу он в достаточной степени универсален для того, чтобы максимально широко воздействовать на различные поврежденные звенья сперматогенеза, заключил Е.А. Ефремов.

Юлия Кулигина

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

ООО "ЕВРОПИКА МЕДИА"

Эпигаллокатехина галлат в лечении и профилактике заболеваний предстательной железы

Доклад на XV Юбилейном Конгрессе РОУ в Санкт-Петербурге, представленный председателем секции онкоурологии Европейской ассоциации урологов, президентом Итальянского общества урологии Маурицио Браузи (Модена, Италия) о новом поколении простатопротективных препаратов вызвал большой интерес у российских урологов. Обсуждение доклада показало, что проблема профилактики рака предстательной железы, поднятая в нем, весьма актуальна, хотя и дискутабельна. Корреспондент газеты «Московский уролог» побеседовал с профессором М. Браузи, который высказал свое мнение по данной актуальной проблеме.

– В настоящее время во всем мире отмечается чрезвычайно тревожная ситуация с заболеваемостью раком предстательной железы (РПЖ). Как бы Вы могли объяснить эту тенденцию?

– Согласно эпидемиологическим данным, заболеваемость РПЖ занимает первое место среди других онкологических заболеваний у мужчин. Это можно объяснить двумя причинами. Во-первых, влиянием таких факторов, как курение, загрязнение окружающей среды (воздуха, водоемов, почвы, пищи и т.д.). Во-вторых, увеличением выявляемости РПЖ вследствие широкого распространения скрининга с применением простатспецифического антигена (ПСА) и информированности общественности об этой проблеме.

– Существуют ли в Италии четко определенные стандарты лечения больных РПЖ?

– В Италии мы придерживаемся клинических рекомендаций по диагностике и лечению РПЖ. Эти рекомендации разрабатываются Итальянским урологическим обществом (SIU) и Итальянским онкоурологическим обществом (SiuRO).

– Что Вы думаете о тактике активного (динамического) наблюдения пациентов с РПЖ? Является ли она приемлемой?

– Активное наблюдение оправдано у больных РПЖ низкого риска (1–2 биопсийных столбика с раковой тканью, дифференцировка опухоли по шкале Глисона 3+3 и ПСА<10 нг/мл), а также у тщательно отобранных больных РПЖ промежуточного риска (дифференцировка опухоли по шкале Глисона 3+4). В то же время я считаю неподходящими используемые в настоящее время критерии включения, например в клиническом испытании PRIAS. Фактически, в период наблюдения более 50% пациентам потребовалось оперативное лечение или лучевая терапия. Резюмируя, на этот вопрос можно ответить да, но отбор пациентов должен проводиться по очень строгим критериям.

– Согласно недавно опубликованным данным, рост заболеваемости РПЖ в России в 4 раза превышает этот показатель в США и в 2,5 раза – в Европе. По Вашему мнению, как это можно объяснить?

– Рост заболеваемости РПЖ в России может объясняться двумя причинами, о которых я сказал ранее.

– В последнее время российские урологи все чаще применяют концепцию химиопрофилактики РПЖ. Как много внимания уделяется этой концепции в Европе?

– Химиопрофилактика РПЖ широко распространена в США. В нашем учреждении мы придерживаемся аналогичной тактики. Когда на конгрессе секции онкоурологии Европейской ассоциации урологов, в котором участвовали около 1000 урологов, я поставил вопрос о стандартном применении химиопрофилактики этого заболевания, ответ был: НЕТ. Это означает, что в Европе не существует стандартной стратегии химиопрофилактики РПЖ.

– В России пациенты очень беспечно относятся ко всему, связанному со здоровьем. Существует ли среди европейских пациентов понимание того, что простатит может быть предшественником РПЖ?

– Да, некоторые исследования очень ясно показывают, что хроническое воспаление может приводить к раку. Наш центр совместно с исследователями университета Модены и Реджио-Эмилии работали над этим вопросом и показали, что хронический простатит может быть предшественником РПЖ. В то же время в других исследовательских центрах не получено данных об этиопатогенетической связи этих заболеваний. Чтобы получить на этот вопрос ясный ответ, необходимо проведение хорошо организованных исследований.

– Ваш недавний доклад в Санкт-Петербурге о новом поколении простат-протективных препаратов вызвал большой интерес у российских урологов. Насколько важно применение эпигаллокатехина галлата (ECTG) наряду с другими современными растительными препаратами, используемыми для лечения больных хроническим простатитом (ХП)?

– Наш центр проводит поиск в области химиопрофилактики РПЖ, в том числе проводит изучение эффектов эпигаллокатехина галлата с 2002 г.

Считается, что факторы, связанные с образом жизни, особенно такие, как диета, вносят основной вклад в появление и развитие рака. В нескольких эпидемиологических исследованиях отмечался более низкий уровень заболеваемости раком в Азиатских странах, где имеет место регулярное потребление зеленого чая по сравнению с западными странами. При этом риск рака среди азиатских иммигрантов в США не

ООО "ЕВРОПИКА МЕДИА"

отличался от среднего по стране, если первоначальные диетические привычки были отвергнуты. В исследовании, проведенном в Китае, показали, что потребление зеленого чая этиологически связано с риском развития рака, и предположили профилактическое действие зеленого чая против этого заболевания. Подобные данные наводят на мысль, что использование биологически активных молекул зеленого чая может быть эффективным для снижения риска развития РПЖ.

Известно, что активные компоненты, обнаруженные в сухом остатке зеленого чая – это, главным образом, катехины. В наибольшем количестве в зеленом чае присутствуют эпигаллокатехин-3-галлат (EGCG), эпигаллокатехин (EGC), эпикатехин-3-галлат (ECG) и эпикатехин (EC). Для всех катехинов зеленого чая, и особенно для EGCG, противоопухолевые свойства неоднократно показаны *in vitro* и *in vivo* на моделях индуцированного рака у животных. Систематические исследования биологических и биохимических свойств катехинов начались сравнительно недавно и направлены на поиск молекулярных механизмов, объясняющих действие катехинов на раковые клетки. Принято считать, что эндокринные изменения, происходящие при употреблении катехинов или EGCG (5), и/или ингибирование 5-альфаредуктазы (фермент, преобразовывающий тестостерон в более активный андроген, 5-дигидротестостерон), обусловливают противоопухолевый эффект катехинов зеленого чая. Мы ранее показали, что апоптоз может быть специфично вызван EGCG как в иммортализованных, так и в первичных линиях раковых клеток предстательной железы путем активации каспазного каскада без какого-либо влияния на нормальные клетки (использовали первичную культуру эпителиальных клеток предстательной железы). Затем на модели аденокарциномы TRAMP на мышах мы подтвердили эти наблюдения, показав, что пероральное употребление катехинов мышами TRAMP снижает риск развития у них рака в течение 24 недель от 100% до 20% без каких-либо побочных эффектов, и предположили, что действие катехинов может быть опосредовано индукцией экспрессии кластерина (CLU). Ген *CLU* активно экспрессируется во время инволюции предстательной железы, но заингибирован в раковых клетках предстательной железы человека и приводит в действие антипролиферативные и проапоптотические механизмы. В предстательной железе мышей TRAMP, потреблявших катехины, экспрессия CLU поддерживалась на высоком уровне и до индукции экспрессии/активации casp-9, и во время уменьшения экспрессии мРНК гистона H3 (специфический маркер пролиферации клеток); соответствующий белок локализовался в ядре, где, как известно, и проявляется его проапоптотичекая активность. Эти данные в целом подтверждают, что катехины проявляют мощный и избирательный проапоптотический эффект по отношению к раковым клеткам простаты *in vivo* и *in vitro*.

Результаты наших доклинических исследований побудили нас провести двойное слепое плацебо-контролируемое клиническое исследование с целью определения эффективности эпигаллокатехина галлата для предотвращения РПЖ. В исследовании участвовали пациенты с высокой степенью простатической интраэпителиальной неоплазии (HGPIN), включая больных с сопутствующей доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Пациенты с ХП без HGPIN в исследование не включались. Хотя у многих больных ДГПЖ с HGPIN имелись очаги простатита. И мы заметили, что у тех пациентов, у которых имелась обструктивная симптоматика, применение эпигаллокатехина галлата уменьшало ее (отмечено статистически достоверное улучшение индекса клинической симптоматики по шкалам IPSS и QoL).

– Кому, по Вашему мнению, следует назначать препараты на основе эпигаллокатехина галлата ?

– Во II фазе нашего рандомизированного исследования, в котором проводилось сравнение действия катехинов зеленого чая с плацебо, очень ясно показано, что прием катехинов зеленого чая, особенно EGCG, может быть эффективным способом терапии предраковых состояний у мужчин, находящихся в группе риска, заполняя собой своего рода терапевтическую пустоту и позволяя использовать возможность лекарственной профилактики рака до его появления. Я бы также предложил изучить действие EGCG на других группах пациентов, например с простатитом и атипичной мелкоацинарной пролиферацией.

ПРАКТИКА

Реабилитация пациентов после инвазивных урологических вмешательств

Проведение инвазивных урологических диагностических вмешательств нередко приводит к целому ряду осложнений. О том, каким образом можно нивелировать их после наиболее распространенных урологических процедур, можно было услышать на одном из симпозиумов в рамках X Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии».

А.Г. Мартов

Д.В. Ергаков

По словам представителей кафедры урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, д.м.н. А.Г. Мартова и к.м.н. Д.В. Ергакова, на текущий момент наиболее распространенными урологическими диагностическими процедурами являются трансректальная биопсия простаты и видеоуретроцистоскопия, что связано с необходимостью ранней диагностики онкоурологических заболеваний у мужчин и проведением им радикального лечения при подтверждении диагноза. Однако обе эти методики являются инвазивными процедурами с наличием соответствующих осложнений после их проведения.

Наиболее распространенными осложнениям биопсии простаты являются: геморрагические осложнения (гематурия, тампонада мочевого пузыря, ректальное кровотечение, гематоспермия) – 10–84%; инфекционно-воспалительные осложнения (гипертермия, острый простатит, острый эпидидимоорхит, системная воспалительная реакция) – 3–20%; боли в промежности, паховых каналах, яичках – 18%; расстройства мочеиспускания – 25% и острая задержка мочеиспускания – до 2%; в 20% случаев в течение первых месяцев встречается эректильная дисфункция.

Уровень осложнений после биопсии мочевого пузыря не является столь высоким, однако это не умаляет их значимости. В отличие от биопсии простаты после уретроцистоскопии возможны отдаленные осложнения в виде стриктур уретры. По данным С.И. Корниенко, полученным при анализе 2247 цистоскопий у 1046 пациентов, частота инфекционно-воспалительных осложнений достигает 4%, нарушение мочеиспускания отмечается в 0,4%, гематурия – в 3%, травмы уретры – в 0,3% наблюдений, у 1% пациентов не удалось провести инструмент, тампонада мочевого пузыря была выявлена в 2% случаев. Таким образом, возможные осложнения после этих инвазивных вмешательств делают проблему реабилитации пациентов, перенесших их, весьма актуальной.

Как правило, в стандартных случаях после выполнения биопсии простаты и уретроцистоскопии назначается кратковременная антибактериальная и противовоспалительная терапия. Однако последующее наблюдение за пациентами показывает, что в течение последующего года после биопсии простаты у 45–80% пациентов проводится тот или иной вид оперативного лечения, что часто связано с неудовлетворительным качеством жизни после проведения инвазивных вмешательств, а также неадекватной реабилитацией пациента после проведенных диагностических урологических операций.

ООО "ВИОНИКА МЕДИА"

«...»

Более выраженное влияние терапия Витапростом оказала на показатели эректильной функции

Поэтому для улучшения реабилитации пациентов, достижения максимального терапевтического эффекта и приверженности лечению после выполненных диагностических урологических процедур (биопсия простаты, видеоуретроцистоскопия) было предложено использовать препарат Витапрост, который положительно зарекомендовал себя в лечении и профилактике хронического простатита, доброкачественной гиперплазии простаты, терапии расстройств мочеиспускания после перенесенной ТУР (трансуретральной резекции) простаты. Однако для усиления терапевтического эффекта в ходе проведения данного клинического исследования было решено использовать сочетание двух различных форм Витапроста (суппозитории ректальные+таблетки). Обоснованием выбора Витапроста для проведения данного исследования послужило также благоприятное действие, оказываемое им на ткани простаты, а именно, усиление противовоспалительного эффекта, предотвращение развития фиброза, ускорение восстановления кровотока и регенерации тканей в поврежденных зонах простаты (после биопсии простаты).

Целью исследования стала оценка эффективности и безопасности применения Витапроста (10 дней суппозитории ректальные, затем 10 дней – таблетки) в сочетании со стандартной антибактериальной и противовоспалительной терапией для реабилитации пациентов после выполнения им биопсии простаты или видеоуретроцистоскопии. Оценка переносимости Витапроста основывалась на основе анализа зарегистрированных побочных эффектов и изменений лабораторных показателей клинического, биохимического анализов крови и клинического анализа мочи.

В исследование были включены 90 мужчин в возрасте от 50 до 70 лет с сохранной половой функцией, которые были готовы следовать указаниям врача и проходить контрольные обследования. Показаниями к проведению биопсии простаты являлись: повышение уровня ПСА; подозрение на рак на основании пальцевого ректального исследования или ТРУЗИ (трансректальное ультразвуковое исследование); для выполнения цистоскопии с биопсией мочевого пузыря: подозрение на опухоль по данным инструментальных методов; гематурия; положительный цитологический анализ мочи, повышение уровня онкомаркера UBC (Urinary Bladder Cancer) в моче – специфичного для рака мочевого пузыря.

Критерии исключения делились на урологические: пациенты без дренажей, без камней мочевого пузыря, без мочевой инфекции, иммунологические – наличие инсулинозависимого сахарного диабета, ВИЧ-инфекция, наличие активного гепатита В и С, аллергологические – пациенты с наличием повышенной чувствительности к компонентам препарата в анамнезе. Также пациенты исключались из исследования при выявлении рака простаты или рака мочевого пузыря, а также в случае пропуска одного из контрольных обследований.

С января по июль 2015 г. 63 пациентам была выполнена биопсия простаты и 27 – цистоскопия, биопсия мочевого пузыря. После проведения биопсии все пациенты были разделены на две группы: в 1-ю (основную) вошли 40 и во 2-ю (контрольную) 50 пациентов. Первое контрольное обследование проводилось на 5-е сутки, итоговое обследование – через 1 месяц после биопсии.

Перед включением в исследование у пациентов изучали субъективные показатели с применением оценочных шкал: IPSS (International Prostatic Symptom Score –международная шкала оценки симптомов заболеваний простаты); QoL (Quality of life – качество жизни); визуальной аналоговой шкалы – ВАШ, МИЭФ-5 (Международная шкала оценки эректильной функции). Также проводился анализ результатов объективных показателей (ТРУЗИ, урофлоуметрия – УФМ). Дополнительно проводили мониторинг лабораторных показателей (уровень лейкоцитов и эритроцитов в крови). Проводили регистрацию осложнений биопсии простаты, оценку побочных эффектов, связанных с приемом препарата Витапрост.

Стандартная терапия в обеих группах пациентов длилась 5 дней и включала: ципрофлоксацин 250 мг 2 раза в сутки, индометацин 1 свеча (50 мг) 2 раза в сутки и дицинон 250 мг 3 раза в сутки. Пациентам 1-й группы первые 10 дней дополнительно назначали препарат Витапрост форте в виде ректальных суппозиториев с последующим переходом на таблетированную форму препарата на такой же срок. При этом исходные клинические параметры, к которым относятся симптоматика заболевания, данные уродинамических, ультразвуковых и лабораторных исследований, являлись сходными у пациентов обеих групп.

Кроме того, вошедшие в исследование пациенты были сопоставимы в плане сохранности половой функции до проведения биопсии. В группе пациентов, которым проводилась биопсия простаты, симптоматика заболевания была легкой или средней степени. Показатели ВАШ в обеих группах свидетельствовали об исходном хорошем самочувствии пациентов. Объем простаты в обеих группах составлял 35 см^3, показатели максимальной объемной скорости (Q_{max}) были выше 13 мл/сек. Уровень ПСА в обеих группах варьировался от 4 до 5,2 нг/мл.

Данные промежуточного обследования пациентов на 5-й день терапии свидетельствовали о негативном влиянии биопсии простаты и биопсии мочевого пузыря на субъективные и объективные показатели пациентов: отмечено возрастание показателя IPSS, более выраженное во 2-й группе. Такая же тенденция отмечалась в отношении оценки качества жизни, по данным ВАШ. При оценке объективных показателей на 5-е сутки после биопсии в обеих группах было отмечено снижение Q_{max} и увеличение объема простаты за счет отека железы. В 1-й группе объем простаты увеличился на 14,5% против 47% во 2-й группе. Изменения в общем анализе мочи отражали те воспалительные изменения, которые характерны для пациентов, перенесших инвазивное вмешательство на нижних мочевыводящих путях. По сравнению с исходными данными в обеих группах наблюдалось возрастание количества лейкоцитов и эритроцитов.

При этом общая частота осложнений оказалась невысокой и не превысила 10% в обеих группах. При этом необходимо обратить внимание на меньшую (57 против 86%) частоту гемоспермии и острой задержки мочеиспускания (7,5 против 12%) в 1-й группе по сравнению со 2-й группой пациентов.

По данным контрольного обследования, проведенного через 1 месяц после выполнения биопсии , отмечалось статистически значимое снижение субъективных показателей по шкалам IPSS и QoL в 1-й группе по сравнению со 2-й группой. Также отмечалось статистически достоверное улучшение показателей сексуальной жизни и общего самочувствия пациентов по данным ВАШ. Показатели лейкоцитурии и эритроцитурии были ниже в 1-й группе. Объем простаты был меньше в 1-й группе спустя 1 месяц после проведения биопсии. У 3-х пациентов, получавших Витапрост форте ректально в свечах, отмечен дискомфорт в прямой кишке и у 2-х – появление сыпи на фоне приема препарата, однако развитие данных побочных эффектов не было причиной пропуска приема или отмены препарата у этих 5 больных. Динамика показателя IPSS в течение данного обследования показала, что во время второго визита на 5-е сутки отмечалось нарастание расстройств мочеиспускания, болей , которые приходили к исходному уровню ко времени 3-го визита. Помимо межгрупповых отличий отмечено, что дополнительная терапия Витапростом позволила снизить симптоматику даже ниже исходного уровня по шкале IPSS. Аналогичная тенденция была отмечена при оценке индекса качества жизни. Было выявлено статистически достоверное улучшение показателей качества жизни как на 5-е сутки, так и спустя 1 месяц после биопсии.

При оценке показателя по ВАШ в обеих группах получено статистически достоверное различие: на 5-е сутки в основном за счет лучшего купирования болевого компонента, во время 3-го визита дополнительная разница отражала суммарные изменения нарушений мочеиспускания, болей и половой функции.

Более выраженное влияние терапия Витапростом оказала на показатели эректильной функции. Так, в 1-й группе показатель по шкале МИЭФ-5 оказался выше исходных показателей, во 2-й – изменение уровня половой функции явилось отражением того, какое негативное влияние оказывает такое малоинвазивное вмешательство, как биопсия, на половую жизнь пациента.

Также в ходе обследования было выявлено повышение уровня лейкоцитов на 5-е сутки после биопсии и их возвращение к исходному уровню через 1 месяц. Таким образом, применение Витапроста позволяет статистически достоверно уменьшить степень активности воспаления после проведения биопсии.

Сходные тенденции отмечаются и при контроле уровня эритроцитов в моче. Дополнительная терапия Витапростом за счет противовоспалительного эффекта и улучшения микроциркуляции в тканях простаты и стенке мочевого пузыря позволила получить лучшие показатели в 1-й группе пациентов.

Исходя из анализа литературы и собственных данных можно выделить следующие тканевые эффекты Витапроста:

- снижение отека простаты;
- уменьшение лейкоцитарной инфильтрации;
- улучшение микроциркуляции;
- восстановление тканей простаты.

Вышеуказанные тканевые эффекты Витапроста реализуются в следующие клинические преимущества:

- снижение показателя по шкале IPSS, повышение индекса качества жизни;
- уменьшение дискомфорта (данные ВАШ) и негативного влияния на половую жизнь;
- уменьшение объема простаты и улучшение уродинамических показателей;
- снижение уровня лейкоцитов и эритроцитов в моче.

«...»

Применение Витапроста позволяет статистически достоверно уменьшить степень активности воспаления после проведения биопсии

В заключение необходимо отметить, что накопленный опыт позволяет рекомендовать применение суппозиториев ректальных Витапрост форте в течение 10 дней и таблеток Витапрост в течение10 дней в качестве реабилитационной схемы после проведения вышеуказанных инвазивных урологических вмешательств.

Юлия Кулигина

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

ООО "ЕВРОПИКА МЕДИА"

Новое слово в лечении пациентов с эректильной дисфункцией

Как известно, в лечении пациентов с эректильной дисфункцией можно выделить три основных направления: применение ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа, интракавернозные инъекции простагландина E_1 и протезирование полового члена. Новый подход в лечении данного патологического состояния был представлен группой авторов в рамках X Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии».

По словам врача-уролога кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова М.В. Епифановой, представлявшей коллектив авторов (М.Е. Чалый, Ю.В. Мещеряков), распространенность эректильной дисфункции (ЭД) весьма обширна. На текущей момент в мире от ЭД страдают около 160 млн мужчин, 10 млн из которых проживают в России. Предполагается, что к 2025 г. данная цифра возрастет до 400 млн человек. На сегодняшний день в лечении ЭД используют три линии терапии: применение ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа (иФДЭ-5), интракавернозные инъекции простагландина E_1 ($ПГЕ_1$) и протезирование полового члена.

Все эти линии имеют разную клиническую эффективность. Например, эффективность иФДЭ-5 составляет 61–71%, интракавернозных инъекций $ПГЕ_1$ – 86%, а фаллопротезирования – 70–87%. При этом в ходе лечения иФДЭ-5 всего 68–78% мужчин повторно принимают иФДЭ-5 после первого или второго приема препарата соответственно, а в течение 2,5 года наблюдения примерно 38–51% пациентов и вовсе прекращают прием иФДЭ-5. Основной причиной отказа от продолжения терапии для 74–83% пациентов стало отсутствие эффекта, а также невозможность одновременного применения иФДЭ-5 с органическими нитратами и их высокая стоимость при необходимости длительного, постоянного приема. Таким образом, не теряет своей актуальности поиск новых методов лечения ЭД.

В качестве решения можно предложить разработку патогенетически обоснованного метода лечения, направленного на улучшение функции эндотелия сосудов и иннервации полового члена (за счет увеличения уровней нейрональной и эндотелиальной синтетаз оксида азота). В качестве субстрата для лечения ЭД была применена аутоплазма, обогащенная тромбоцитарными факторами роста (АОТ). Это новое перспективное направление, связанное с использованием возможностей современных клеточных технологий, успешно применяемое в различных областях медицины (хирургии, травматологии и ортопедии, спортивной медицине, косметологии и т.д.). АОТ – это аутологичная плазма крови, имеющая концентрацию тромбоцитов выше базового уровня. В норме концентрация тромбоцитов в крови 150–300 тыс/мкл. Доказано, что стимулирующий эффект АОТ проявляется, если концентрация тромбоцитов превышает 750 тыс/мкл, отметила докладчик.

АОТ содержит огромное количество различных факторов роста, биологически активных веществ. Наиболее доступным и удобным источником получения аутогенных факторов роста являются тромбоциты. Сами факторы роста – это естественные полипептиды, близкие к гормонам, которые высвобождаются при активации тромбоцитов из α-гранул. В настоящее время изучено более 30 факторов роста: тромбоцитарные факторы роста (PDGF-AA, PDGF-BB, PDGF-AB), два трансформирующих фактора роста (TGF-β1 и TGF-β2), фактор роста эндотелия сосудов (VEGF) и фактор роста эпителия (EGF), фактор роста фибробластов (FGF), инсулиноподобные факторы роста (IGF-1 и IGF-2) и др. Было доказано, что за счет широкого спектра факторов роста АОТ стимулирует образование коллагена, ускоряет регенерацию кожи и слизистых оболочек, индуцирует рост сосудов, эндотелия, обеспечивает гемостаз, уменьшает боль, обладает противовоспалительным действием. Механизм действия факторов роста достаточно хорошо изучен: факторы роста связываются со специфическими рецепторами клетки и управляют экспрессией генов, участвующих в клеточном росте, тканевом морфогенезе, заживлении ран и регенерации. Одним из ключевых звеньев в патогенезе ЭД является нарушение гистохимической эндотелиальной реакции, приводящей к снижению выработки оксида азота (NO), а эффективность влияния АОТ на процессы ангиогенеза при ишемии и улучшение микроциркуляции полового члена послужило основанием для ее применения в лечении пациентов с ЭД.

Целью проведенного нами исследования стала оценка эффективности применения АОТ как в монотерапии пациентов с ЭД, так и в комбинации с иФДЭ-5.

В исследовании приняли участие 60 пациентов в возрасте 18–75 лет с установленным диагнозом ЭД, которые были распределены в две равнозначные по тяжести ЭД и возрасту пациентов группы. В первую группу вошли 30 пациентов с ЭД, получавшие комбинированную терапию (иФДЭ-5 с АОТ), во 2-ю – 30 пациентов, получавшие только АОТ. Тяжесть течения ЭД оценивалась по опросникам МИЭФ-5 и SEP (профиль сексуальных отношений). С целью уточнения пенильного кровотока всем пациентам выполняли фармакодопплерографию (ФДГ) с $ПГЕ_1$.

Для получения АОТ у пациента из кубитальной вены забирали 72 мл крови в 8 стерильных вакуумных пробирок по 9 мл в каждую, содержащих цитрат натрия. После первого этапа центрифугирования кровь разделялась на 3 фракции – плазму, лейкоцитарную и эритроцитарную массы. После второго этапа центрифугирования производился забор верхнего слоя плазмы с последующей активацией 10% раствором хлорида кальция. Перед применением АОТ в качестве метода лечения ЭД на базе Центра коллективного пользования «Трансфузионная медицина» ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова была усовершенствована и оптимизирована технология получения аутоплазмы, содержащей до 2 400 000 тромбоцитов в 1 мкл, что является ключевым аспектом в эффективности предлагаемого метода лечения.

Инъекции АОТ пациентам с ЭД осуществляли в каждое кавернозное тело с помощью инсулинового шприца. Процедуру повторяли трижды с интервалом в одну неделю. Оценку эффективности лечения проводили на основании данных анкетирования по шкалам МИЭФ-5, SEP и ФДГ сосудов полового члена с $ПГЕ_1$ через 28 дней после первой инъекции, через 90 и 180 дней после начала лечения.

Положительная динамика по шкале МИЭФ-5 была отмечена уже на 28-й день в группе пациентов, которым вместе с введением АОТ назначали иФДЭ-5. Пациенты обеих групп также отмечали положительную динамику в способности сохранения эрекции до полноценного завершения полового акта. В ответ на интракавернозное введение $ПГЕ_1$ на 90-й день лечения значимо бóльшая степень эрекции при оценке по шкале Юнема отмечена в группе, которая получала комбинированное лечение. Выявлена динамика прироста кровотока при ФДГ сосудов полового члена с $ПГЕ_1$ в обеих группах на протяжении всего периода наблюдения. На 28-й день наблюдения преобладали пациенты с индексом резистентности 0,8 и более в группе, получавшей лечение активированной АОТ. На 90-й и 180-й дни наблюдения значимых различий по показателю состояния венозного оттока между группами не выявлено.

«...»

Целью исследования стала оценка эффективности применения АОТ как в монотерапии пациентов с ЭД, так и в комбинации с иФДЭ-5

Таким образом, при проведении сравнительной оценки двух групп установлено, что комбинированное применение АОТ и иФДЭ-5 позволяет повысить эффективность лечения пациентов с ЭД. Показано, что при неэффективности и невозможности применения иФДЭ-5 в качестве альтернативного метода лечения ЭД может быть применена АОТ в виде монотерапии. В качестве второй линии лечения ЭД может быть рекомендована терапия с применением АОТ в различных модификациях.

Юлия Кулигина

ООО "ПРИОРИТЕТ МЕДИА"

Перспективы профилактики и лечения уроандрологических и нефрологических заболеваний

18-20 февраля 2016 г. в г. Москве прошла очередная, 5 уже по счету, Междисциплинарная научно-практическая конференция с международным участием «Новые технологии в диагностике и лечении урологических заболеваний» и I Конгресс урологов ОАО «РЖД». В ходе этих мероприятий, в которых участвовали 185 специалистов из разных городов России и стран СНГ, а также США, Германии, Швейцарии, Франции, были обсуждены различные проблемы борьбы с уроандрологическими и нефрологическими заболеваниями. Специальные заседания на этом форуме были посвящены работе урологической службы в системе российской железнодорожной медицины.

О.В. Теодорович

Ю.Г. Аляев

Организаторами мероприятий выступили Российская медицинская академия постдипломного образования (РМАПО), Российское общество урологов (РОУ), Всемирное общество эндоурологов, НУЗ «Научный клинический центр» ОАО «РЖД» (далее НКЦ). В первые 2 дня работы форума проведено 4 пленарных заседания, на которых ведущие специалисты выступили с докладами по актуальным вопросам урологии, состоялись телетрансляции из четырех операционных, дискуссионное заседание «Биопсия почки: Кому? Когда? Как?» и круглый стол.

К участникам форума с приветственным словом обратился руководитель урологического центра НКЦ, главный внештатный уролог ОАО «РЖД», заведующий кафедрой эндоскопической урологии РМАПО, профессор О.В. Теодорович, который отметил, что этот форум удалось собрать благодаря поддержке руководства РМАПО, Департамента здравоохранения ОАО «РЖД», РОУ, руководства НКЦ, Всемирного общества по эндоурологии, медицинских компаний-спонсоров. В связи с этим он выразил свою искреннюю признательность всем руководителям и сотрудникам этих организаций. Он отметил важность организуемых уже в 5-й раз командой руководимого им центра конференций, которые всегда посвящены самым насущным вопросам урологии. Но особенность нынешнего мероприятия связана еще и с тем, что в его рамках проводился I конгресс урологов ОАО «РЖД». Темы, важные для врачей-урологов, также актуальны для врачей смежных областей, а потому к участию в форуме были привлечены нефрологи, патоморфологи, а также специалисты лучевой диагностики. Он выразил уверенность, что все участники конференции найдут среди многообразия тем и докладов то, что будет им особенно интересно и полезно, а работа в секциях и школах будет сопровождаться плодотворной и конструктивной дискуссией. В заключение он пожелал всем участникам успешной работы на конференции!

С приветствиями к участникам мероприятий обратились также заместитель начальника департамента здравоохранения РЖД В.Н. Лазарев, проректор ГБОУ ДПО РМАПО, профессор А.Г. Куликов, председатель РОУ, член-корр. РАН, профессор Ю.Г. Аляев; директор НУЗ НКЦ ОАО «РЖД», кандидат медицинских наук В.Ф. Пфаф.

На форуме прозвучало более 40 докладов, подробно остановимся на трех программных выступлениях, представленных в начале первого дня конференции.

Урологическая служба громадной страны

В своем докладе «Российская урология в XXI веке» член-корр. РАН Ю.Г. Аляев обсудил основные современные проблемы и достижения отечественной урологической службы. В России сейчас работают 5870 урологов, из них 313 детских. В РОУ состоят 3148 специалистов. В своем докладе Юрий Геннадиевич рассказал о том, как действуют урологические службы в каждом из 9 федеральных округов, чем живут ведущие научно-медицинские урологические центры страны. Приводим только два примера из этого описания.

– Большой вклад в развитие саратовской урологии, – заметил Ю.Г. Аляев, – внес член-корр. РАН П.В. Глыбочко. Благодаря его усилиям кафедра урологии Саратовского медицинского университета стала по-настоящему клинической, базируясь в хорошо оснащенной 5-этажной клинике урологии и нефрологии на 120 коек. В год в клинике пролечиваются более 4 тыс. пациентов. Активный лечебный процесс возможен благодаря хорошо оборудованным 9 операционным. Здесь осуществляют все виды литотрипсии, высокоинтенсивная фокусированная ультразвуковая абляция (HIFU-терапия), сложные реконструктивные вмешательства, трансплантация почки. На базе клиники функционирует центр видеотрансляционных технологий, позволяющий вести передачу изображения из операционных в режиме *on-line*. В Саратове неоднократно проводились конгрессы РОУ. При Саратовском медицинском университете создан НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии. Его основные научные направления: биомолекулярная диагностика, лечение и прогнозирование течения онкоурологических заболеваний, проблемы острого и хронического почечного повреждения, биомеханика и математическое моделирование в оперативной урологии.

Лидирующие позиции в российской урологии принадлежат Первому МГМУ им. И.М. Сеченова и организованному при нем НИИ уронефрологии. Его достижениями являются: создание тканеинженерной уретры, внедрения 3D-технологий в операциях на почке, эффективное использование стволовых клеток. В планах – внедрение виртуальных операций перед реальным их выполнением, создание 3D-принтингового макета почки при коралловидных камнях, новообразованиях почки. Основные же успехи в лечебной работе – широкое внедрение малоинвазивных пособий. Среди всех операций 80% осуществляется лапароскопически или чрескожно с использованием эндовидеохирургии. Освоены лапароскопические цистэктомии, радикальные простатэктомии, резекции почки при раке, пластические операции, включающие кишечную пластику мочеточника, экстракорпоральные реконструкции почки с последующей аутотрансплантацией. Широко используется лазерная и роботическая хирургия. Значительные успехи достигнуты и в постдипломном образовательном процессе. Создан центр, обучающий малоинвазивным пособиям – «Пракси-Медика» с освоением лапароскопических методик на животных.

Резюмируя свое выступление, Ю.Г. Аляев заявил: «Почти 6 тыс. урологов сейчас обеспечивают специализированной помощью громадную страну, включающую 9 федеральных округов, очень разных, удаленных друг от друга и центра и со своими климатическими и социальными особенностями. Плохо ли, хорошо, а скорее, удовлетворительно, но нашу специализированную помощь мы оказываем повсеместно. В этой работе

ООО "ЕВРОПЕЙСКАЯ МЕДИЦИНА"

мы следуем веяниям времени, внедряя во многих лечебных учреждениях малоинвазивные и другие современные технологии. Думается, что российская урология в настоящее время во многом все же соответствует мировым тенденциям развития нашей дисциплины. Достаточно сказать, что в стране уже функционируют 25 роботических систем DaVinci. Но самое главное, что отечественная урологическая служба имеет очень большие перспективы к совершенствованию, которые смогут реализоваться только при поддержке РОУ. Несомненным преимуществом следует считать тот факт, что в наше сообщество входят многие узкопрофильные профессиональные ассоциации. Это позволит активно и равномерно развиваться отечественной урологии по всем важным направлениям. Но для этого каждому из нас придется приложить немалые усилия».

«Поликлиники на колесах»

Об урологической службе в системе железнодорожной медицины рассказал в своем выступлении профессор О.В. Теодорович.

– В ОАО «РЖД», – сообщил Олег Валентинович, – создана единая система охраны здоровья. Она включает современную диагностику и терапию, диспансеризацию, санаторно-курортное лечение, а также реабилитацию и оздоровление. Внедрены автоматизированные комплексы, позволяющие оценить функциональное и психологическое состояние железнодорожников. Система здравоохранения ОАО «РЖД» широко представлена на рынке медицинских услуг РФ. Сегодня данная служба – это 187 больниц и поликлиник в 75 субъектах РФ, 87 центров специализированной, в т.ч. высокотехнологичной помощи с применением передовых телемедицинских технологий и более 30 млн посещений ежегодно. Численность прикрепленного населения составила в начале 2016 г. более 2 млн 888 тыс. человек. В распоряжении больниц и поликлиник имеются телемедицинский центр, 255 рентгенологических отделений, компьютерные рентгенологические, магнитно-резонансные и позитронно-эмиссионные томографы (КТ, МРТ, ПЭТ). Действуют 264 отделения УЗИ-диагностики, 2 линейных ускорителя, кибер-нож. Отдельно следует отметить открытие в августе 2015 г. Центра ядерной медицины и позитронно-эмиссионной томографии ОАО «РЖД», который является самым современным в стране. В комплекс оборудования этого центра входят две совмещенные системы ПЭТ/КТ визуализации – BiographmCT 128, первая в России уникальная гибридная система МРТ/ПЭТ визуализации – BiographmMR, позволяющая получать одновременно данные МРТ и ПЭТ всего тела, система совмещенной однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и низкодозной компьютерной томографии ОФЭКТ/КТ Symbia T16.

Как пояснил профессор О.В. Теодорович, ОФЭКТ/КТ – высокочувствительный метод диагностики, позволяющий получать изображение обменных нарушений. Совмещение с КТ дает возможность увидеть трехмерную реконструкцию процессов и анатомических изменений. На базе центральных медицинских учреждений в Москве и на всех 16 железных дорогах РФ функционируют 186 кафедр, 63 образовательных и научных медицинских учреждения. Среди практикующих врачей в учреждениях ОАО «РЖД» работают 60 докторов и более 500 кандидатов медицинских наук. В системе здравоохранения ОАО «РЖД» также работают 5 передвижных консультативно-диагностических центров – «поездов здоровья», оснащенных современным диагностическим оборудованием. Они курсируют по 250 отдаленным станциям Севера, Сибири, Дальнего Востока, ежегодно обслуживая более 60 тыс. россиян.

Урологическая служба в системе медицинской службы ОАО «РЖД», продолжил докладчик, осуществляет весь спектр современных лечебно-диагностических мероприятий. Она представлена 129 урологическими подразделениями, в т.ч. 107 самостоятельными отделениями, койками в отделениях хирургии и урологическими кабинетами. Общее число коек составляет 892, а число штатных единиц урологов – 273.

За 2014 г. в подразделениях урологии ОАО «РЖД» проведено стационарное лечение 33 тыс. пациентов, выполнено 13,7 тыс. операций на почках и мочеточниках, 7,9 тыс. – на мужских половых органах, 4 тыс. – на предстательной железе. Из общего числа операций с применением высоких медицинских технологий проведено 1452. Врачами амбулаторно-поликлинической службы оказана помощь 44 тыс. пациентам. Перспективы дальнейшего развития урологической службы ОАО «РЖД» определяют деятельность урологических подразделений двух ведущих клиник – НКЦ и НУЗ «ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД».

Урологический центр НКЦ состоит из отделений: урологического, андрологического, рентгенхирургических методов диагностики и лечения №2 (оперблока урологического центра) с кабинетом дистанционной ударно-волновой литотрипсии. Приоритетным направлением деятельности центра является применение малоинвазивных эндоскопических и лапароскопических операций. Кроме того, большой вклад в развитие ведомственной урологической службы вносят региональные урологические центры в НУЗ «ДКБ на ст. Люблино ОАО «РЖД» (Москва), НУЗ «ДКБ на ст. Горький ОАО «РЖД» (Нижний Новгород), НУЗ «ДКБ СКЖД на ст. Ростов-Главный» ОАО «РЖД» (Ростов-на-Дону), НУЗ «ДКБ на ст. Ярославль ОАО «РЖД», НУЗ «ДКБ на ст. Новосибирск-Главный ОАО «РЖД».

– На данный момент, – подвел итог своему выступлению Олег Валентинович, – урологическая служба ОАО «РЖД» является высоко профессиональной, слаженной, постоянно развивающейся и перспективной системой, деятельность которой вносит большой вклад в развитие отечественной урологии.

Тревожный факт

«Экстренная урология вчера, сегодня, завтра» – доклад с таким названием представила д.м.н. Л.А. Ходырева. Соавторами

Л.А. Ходырева

этого доклада были также главный внештатный специалист уролог Минздрава и Департамента здравоохранения Москвы (ДЗМ), профессор Д.Ю. Пушкарь и к.м.н. А.А. Дударева.

Любовь Алексеевна рассказала о московском исследовании «Оказание медицинской помощи в стационарных условиях пациентам с острой задержкой мочеиспускания», проведенном в феврале – мае 2015 г. Работу выполнил коллектив авторов в 21 отделении урологии различных учреждений ДЗМ. Всего больные заполнили более 1 тыс. анкет. Критерием включения 536 пациентов-мужчин среднего возраста 68 лет в это исследование была госпитализация в урологический стационар с диагнозом острой задержки мочеиспускания (ОЗМ), 55% из них до этого регулярно у уролога не наблюдались, никакого лечения до момента развития ОЗМ не получали 68% пациентов. По поводу ОЗМ ранее госпитализировались 27 пациентов, хроническая болезнь почек была обнаружена у 20% больных, у 24 был выявлен рак предстательной железы (РПЖ).

Различные лекарственные препараты принимали 32% участников исследования, причем чаще всего тамсулозин (72%), 3–12% принамали доксазозин, гомеопатические и растительные препараты, дутастерид и другие препараты ингибиторов α-редуктазы. У 92% больных причиной ОЗМ была гиперплазия простаты, в остальных случаях – стриктура уретры, нейрогенная атония мочевого пузыря, острый простатит, осложнения биопсии простаты, опущение тазовых органов. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями у участников исследования были артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца , сахарный диабет и инфаркт миокарда (68%, 56, 14 и 10% соответственно).

У 59% больных лечение ОЗМ проводили оперативным путем (троакарная и открытая цистостомия) и лишь у 41% пациентов –консервативно. Тамсулозин и доксазозин были самыми распространенными препаратами для лекарственного лечения ОЗМ.

– Проведенное намиисследование показало, – уточнила Любовь Алексеевна, – что в московской урологической службе на недостаточном уровне находятся выявляемость заболеваний предстательной железы, обращаемость пациентов к урологам, а также ведение пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) и повышенным уровнем простатспецифического антигена (ПСА) в амбулаторно-поликлиническом звене. Мы обнаружили также существенные недостатки проводимой медикаментозной терапии больных ДГПЖ. Необходимо срочно предпринять меры для более активного выявления пациентов с заболеваниями предстательной железы и вовлечения этих больных в процесс динамического наблюдения.

Затем Л.А. Ходырева представила статистические данные, отражающие работу московской урологической службы за последнее десятилетие и эффективность диагностики ряда урологических и онкоурологических заболеваний. В 2015 г. по сравнению с 2012 г. на 10% сократилось число мужчин, у которых оценивался уровень ПСА (примерно с 260 до 235 тыс. анализов за год). На 69% уменьшилось и число выполненных полифокальных биопсий простаты (с 15 до 4 тыс.). За тот же период на 26% сократилось число выявлений РПЖ, на 44% – ДГПЖ и на 42% – хронического простатита.

Как тревожный факт докладчик представила следующую статистическую закономерность. Частота выявления РПЖ на 4-й стадии в 2015 г. выросла в 2 раза по сравнению с 2013 г., тогда как на 1-й стадии за этот же период это заболевание стало выявляться примерно на 15% реже. Сейчас для московской урологической службы определен новый порядок оказания урологической помощи мужчинам в возрасте 50 лет и старше, имеющих уровень ПСА выше 2,5 нг/мл. В результате ситуация с недостаточной выявляемостью ранних стадий РПЖ должна улучшиться.

По мнению авторов представленного доклада, перспективы развития столичной урологической службы на 2016–2020 гг. должны включать следующие основные направления: комплексные меры по повышению мотивации населения к заботе о своем здоровье, а также доработку и воплощение в практику программы «Скрининг урологических заболеваний, в том числе, РПЖ, рака мочевого пузыря и почек в первичном звене».

В третий день мероприятия прошел I Конгресс урологов ОАО «РЖД», а также два международных образовательных курса: «Перкутанная нефролитотомия: комплексный подход» и «Ретроперитонеоскопические вмешательства на почках и верхних мочевыводящих путях: современный взгляд». Первый из этих курсов проводился по программе Американской урологической ассоциации. Слушателям выдавался сертификат Endourological Society, преподавателями были профессора Б. Матлага (США) и О.В. Теодорович, американский хирург З. Окунов, доценты Г.Г. Борисенко и С.А. Нарышкин. Преподавателями второго курса были профессора. Д.В. Перлин, А. Бахман (Швейцария), Т. Руссо (Франция), а также кандидат медицинских наук И.В. Александров.

Александр Рылов

ООО "БИОНИКА МЕДИА"

Междисциплинарный подход в диагностике и лечении синдрома хронической тазовой боли: роль врача-уролога

Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) подразумевает наличие постоянных или повторяющихся эпизодов боли, воспринимаемой в структурах таза мужчинами или женщинами. СХТБ нередко ассоциирован с симптомами нарушения функций нижних мочевыводящих путей, женских половых органов и тазового дна, сексуальной, кишечной дисфункцией при отсутствии инфекции и других очевидных патологических изменений. О диагностике и лечении этого синдрома профессор кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова А.В. ЗАЙЦЕВ рассказал в выступлении на конференции с международным участием «Новые технологии в диагностике и лечении урологических заболеваний», прошедшей в рамках I Конгресса урологов ОАО «РЖД»

Как подчеркнул Андрей Владимирович, СХТБ остается одними из наиболее трудных для понимания и лечения состояний. Давно известны и продолжают изучаться две главные разновидности этого заболевания: синдром болезненного мочевого пузыря – интерстициальный цистит (СБМП/ИЦ) и хронический простатит – синдром хронической тазовой боли (ХП/СХТБ). Симптомы ХП/СХТБ наблюдаются у 5% мужчин, а симптомы СБМП/ИЦ появляются примерно у 2% женщин и у 1% мужчин.

Выступающий рассказал о новой гибкой классификационной системе для СХТБ, восприимчивой к новым открытиям и позволяющей выбрать индивидуальное лечение для каждого из этих уникальных пациентов. Система называется UPOINT, в основе этой клинической классификации лежит фенотипирование, и она включает домены: мочевой, психосоциальный, органоспецифический, инфекционный, неврологический/системный и болевой. Фенотипирование и обследование при СХТБ на основе этой системы проводится следующим образом.

Домен «Urology» подразумевает оценку следующих данных: дневник мочеиспусканий, цистоскопию, УЗИ, урофлоуметрию; домен «Psychology» – историю негативных жизненных событий, важные потери, приспособление к стрессовым нагрузкам, депрессии; домен «Organ specific» – выяснение гинекологических, гастроинтестинальных, аноректальных, сексологических жалоб; гинекологическое и ректальное исследование; домен «Infection» – бактериологическое исследование мочи и эякулята, влагалищных соскобов, бактериологическое исследование кала; домен «Neurological» – выяснение неврологических жалоб (потеря чувствительности, дизестезия), неврологическое исследование (расстройства чувствительности, сакральные рефлексы и мышечный тонус). Наконец, домен «Tender muscle» включает пальпацию мышц тазового дна, передней брюшной стенки и ягодичных мышц. Новые и важные данные о СХТБ прозвучали на прошедшем в июне 2015 г. в Филадельфии (США) XI Конгрессе международного общества по изучению синдрома болезненного мочевого пузыря. А.В. Зайцев рассказал, что на этом форуме он выступал с докладом: «Влияние оперативного лечения пролапса тазовых органов на клинические симптомы синдрома болезненного мочевого пузыря». В сообщении подчеркивалась необходимость междисциплинарного подхода клечению пациентов схронической тазовой болью.

На этом конгрессе, заметил Андрей Владимирович, были представлены данные о проекте MAPP (Multidisciplinary Approachtothe Study of Chronic Pelvic Pain). Этот исследовательский междисциплинарный проект был создан в 2008 г. для лучшего понимания природы СБМП/ИЦ и ХП/СХТБ. В исследовании участвовали 6 научных центров и 2 центральных координирующих центра. Проект был рассчитан на 5 лет, и для его финансирования было выделено 37,5 млн долларов США. Проект заключается в системном подходе, т.е. исследовании разных органов и тканей более чем у тысячи пациентов. Сейчас планируется проведение 2-й фазы этого проекта (MAPP II), разработаны новые протоколы, набираются участники на следующие 5 лет. Предполагается изучение эпидемиологии заболеваний, проведение фенотипирования урологических и неурологических симптомов, выявление биомаркеров заболевания, изучение проводящих боль путей и механизмов формирования перекрестной сенситизации. В одном из уже выполненных исследований в рамках этого проекта с помощью методов нейровизуализации изучались изменения в висцеросенсорных и моторных корковых зонах 160 женщин, страдавших СБМП/ИЦ. В этом исследовании удалось доказать то, что ранее считалось гипотезой – главенствующую роль центральной сенситизации в развитии обеих разновидностей СХТБ.

Как пояснил профессор А.В. Зайцев, ключевым патогенетическим фактором любого хронического болевого синдрома, как и тазового, является поражение ансамбля нейронов, составляющих основу антиноцицептивной системы. У части пациентов, страдающих заболеваниями тазовых органов, интегративная деятельность в этом ансамбле нарушается. И тогда антиноцицептивная система перестает адекватно контролировать боль. Основным механизмом указанных нарушений и является центральная сенситизация. То есть «перемещение боли» от периферического пораженного органа в мозг, где афферентные импульсы от этого органа воспринимаются и обрабатываются. В результате болевые ощущения приобретают чрезвычайно стойкий характер. Они обычно не проходят, даже если излечивается болезнь, первоначально «запустившая» хронические боли в области таза, например, простатит или цистит. И сколь не велик вклад в падение качества жизни таких больных частых императивных позывов на мочеиспускание или неудержания мочи, с годами именнопсихо-неврологическая симптоматика из-за мучительной неотступной боли выходит на первый план и становится причиной социальной дезадаптации, фрустрации, тяжелейших депрессий, а нередко и суицидальной настроенности пациентов. Итак, этот синдром возникает только тогда, когда некое заболевание тазовых органов сочетается с «разбалансировкой» антиноцицептивной системы мозга.

Значительное месте в своем докладе профессор А.В. Зайцев посвятил обсуждению различных заболеваний и патологических состояний тазовых органов, на фоне которых развивается СХТБ. У представителей сильного пола СХТБ чаще всего связывают с хроническим простатитом. «Мужская симптоматика» отличается хронической болью в промежности, головке полового члена, мошонке и над лоном, усиливающейся при мочеиспускании или эякуляции. Как и у женщин, у мужчин к СХТБ со временем присоединяется множество других расстройств. Например, хронический простатит примерно в 17% случаев сочетается с СБМП/ИЦ. Примечательно, что и хронический простатит у мужчин, и СБМП/ИЦ у женщин, на фоне которых развился СХТБ, имеют абактериальную природу и недостаточно изученный этиопатогенез. Потому их лечение особенно сложно. У женщин СХТБ чаще всего возникает на фоне синдрома болезненного мочевого пузыря , который раньше называли интерстициальным циститом.

Но этот цистит имеет необычную природу. Например, проведенные исследования свидетельствуют о том, что цистоскопические и патоморфологические изменения в стенке мочевого пузыря у пациентов этой группы отличаются значительной вариабельностью. Характерная язва мочевого пузыря выявляется при цистоскопии примерно у 20–30% подобных больных, а примерно в 30% случаев цистоскопическая картина бывает нормальной. Цистоскопическая картина, т. е. наличие гломеруляций – петехиальных кровоизлияний в подслизистый слой, участков гуннеровских поражений, выраженность гематурии и сниженная емкость мочевого пузыря, не имеет прямой корреляции с морфологическими изменениями в биоптатах. Поэтому морфологические изменения играют лишь поддерживающую роль при установлении окончательного диагноза и позволяют исключить другие, сходные по клинической симптоматике заболевания. Итак, многообразие симптомов и различия в восприимчивости пациентов к лечению указывают на возможную полиэтиологичность СБМП/ИЦ.

– Мультимодальная терапия, – заметил в заключение своего выступления профессор А.В. Зайцев, – наиболее успешный подход в борьбе с СХТБ. Лучшая практика основана на опубликованных данных доказательной медицины в союзе с мнением экспертов, применяющих алгоритм UPOINT. Как клиницисты, мы учимся лечить таких больных и ставить точный диагноз, находя причину боли. Но как реалисты, мы должны помнить, что речь идет об одном из сложнейших хронических заболеваний, известных современной медицине. Нередко СХТБ вызывает фрустрацию у пациента и врача, поскольку лечение часто неэффективно и «панацея» до сих пор отсутствует. Несмотря на современные рафинированные диагностические исследования, этиология СХТБ нередко остается неясной и этот факт не должен недооцениваться. И все же мы должны объяснить нашим пациентам то, что мы знаем о природе и механизмах СХТБ: как можно раньше начинать лечение и вести его предельно настойчиво и вдумчиво, применяя индивидуализированный, биопсихосоциальный подход, вовлекающий больных в обратную связь с врачом и включающий самопомощь.

Александр Рылов

ООО "ВИЗИТНАЯ МЕДИА"

Силденафил

ДИНАМИКО

ГОЛУБАЯ ТАБЛЕТКА С МОДИФИЦИРОВАННЫМ СОСТАВОМ

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

Таблетка силденафила с модифицированным составом:[1]

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

TEVA

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

ООО "ЕМОЦИИ МЕДИА"

Альфа-липоевая кислота в лечении эректильной дисфункции у пациентов с сахарным диабетом

Д.А. ГУСАКОВА, Е.А. ЕФРЕМОВ, А.В. КАСАТОНОВА
НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал «НМИРЦ» Минздрава России

Эректильная дисфункция (ЭД) – крайне актуальная проблема в современном обществе, с которой рано или поздно сталкивается практически каждый мужчина. Распространенность ЭД в мире неуклонно растет, что связано в первую очередь с прогрессирующим старением населения планеты и увеличением числа ассоциированных с возрастом заболеваний, таких как атеросклероз (в разных проявлениях), гипертоническая болезнь, ожирение и метаболический синдром, сахарный диабет.

В ходе наш их собственных эпидемиологических исследований, проведенных на основе анкетирования 1465 мужчин, обратившихся в НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина в период с 1997 по 2009 г. (средний возраст 48,7±11,4 года), ЭД была выявлена в 53,6% случаев, что свидетельствует о том, что у пациентов, посещающих урологические клиники, расстройства эрекции представляют собой часто встречаемую патологию. Комплексное обследование выборки пациентов из общей группы в составе 1148 человек позволило выявить сопутствующие заболевания и факторы риска, которые могли бы быть возможными этиологическими факторами развития ЭД (*рис. 1*). Данные приведены в порядке убывания частоты их встречаемости.

Сахарный диабет (СД) встречался у 206 пациентов с ЭД, что составило 18% из общей выборки. Из всех больных СД его 1 тип был выявлен у 39 (18,9%) пациентов, а СД 2 типа – у 167 (81,1%) пациентов. Таким образом, по нашим наблюдениям, у пациентов с ЭД СД 2 типа встречается в 4,3 раза чаще, чем СД 1 типа. Полученные в ходе нашего исследования результаты вполне согласуются с общепопуляционными данными по встречаемости СД у мужчин с сексуальными нарушениями, в частности ЭД.

Проблема ЭД у пациентов с СД, бесспорно, является крайне актуальной, учитывая его высокую распространенность и рост заболеваемости во всем мире, которая в последние годы носит характер эпидемии. К 2030 г. число больных СД в мире (по данным прогнозов ряда исследователей) будет составлять 552 млн человек.

ЭД является одним из наиболее часто встречающихся патологических состояний у мужчин, ассоциированных с СД. По данным ряда эпидемиологических исследований, распространенность ЭД у мужчин с СД варьируется от 28 до 75% и зависит от возраста пациента и длительности заболевания. Наличие ЭД значительно ухудшает качество жизни не только мужчины, но и семейной пары, а также является причиной развития депрессии, негативно влияющей на возможность достижения компенсации углеводного обмена у больных СД.

В качестве патогенетических механизмов, лежащих в основе ЭД у пациентов с СД, в настоящее время рассматривают ангиопатию (микро- и макроангиопатию), невропатию, инсулинорезистентность и гипогонадизм. Влияние данных факторов на эректильную функцию комплексное и сочетанное. Поэтому патогенез ЭД у больных СД носит, как правило, смешанный характер.

Артериогенный компонент патогенеза ЭД при СД (диабетическая микро- и макроангиопатия), по сути, представляет собой разные стадии повреждения сосудистой стенки. В основе ангиопатии при СД в настоящее время рассматривают дисфункцию эндотелия (эндотелиальную дисфункцию). Этому во многом способствовало понимание роли оксида азота (NO) как универсального вазодилататора в механизме эрекции.

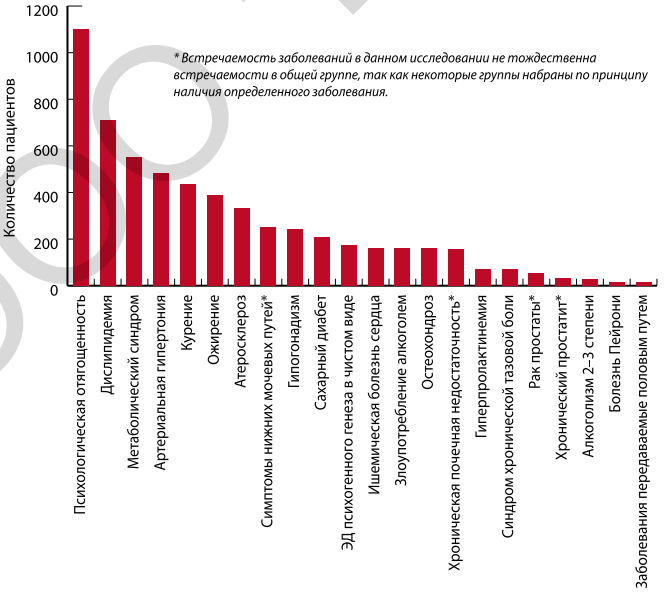


Рис. 1. **Встречаемость сопутствующих заболеваний и факторов риска у 1148 пациентов с ЭД**

Роль NO в нормальной эрекции

NO образуется в эндотелиальной ткани синусоидальных пространств кавернозных тел из аминокислоты L-аргинина при помощи фермента NO-синтазы (NOS). Свое вазодилатирующее эректогенное действие NO оказывает посредством активации гуанилатциклазы и увеличения концентрации циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ) в гладкомышечной ткани сосудов и кавернозных тел полового члена. цГМФ активирует определенные внутриклеточные протеинкиназы, которые, фосфорилируя рецепторные белки, блокируют кальциевые каналы, снижая таким образом количество свободного внутриклеточного кальция. Это приводит к гиперполяризации и релаксации гладких мышц. Активность данного проэректильного механизма ограничивается фосфодиэстеразой 5-го типа (ФДЭ-5), ферментом, катализирующим распад цГМФ до неактивного ГМФ. Ингибиторы ФДЭ-5 (силденафил, варденафил, тадалафил, уденафил) являются специфическими ингибиторами данного фермента. Их действие основано на пролонгировании эффекта внутриклеточного цГМФ и, таким образом, в наступлении и продлении эрекции.

Разработка и внедрение в клиническую практику ингибиторов ФДЭ-5 было одним из главных достижений последних десятилетий в лечении ЭД. Их использование существенно изменило алгоритм лечения ЭД. В настоящее время ингибиторы ФДЭ-5 используются в качестве препаратов первой линии при терапии расстройств эрекции. Однако, несмотря на высокую эффективность ингибиторов ФДЭ-5 в лечении ЭД, у некоторой части пациентов общепринятая терапия не приводит к улучшению эрекции. Этот факт можно объяснить снижением концентрации NO по причине дисфункции эндотелия. СД и его сосудистые и нейрогенные осложнения, артериальная гипертензия, дислипидемия (по сути, клинические и лабораторные проявления метаболического синдрома), а также гипогонадизм являются основными заболеваниями и патологическими состояниями, так или иначе ассоциированными с эндотелиальной дисфункцией. Именно у этих пациентов, как правило, терапия ингибиторами ФДЭ-5 малоэффективна. Патогенетической предпосылкой отсутствия положительного лечебного эффекта от ингибиторов ФДЭ-5 у этой группы больных может быть повышенная свободнорадикальная активность (окислительный стресс) и вызванное этим снижение концентрации NO.

Что такое окислительный стресс?

Окислительный стресс – это несостоятельность антиоксидантной системы организма, при которой клетки подвергаются воздействию чрезмерных уровней или молекулярного кислорода, или его активных форм (свободных радикалов). Свободные радикалы – нестабильные атомы и соединения, действующие как агрессивные окислители и в результате повреждающие жизненно важные структуры организма. Свободные радикалы образуются при воздействии неблагоприятных факторов окружающей среды (плохая экология, курение, хроническая интоксикация). Кроме того, выработка свободных радикалов может увеличиваться при СД и инсулинорезистентности, артериальной гипертензии, возрастном снижении половых гормонов как у мужчин, так и у женщин (т.е. тех заболеваниях, при которых имеет место эндотелиальная дисфункция).

Основным среди свободных радикалов является супероксид (O^{2-}), который образуется при окислении молекулярного кислорода. Среди других свободных радикалов можно выделить перекись водорода (H_2O_2), хлороноватистую кислоту (HOCl), пероксинитрит ($ONOO^-$) и др. Источником свободных радикалов в организме человека является эндотелий сосудов, а также клетки крови (тромбоциты и лейкоциты).

Окислительный стресс возникает при нарастающем поступлении и/или нарастающем образовании *in vivo* свободных радикалов и преобладании окислительных реакций над восстановительными. Образование свободных радикалов и свободнорадикальные реакции – физиологический процесс, неизбежно приобретающий патофизиологические черты в течение жизни человека. Физиологичность процесса свободнорадикального окисления заключается в том, что некоторые свободные радикалы (активные формы кислорода, перекиси) закономерно образуются при окислении жирных кислот как энергетического субстрата и в норме нейтрализуются антиоксидантной системой; при перекисном окислении липидов – необходимом процессе в обновлении фосфолипидных клеточных мембран; при индуцированном локальном окислительном стрессе (при контакте иммунокомпетентных клеток с антигеном с целью его разрушения). Физиологичность свободнорадикального окисления прекращается при лавинообразном нарастании окислительных процессов. Так, например при инсулинорезстентности и невозможности использования глюкозы как субстрата для выработки аденозинтрифосфата (АТФ) в инсулинзависимых тканях (печень, мышцы, жировая ткань) происходит пере-

ООО "ВИОНИКА МЕДИА"

ход исключительно на окисление жирных кислот, что в конечном итоге приводит к нарастанию свободнорадикальной активности и истощению антиоксидантной системы. При СД гипергликемия приводит к «глюкозотоксичности». При этом усиленное гликирование тканей – это не что иное, как окисление субстратов глюкозой (глюкоза выступает как свободный радикал).

Окислительный стресс в результате «глюкозотоксичности» и нарушение энергетического обмена у пациентов с СД лежат в основе развития диабетической полиневропатии – наиболее частого и самого раннего осложнения СД. Известно, что у 7,5% лиц с впервые выявленным СД 2 типа уже имеются клинические и лабораторные проявления диабетической полиневропатии. При этом, согласно данным некоторых исследований, нейрогенная форма ЭД у пациентов с СД является наиболее ранним признаком поражения нервной ткани и возникает раньше первых клинических проявлений дистальной диабетической невропатии.

Роль окислительного стресса в развитии ЭД

Взаимодействие между NO и свободными радикалами является одним из основных механизмов, участвующих в патогенезе ЭД. NO взаимодействует с супероксидом (O_2^-) до образования пероксинитрита ($OONO^-$), который, как известно, играет центральную роль в атерогенезе. Пероксинитрит в свою очередь подавляет активность супероксиддисмутазы (СОД) – основного антиокислительного фермента, инактивирующего супероксид, что приводит к снижению элиминации супероксида и еще больше увеличивает формирование пероксинитрита и уменьшает концентрацию имеющегося NO. Пероксинитрит ($OONO^-$), так же как и NO, вызывает расслабление гладкомышечной ткани сосудов и кавернозных тел, но его вазодилатирующий эффект намного ниже, чем у NO. В результате эксперимента M.A. Khan и соавт. [1], исследовавших влияние NO и $OONO^-$ на кавернозные тела кроликов, выявили, что релаксация гладкомышечной ткани кавернозных тел, вызываемая NO, является более эффективной по сравнению с релаксацией стимулированной $OONO^-$. При этом гладкомышечная ткань после релаксирующего эффекта NO практически моментально возвращается к исходному напряжению, тогда как после действия $OONO^-$ ткани были не в состоянии восстановить свое первоначальное напряжение. Нарушение этого механизма в конечном счете приводит к неэффективной релаксации кавернозной ткани и развитию ЭД.

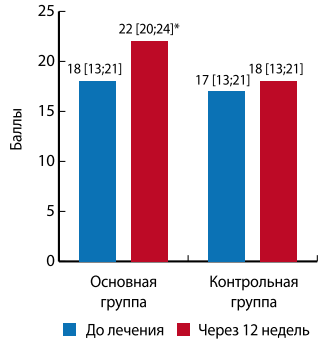
В норме NO ингибирует экспрессию клетками крови адгезивных молекул. Снижение концентрации NO приводит к повышению адгезии тромбоцитов и лейкоцитов к стенкам сосудов, которые в свою очередь производят множество вазоконстрикторов (тромбоксан A_2, лейкотриены, серотонин). Таким образом, чрезмерная продукция супероксида и других свободных радикалов в результате окислительного стресса приводит к угнетению NO, что является центральным механизмом развития ЭД. Антиоксидантная терапия, направленная на купирование последствий окислительного стресса, может быть ключом к решению проблемы неэффективности терапии ингибиторами ФДЭ-5 при ЭД у пациентов с СД в качестве комбинированной терапии.

Применение альфа-липоевой кислоты у пациентов с СД в сочетании с ЭД

Одним из наиболее мощных природных антиоксидантов является а-липоевая кислота (АЛК). Изначально она была известна как незаменимый биохимический кофактор для митохондриальных ферментов. Однако в последнее десятилетие было обнаружено, что АЛК и промежуточный продукт ее обмена – дигидролипоевая кислота – являются мощными антиоксидантами. В связи с тем, что АЛК является как жиро-, так и водорастворимым субстратом, она обладает способностью к воздействию на оксидативный стресс в клеточных мембранах и в цитозоле. Было также установлено, что АЛК является необходимым компонентом в рецикле основных антиоксидантов, таких как витамин Е и глутатион.

Клиническая эффективность АЛК хорошо изучена у здоровых добровольцев и больных СД в целом ряде исследований с использованием различных доз препарата. Ее роль в лечении диабетической невропатии объясняется возможностью предупреждать подавление активности нейрональной NO-синтазы, усиливать кровоток в эндоневрии, снижать ишемию нервной ткани и увеличивать скорость проведения импульса по нерву. В экспериментальной работе A. Keegan и соавт. [2] положительно оценивалась роль АЛК для профилактики дисфункции кавернозной ткани в естественных условиях на модели крыс с СД. Клиническая эффективность применения препарата АЛК у пациентов с ЭД на фоне СД изучалась в исследовании M.D. Mitkov и соавт. [3]. В их исследовании была показана положительная роль АЛК в отношении компонентов ЭД, а также в снижении индекса массы тела и улучшении биохимических параметров (снижение уровней гликированного гемоглобина – HbA1c, общего холестерина, триглицеридов, повышение уровня липопротеидов высокой плотности).

В России зарегистрировано несколько препаратов АЛК, но наибольший практический опыт накоплен по препарату Эспа-липон, который одним из первых появился на российском рынке (1995) и отлично зарекомендовал себя с позиции клинической эффективности. Мы в свою очередь в рамках работы, проведенной в НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина в группе пациентов с ЭД и СД 2 типа, изучали эффективность применения Эспа-липона в дозе 600 мг/сут в отношении эректильной функции, полового влечения и других клинически значимых симптомов андрогенного дефицита. В исследование были включены 86 мужчин с СД 2 типа, имеющих жалобы на нарушение эрекции. Средний возраст пациентов составил 51 год [43; 59] (данные представлены в виде медианы и границ интерквартильных отрезков). Пациенты были разделены на 2 группы. Основную группу составили 52 пациента, которым была назначена терапия Эспа-липоном, в группу контроля вошли 34 пациента, не получавшие на период исследования данного препарата. Оценка эффективности лечения проводилась спустя 12 недель с момента начала приема Эспа-липона. Все пациенты на момент включения в исследование были компенсированы в отношении углеводного обмена (HbA_1 с менее 7%). В качестве методов оценки эффективности проводимой терапии использовались вали-



*Примечание: здесь и на рис. 3 * – различия между показателями достоверны при p<0,001.*

Рис. 2. **Сумма баллов по опроснику МИЭФ-5 у пациентов с СД 2 типа основной и контрольной групп до лечения и спустя 12 недель**

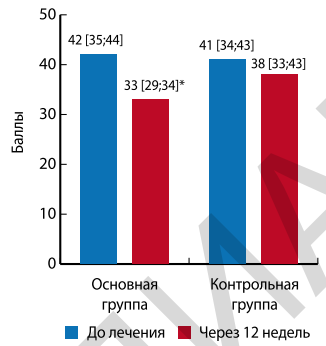


Рис. 3. **Сумма баллов по опроснику AMS у пациентов с СД 2 типа основной и контрольной групп до лечения и спустя 12 недель**

дизированные опросники: международный индекс эректильной функции 5 (МИЭФ-5) и симптомов старения мужчины AMS (Aging Male Simptoms) по Heinemann. Результаты исследования представлены на *рис. 2* и *3*.

Мы получили достоверное повышение средней суммы баллов как по опроснику МИЭФ-5 с 18 [13, 21] до 22 [20, 24], так и ее снижение по опроснику AMS с 42 [35, 44] до 33 [29, 34] в основной группе пациентов, получавших препарат Эспа-липон (p<0,001), тогда как в контрольной группе достоверных изменений средней суммы баллов по обоим опросникам получено не было (*p*=0,16 и 0,21 соответственно).

Учитывая положительное патогенетическое воздействие АЛК на эндотелий кавернозных артерий, а также кавернозные нервы, открываются новые терапевтические возможности применения ее препаратов, в частности Эспа-липона, для лечения ЭД, ассоциированной с СД, а также других форм нарушения эрекции, учитывая общие механизмы развития ЭД, связанные в первую очередь с окислительным стрессом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Khan M.A., Thompson C.S., Mumtaz F.H., et al. The effect of nitric oxide and peroxynitrite on rabbit cavernosal smooth muscle relaxation. World J. Urol. 2001;19(3):220–4.
2. Keegan A., Cotter M.A., Cameron N.E. Effects of diabetes and treatment with the antioxidant alpha-lipoic acid on endothelial and neurogenic responses of corpus cavernosum in rats. Diabetologia. 1999;42(3):343–50.
3. Mitkov M.D., Aleksandrova I.Y., Orbetzova M.M. Effect of transdermal testosterone or alpha-lipoic acid on erectile dysfunction and quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. Folia Med (Plovdiv). 2013;55(1):55–63.

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

ООО "ТЕХНОЛОГИЯ МЕДИА"

Вторая Московская урологическая школа: итоги и достижения

25–26 февраля прошла Вторая Московская урологическая школа, которая проведена под патронажем Правительства и Департамента здравоохранения Москвы, при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Московская урологическая школа, представляющая собой форму непрерывного постдипломного медицинского образования для специалистов, работающих в системе столичного здравоохранения, была создана по инициативе Правительства Москвы и Департамента Здравоохранения в рамках реализации программы «Развитие здравоохранения Москвы до 2020 года». «Сейчас, когда городское здравоохранение переоснащено, технологически повышение образовательного уровня врачей просто необходимо. Мы рассчитываем, что врачи будут постоянно повышать свою квалификацию и тем самым соответствовать современным высоким стандартам», – поставил задачу заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Михайлович Печатников.

– Департамент здравоохранения Москвы, – сказал при открытии Второй Московской урологической школы заместитель руководителя Департамента Алексей Владимирович Погонин, – пришел к выводу, что такая форма дополнительного образования врачей может стать базисной в ряду других мероприятий, направленных на решение проблем повышения квалификации столичных врачей. В городе проводится большое количество конференций, симпозиумов, направленных на улучшение качества оказания населению медицинской помощи, поэтому было бы правильно сочетать их с обучающей составляющей для врачей. Крайне важно, чтобы каждое такое мероприятие стало частью естественного образовательного процесса, направленного на каждого московского врача в соответствии с его интересами и практическими запросами. Эта школа должна обрасти традициями, работающими на качественный рост столичного здравоохранения, которого достойны жители нашего города. Крайне важно то, что Вторая Московская урологическая школа прирастает именно такими традициями.

Открывая Вторую школу, ее научный руководитель, главный уролог Министерства здравоохранения РФ и Департамента здравоохранения Москвы, заведующий кафедрой урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова, профессор Дмитрий Юрьевич Пушкарь, обратил внимание собравшихся на то, что она была организована в результате обстоятельного и вдумчивого диалога организаторов столичного здравоохранения и практических врачей через главных специалистов Минздрава, руководителей медицинских вузов и кафедр, а также лечебно-профилактических учреждений. В заключение своего выступления он отметил, что теперь важно максимально эффективно потратить каждую минуту драгоценного времени, что в свою очередь принесет несомненную пользу и нашим пациентам.

Участники Второй Московской урологической школы отметили, что она, став регулярной и обретя официальный статус, уже вписана ими в ряд научно-практических мероприятий, наиболее значимых в плане профессионального обучения.

Знаковым элементом в работе школы стало введение Карты московского уролога. Это персональная пластиковая карта, где будут накапливаться баллы за обучение по системе непрерывного медицинского образования, от количества которых будет зависеть дальнейшая аккредитация и сертификация специалиста. Карта выдается бесплатно всем московским урологам при условии регистрации на сайте или заполнения регистрационной анкеты.

В мероприятии приняли участие ведущие эксперты в различных областях урологии. В числе лекционных тем по разделу мочекаменной болезни (ведущие модуля профессора А.З. Винаров, Н.А. Григорьев, А.Г. Мартов) были: «МКБ, включая эндоурологию (камни почек, мочеточников, метафилактика)», «ДГПЖ (диагностика, консервативное и оперативное лечение)», «Аномалии верхних мочевыводящих путей, гидронефроз, мегауретер».

Онкологическая урология была представлена докладами «Рак мочевого пузыря (мышечно-инвазивный и неинвазивный)», «Объемные образования почек», «Рак яичка и полового члена», «Рак предстательной железы». Докладчиками по этому блоку выступили профессора В.Б. Матвеев, Б.Я. Алексеев, Е.И. Велиев, А.В. Говоров.

Темы нейроурологии были раскрыты в докладах «Недержание мочи у женщин», «Нейрогенные расстройства мочеиспускания», «Гиперактивный мочевой пузырь», «Аномалии верхних мочевыводящих путей, гидронефроз, мегауретер», «Синдром хронической тазовой боли» и «Травма органов мочевой и половой систем у женщин: урогенитальные свищи». Эту секцию освещали профессора Д.Ю. Пушкарь, М.Ю. Гвоздев, Г.Р. Касян, Г.Г. Кривобородов.

Модуль андрологии и реконструктивно-пластической урологии был представлен докладами: «Эректильная дисфункция и болезнь Пейрони», «Бесплодие и гипогонадизм», «Острые и хронические заболевания органов мошонки», «Травма органов мужской мочеполовой системы», «Реконструкция уретры у мужчин» и «Хроническая тазовая боль у мужчин». Курировали данный блок профессора Н.Д. Ахвледиани, С.С. Гамидов, А.В. Живов, П.И. Раснер.

Работа Второй Московской урологической школы транслировалась *on-line* в сети Интернет. По свидетельству собравшихся на Школу урологов, дистанционные технологии не могут в полной мере заменить реального присутствия на лекциях экспертов, не говоря уже о возможности задавать вопросы и участвовать в обсуждении предлагаемых ими клинических наблюдений.

– На очных мероприятиях, при реальном общении с докладчиками несоизмеримо больше возможностей для практического врача получить максимум полезной информации. В том объеме, который востребован в современной урологической практике нашего мегаполиса, – сказал врач-уролог больницы №57 Алексей Владимирович Прохоров, – то я, наблюдая за Первой Школой по Интернету, сразу понял, что должен присутствовать на таком мероприятии лично, т.к. это также вопрос моего профессионального роста и статуса. Кроме того, получение баллов на Карту московского уролога становится значительным вкладом в твое профессиональное «досье».

В некоторых ведущих клиниках Москвы введено за правило направлять своих специалистов на лучшие образовательные и научные мероприятия в обязательном порядке.

– В Первой градской больнице это стало нормой, – отметила уролог Ирина Николаевна Хлебникова. – Во Второй Школе принимают участие почти все наши урологи. Не занятые в эти дни на приеме больных врачи, а те, кто не смог прийти, ждут обещанных методических материалов по вопросам функциональной урологии. Полученные на прошлой Школе материалы по онкоурологии приносят урологам Москвы огромную пользу в их практической работе.

Организаторы Второй Московской урологической школы при ее открытии и в процессе общения со специалистами подчеркивали, что ее научная программа изначально запланирована путем отбора самых актуальных и наиболее востребованных тем для практического здравоохранения.

«...»

Научная программа запланирована путем отбора самых актуальных и наиболее востребованных тем для практического здравоохранения

Андрей Семенов

ООО "ЕВРОНИКА МЕДИА"

Мочекаменная болезнь: в фокусе проблемы

Одной из центральных тем научной программы Второй Московской урологической школы, проходившей 25–26 февраля 2016 г. в Москве, стала проблема мочекаменной болезни. В фокусе внимания находились темы фармакотерапии, минимально инвазивной хирургии и метафилактики заболевания.

А.Г. Мартов

– Можно ли изложить современные представления о мочекаменной болезни (МКБ) за один час? – открывая симпозиум, спросил у присутствующих заведующий отделением урологии ГКБ №57, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА РФ, заместитель председателя Российского общества урологов, президент Российского общества по эндоурологии и новым технологиям, профессор Алексей Георгиевич Мартов.

– Традиционно камни мочевыводящих путей делят по размеру на четыре группы: менее 5 мм, от 5 до 10, от 10 до 20 и свыше 20 мм, – отметил профессор А.Г. Мартов. – Они локализуются в верхней, средней или нижней чашечках, в лоханке, в верхнем, среднем или дистальном отделах мочеточника.

– На выбор методов лечения влияет видимость камней при стандартных методах визуализации. К сожалению, стандартная для развитых стран бесконтрастная компьютерная томография пока остается малодоступным методом даже для Москвы, – подчеркнул профессор А. Г. Мартов.

– Если планируется удаление конкремента, – продолжил он, – а индивидуальные анатомические особенности чашечно-лоханочной системы неизвестны, рекомендуется проведение исследования с контрастированием для получения трехмерного изображения, а также с целью определения плотности конкремента и расстояния от него до кожного покрова.

Как подчеркнул Алексей Георгиевич Мартов, минералогический состав камней и их этиология являются ключевыми факторами, определяющими дальнейшие шаги врача. Неинфекционные камни представлены оксалатами кальция, фосфатами кальция и камнями из мочевой кислоты. Инфекционные, названные так по причине возникновения в инфицированных мочевыводящих путях, представляют собой камни фосфата магния аммония, апатита и урата аммония.

Факторами более высокого риска развития повторного камнеобразования являются развитие МКБ в раннем возрасте (особенно у детей и подростков), семейный анамнез, наличие брушитных камней (из фосфата кальция), наличие мочевой кислоты или ее солей в составе конкрементов, а также ряд специфических заболеваний, ассоциированных с камнеобразованием.

Профессор А.Г. Мартов обратил внимание присутствующих, что первый этап лечения почечной колики – купирование боли. Препаратами первой линии фармакотерапии являются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). При отсутствии клинически значимого результата от введения НПВС необходимо перейти к следующей ступени фармакотерапии: гидроморфон, пентазоцин и трамадол.

– Кроме того, относительно недавно в фармакотерапии МКБ нашли свое применение а-адреноблокаторы, – отметил профессор, – которые хорошо показали себя не только в лечении пациентов с заболеваниями нижних мочевыводящих путей и простаты, но и МКБ.

– При выборе между тем или иным методом оперативного удаления конкремента и консервативным лечением – литокинетической (ЛКТ) и литолитической терапией, необходимо учитывать все индивидуальные особенности пациента, – отметил профессор А.Г. Мартов.

– Дистанционая ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ), сделавшая революцию в урологии в 80-е гг. прошлого столетия, имеет ряд противопоказаний: беременность, геморрагический диатез, нелеченая инфекция мочевыводящих путей и некоторые другие, что ограничивает широту ее применения. Проведение ЛКТ после ДУВЛ при локализации камней в мочеточнике или почках позволяет ускорить отхождение и увеличить частоту полного избавления от конкрементов, – подчеркнул профессор.

– В настоящее время для удаления конкрементов почек, помимо ДУВЛ, используют минимально инвазивные оперативные вмешательства: перкутанную и трансуретральную хирургии почек. В настоящий момент в арсенале врача находятся как ригидные, так и гибкие уретероскопы и нефроскопы различных размеров. Совершенствование ДУВЛ и эндоурологических операций привело к значительному уменьшению показаний для открытой операции по удалению конкрементов, – подчеркнул профессор А.Г. Мартов.

Большое распространение в последнее время получила т.н. «сэндвич-терапия», когда к перкутанной операции добавляются ДУВЛ для удаления мелких фрагментов и, часто, контрольная фибронефроскопия.

Особое внимание уделил профессор А.Г. Мартов выбору оперативного лечения коралловидных камней.

– Однозначных рекомендаций пока дать невозможно из-за непредсказуемости осложнений, – отметил он. – Поэтому вопрос должен решаться в каждом конкретном случае индивидуально. Но инновации в виде мини- и ультра-мини-перкутанной хирургии позволяют в ближайшее время надеяться на серьезные положительные изменения в этом вопросе.

Вопросов метафилактики МКБ коснулся в своем докладе директор Учебного центра врачебной практики «Пракси Медика» Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, профессор Николай Александрович Григорьев.

Н.А. Григорьев

Метафилактика – это те мероприятия, которые проводятся вместе с пациентами после удаления камней или их самостоятельного отхождения, – отметил он и продолжил, – и вот тут наступает очень важный момент. Камни ни в коем случае нельзя выбрасывать. Их необходимо отправить на анализ для определения их состава и исходя из этого, а также уровня ряда биохимических показателей в крови и моче (обменные нарушения), определить комплекс мер по недопущению рецидива заболевания.

– Всем больным МКБ независимо от индивидуального риска следует соблюдать общие профилактические меры, – продолжил профессор Н.А. Григорьев. – Пациентам с высоким риском необходимо проходить дополнительную специфическую терапию, прежде всего, медикаментозную, основанную на составе конкремента и типе обменных нарушений.

К числу общих профилактических мер относится равномерное в течение дня потребление жидкости с нейтральным pH, не менее 2,5–3 литров в день. Питание должно быть сбалансированным, с большим количеством овощей и клетчатки и ограниченным содержанием соли. Следует ограничивать потребление животных белков. Пациенту рекомендуется избегать стрессовых ситуаций и заниматься физическими упражнениями.

К сожалению, как было отмечено во время доклада и последующей дискуссии, ни одна из лабораторий Москвы сегодня не проводит анализа мочи на цитраты, что, как отметили профессора Д.Ю. Пушкарь и Н.А. Григорьев, является стандартным требованием Европейской урологической ассоциации.

– Для профилактики образования кальциевых конкрементов при гиперкальциурии применяют гидрохлоротиазид, бендрофлуметиазид и несодержащий тиазида индапамид. Однако главным недостатком лечения тиазидами являются его побочные эффекты, – отметил профессор Н.А. Григорьев.

Кроме того, конкременты из мочевой кислоты и урата аммония требуют применения щелочного цитрата или бикарбоната натрия. Струвитные и инфекционные конкременты – проведения курса антибиотикотерапии, подкисления мочи с помощью метионина или хлорида аммония и угнетения уреазы в ней.

В заключение коротких, но насыщенных информацией лекций, каждый докладчик сделал свой вывод. Профессор А.Г. Мартов, сравнив положительные и отрицательные стороны дистанционной и контактной литотрипсии, подчеркнул, что сегодня нельзя категорично утверждать о преимуществах одной перед другой. «Ответа нет, и не будет в обозримом будущем», – сказал он. Профессор Н.А. Григорьев подчеркнул, что успех метафилактики МКБ во многом зависит от учета в ее проведении анализа минералогического состава конкрементов и обменных нарушений.

Андрей Семенов

ООО "ВИОНИКА МЕДИА"

Биологически активные добавки при эректильной дисфункции: бесполезность, польза или риск применения?

Популяризация биологически активных добавок (БАД) для лечения нарушений эректильной функции в большей степени заслуга многочисленных средств массовой информации. Тем не менее специалистам хорошо известно, что ряд БАД, действительно, высоко эффективны и вполне могут занимать свою нишу в составе комплексной терапии эректильной дисфункции (ЭД). Настораживает избыток агрессивной рекламной информации, нередко сочетающейся с почти полным отсутствием информации медицинской. О том, нужны ли БАД при ЭД и какой подход оправдан при оценке их эффективности корреспондент нашей газеты беседовала с членом-корреспондентом РАН, заведующим кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова профессором А.А. КАМАЛОВЫМ.

– Армаис Альбертович, БАД для профилактики и коррекции ЭД очень популярны среди мужской части населения. Между тем специалисты относятся к ним достаточно неоднозначно. С чем это связано?

– Проблемы с эрекцией испытывает каждый второй мужчина старше 40 лет. Зачастую стрессовый фактор не возглавляет список возможных причин, как это обычно принято считать. Нередко ЭД – предвестник более серьезных состояний и служит сигналом о необходимости их диагностики и лечения. Между тем большинство мужчин не склонны воспринимать ЭД как проблему, требующую обращения к врачу, и скорее предпочтут воспользоваться информацией, активно лоббируемой в рекламных роликах на телевидении. Обычно средства массовой информации широко используются производителями БАД для поддержания интереса к своей продукции среди населения. Поскольку БАД в основном не предназначены для лечения, их реклама формирует у населения целый комплекс ошибочных представлений, в том числе и о том, что ЭД в первую очередь является следствием стресса и легко корригируется пищевыми добавками.

В реальности для поиска причин, вызвавших нарушения эректильной функции, в каждой конкретной ситуации необходим комплексный подход целого ряда специалистов. Только после этого целесообразно принимать решение о возможности применения БАД. На практике нередко получается, что пациент обращается к врачу в лучшем случае после того, как перепробовал массу БАД и не получил положительного эффекта. При неблагоприятном варианте развития событий мужчину приводят на прием к специалисту более серьезные причины. В случае своевременной диагностики их могло бы и не быть.

– В каких ситуациях уролог может рекомендовать применение БАД, и каким требованиям они для этого должны соответствовать?

– БАД возможно рекомендовать при нарушениях эректильной функции легкой и умеренной степеней выраженности и только после всесторонней оценки причин, которые ее вызвали. Сейчас на рынке есть пищевые добавки, эффективность и безопасность применения которых были изучены в серьезных исследованиях на базе крупных клинических центров. Как правило, результаты таких работ доступны специалистам для ознакомления и заслуживают доверия. Основная проблема в том, что среди огромного перечня БАД в клинике исследуются не все. Поэтому информация об эффективности и безопасности таких БАД отсутствует. Зачастую, врачу остается о ней лишь догадываться. Безусловно, такая добавка не вызывает доверия, и уважающий себя специалист, скорее всего, воздержится от ее применения.

– Правомочно ли считать, что БАД, эффективность которых не была изучена в клинике, не окажут обещанного эффекта?

– Нет, и это один из существенных факторов, делающих ситуацию с БАД очень двоякой. Пациент принимает пищевую добавку, видит ее эффективность и решает, что в посещении врача нет необходимости. Между тем через какое-то время больной все же обращается в клинику с целым спектром жалоб совершенно неясного генеза. Последние несколько лет мы сталкиваемся с типичным перечнем симптомов, характерных для передозировки ингибиторами фосфодиэстеразы 5 типа (иФДЭ-5). Обычно, это нарушения цветовосприятия, головные боли, сухость во рту. При этом пациент отрицает применение лекарственных препаратов, но сообщает, что принимает БАД. Самое очевидное, что можно предположить в такой ситуации – это то, что в состав БАД входит иФДЭ-5. При этом о количественном его составе можно только догадываться.

– Складывается впечатление, что эффективность БАД при ЭД связана в основном с наличием активных веществ лекарственных препаратов, не указанных в их составе...

– Это тоже неверно. Специалистам хорошо известны БАД, которые эффективны при ЭД. Результаты проведенных лабораторных экспертиз показали, что состав этих БАД полностью соответствует заявленному. Если о таком БАД есть медицинская информация, его вполне можно назвать достойным средством, которое можно рекомендовать пациенту с ЭД. Под медицинской информацией следует понимать результаты качественно спланированных и проведенных исследований в клинических центрах. Можно даже сказать, что именно эти два фактора: соответствие состава заявленному и результаты исследований, позволяют судить о качестве БАД.

– Насколько я понимаю, клинические исследования в первую очередь проводятся с целью регистрации препарата для доказательства его эффективности и безопасности. В то время как процедура регистрации БАД намного проще и не требует ничего подобного. Получается, что решение о том, стоит ли подтверждать информацию в красочных буклетах и рекламных роликах лежит полностью на производителе БАД?

– Действительно, производитель БАД волен решать по своему усмотрению, следует ли проводить клинические исследования. Но как раз наличие таких исследований и позволяет убедиться в том, что эффективность БАД не мнимая, и пациент, приоб-

«...»

Нередко эректильная дисфункция – предвестник более серьезных состояний и служит сигналом о необходимости их диагностики и лечения

ООО "ВИОНИКА МЕДИА"

ретая красивую коробочку, не получает набор из плацебо. Если БАД не исследуется в клинике, можно с высокой вероятностью предположить, что производителю есть что скрывать. И это либо сомнительная эффективность, либо ложный состав, в лучшем случае соответствующий составу лекарственного препарата.

– Как можно судить о том, что исследования, на которые ссылается производитель БАД, были проведены качественно, а результатам можно доверять?

– Такие исследования должны быть проведены в крупных специализированных центрах и по дизайну схожи с исследованиями, проводящимися для лекарственных препаратов. Например, в НИИ Урологии (Москва) было проведено слепое сравнительное рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности и безопасности хорошо известного урологам БАД Вука Вука®. В исследование были включены пациенты в возрасте от 19 до 70 лет с ЭД различной этиологии. Полученные результаты подтвердили информацию о том, что комплекс эффективен у мужчин с ЭД всех возрастов, в т.ч. и с полиморбидностью. Эта особенность немаловажна для клиницистов с учетом того, что полиморбидные больные преобладают среди пациентов, обращающихся за консультацией. Как правило, большинство из них уже получают сопутствующую терапию, поэтому выбор лекарственного препарата для коррекции ЭД бывает затруднен. Общеизвестно, что иФДЭ-5 усиливают гипотензивное действие α-адреноблокаторов, нитратов, донаторов оксида азота, поэтому пациентам, уже получающим такую терапию, не следует назначать иФДЭ-5. В этом случае можно рекомендовать качественный БАД. Предварительно необходимо обсудить с больным, что в отличие от действия иФДЭ-5 эффект проявится не сразу, но будет длительным.

– Получается, что именно эта категория мужчин с полиморбидностью может быть очень уязвимой в случаях, когда в состав БАД входят иФДЭ-5, а производитель об этом умалчивает?

– Да, помимо случаев передозировки иФДЭ-5 при приеме БАД с незадекларированным составом, это второй фактор, вызывающий большую тревогу. Решение о назначении иФДЭ-5 принимает врач, тщательно взвешивая все «за» и «против» у каждого конкретного пациента. Решение о применении БАД принимает сам пациент. Такие различия связаны лишь с тем, что в БАД должны входить вещества с очень высоким профилем безопасности, не требующие врачебного контроля. Когда под видом БАД населению продаются препараты с неизвестным качественным и количественным составом лекарственных веществ, это крайне опасная ситуация. Опасность не только в возможном развитии передозировки препаратом, но и в массе противопоказаний, которые могут быть у пациента к применению таких препаратов.

– Предпринимаются ли какие-либо шаги для того, чтобы запретить некачественные БАД?

– В апреле 2015 г. Объединение производителей БАД, Союз профессиональных фармацевтических организаций и Аптечная гильдия организовали закупку 29 БАД для проведения экспертизы и лабораторного анализа. Результаты показали, что в 25 из закупленных пищевых добавок содержались активные вещества, входящие в состав рецептурных препаратов. Так, например были обнаружены тадалафил и силденафил в составе хорошо известных БАД Тонгкат Али Платинум (POLENS (M) SDN. BHD). Дозировки выявленных веществ превышали допустимые суточные терапевтические дозы в составе лекарственных препаратов в несколько раз.

В июле Роспотребнадзор прекратил государственную регистрацию БАД Тонгкат Али Платинум и Тонгкат Али Платинум Форте на основании выявленного факта содержания тадалафила, не указанного в их составе. У производителя БАД «Polens (M) SDN. BHD» было отозвано свидетельство о государственной регистрации. Интересно, что инцидент получил продолжение, и чуть позже официальный импортер попытался оспорить приказ Роспотребнадзора, подав иск в Арбитражный суд с требованием восстановить государственную регистрацию, а отзыв свидетельства о государственной регистрации признать недействительным и незаконным. В начале этого года решением Арбитражного суда импортеру Тонгкат Али Платинум в удовлетворении требований было отказано. В конце 2015 г. в РФ был принят ряд законодательных актов, предусматривающих уголовную ответственность за обращение фальсифицированных БАД.

– Существуют ли меры для того, чтобы защитить потребителей БАД?

– Во-первых, такие меры должны осуществляться на государственном уровне: необходим регулярный контроль соответствия заявленного качественного и количественного состава БАД. Надо отметить, что после описанных событий Роспотребнадзор разработал методику определения тадалафила, варденафила и силденафила в БАД с целью контроля недекларированных лекарственных препаратов на рынке. Ранее такая методика не использовалась. Поэтому у нас есть все основания ожидать снижения шквала пациентов, принимающих БАД с симптомами передозировки иФДЭ-5.

Во-вторых, мера ответственности лежит и на врачебном сообществе. Понятно, что пациент, принимающий БАД, чаще всего начинает его применение до- и зачастую вместо консультации с врачом. Тем не менее врач может и должен обсуждать с пациентом целесообразность применения БАД в каждом конкретном случае с подробной оценкой преимуществ и недостатков такой терапии. При этом необходимо понимать, что среди огромного количества БАД выбор должен осуществляться в пользу тех пищевых добавок, по которым есть качественная медицинская информация, позволяющая специалисту быть уверенным в том, что рекомендованное средство будет не только эффективно, но и безопасно.

В заключение хочу отметить, что для врачей и их пациентов крайне важно осознавать, что купленный в аптеке БАД или лекарственный препарат соответствуют характеристикам, заявленным производителем при их государственной регистрации. Поэтому наметившаяся в последнее время положительная тенденция по контролю качества аптечной продукции, проводимая Роспотребнадзором и рядом независимых лабораторий, должна вызывать одобрение и поддержку со стороны врачебного сообщества и граждан страны. Однако эта работа должна быть постоянной и наступательной. Только тогда, зная это, никто, кто задействован в фармацевтическом бизнесе, не позволит себе такого его ведения, которое позволяет получать дополнительную неправедную, а, вернее, преступную прибыль. Этому же способствуют недавние законодательные акты по обороту БАД в нашей стране, которые также имеют цель не допустить появление в аптечной сети их некачественных и фальсифицированных образцов.

Беседовала Екатерина Куликова

«...»

Когда под видом БАД населению продают препараты с неизвестным качественным и количественным составом лекарственных веществ, это крайне опасная ситуация

«...»

Среди огромного количества БАД выбор должен осуществляться в пользу тех пищевых добавок, по которым есть качественная медицинская информация

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

ОФИЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Роль метаболитов эстрогенов в этиопатогенезе рака предстательной железы

Несмотря на успехи, достигнутые в диагностике и лечении рака предстательной железы (РПЖ), все еще остаются многочисленные неразрешенные вопросы, касающиеся этиологии и патогенеза этого заболевания. Актуальность этой проблемы неуклонно растет параллельно с прогрессивным увеличением числа мужчин, страдающих РПЖ, на фоне увеличения продолжительности жизни. Нет четкого понимания взаимодействия половых гормонов между собой и их воздействия на те или иные рецепторы в предстательной железе, т.е. системных эндокринных и локальных паракринных эффектов, что и является основной проблемой в патогенезе РПЖ и нахождения эффективных методов его лечения.

А.А. КАМАЛОВ [1], З.Ш. ПАВЛОВА [1], А.В. ГОСТРЫЙ [2], Д.А. ОХОБОТОВ [1], Р.П. ВАСИЛЕВСКИЙ [3]

[1] Кафедра урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва

[2] Институт превентивной медицины, Москва

[3] ГБУЗ ГП №134 ДЗМ, Москва

Не секрет, что подавляющее большинство исследователей и практикующих врачей до сих пор считают основными виновниками развития РПЖ исключительно базовые андрогены – тестостерон и дигидротестостерон. Более того, одним из основных методов лечения на сегодняшний день является антиандрогенная терапия, эффективность которой не всегда оправдывает ожидания врача и пациента, не говоря уже о серьезном ухудшении качества жизни больных!

Так же, как и все гормоны, эстрогены имеют системное и локальное воздействие на мужской организм. Именно метаболитам эстрогенов все больше исследователей отводят ключевую роль в реализации механизмов развития онкогенных процессов в предстательной железе (ПЖ).

Изначально в мужском организме из андрогенов под воздействием фермента ароматазы вырабатываются эстрогены, преимущественно в жировой ткани, и в т.ч. в стромальной части ПЖ. Затем, попадая в кровоток, эстрогены связываются с глобулином, связывающим половые стероиды. Эта часть общего пула эстрогенов становится их стратегическим запасом. Только небольшая часть эстрогенов остается в свободном, несвязанном состоянии, составляя их биологически активный компонент.

Эстрогены отличаются от андрогенов еще и тем, что на сегодняшний день известен не один, а как минимум два вида эстрогеновых рецепторов – Eα и Eβ, с разнонаправленным действием. Так, стимуляция Eα-рецепторов способствует развитию воспаления и неопластических процессов в ПЖ, тогда как стимуляция Eβ-рецепторов оказывает прямо противоположное онкопротекторное действие. Эстрогены, как и все стероидные гормоны, являются липофильными соединениями, поэтому могут элиминироваться из организма только после перевода их в водорастворимую форму при участии ряда ферментов I и II фаз детоксикации в печени.

В I фазе этого процесса жирорастворимые эстрогены (эстрадиол и эстрон) под действием ферментов группы цитохрома P450 подвергаются трансформации с образованием промежуточных водорастворимых продуктов. В зависимости от того, какой из цитохромов P450 – 1A2, 3A4 или 1B1 будет воздействовать на субстрат, будут соответственно образовываться различные производные – 2(OH)E1/2, 16(OH)E1/E2 или 4(OH)E1/E2 гидроксиэстрогены (*рис. 1*).

При этом интерес в плане метаболических эффектов эстрогенов представляет как соотношение между ними, так и соотношение между их гидроксилированными метаболитами 2(OH)E1/2 и 4(OH)E1/E2, а также и последующими третичными метоксилированными производными – 2(Me)E1/2 и 4(Me)E1/E2.

Это обусловлено тем, что указанные метаболиты эстрогенов существенно различаются своими метаболическими эффектами. В очень упрощенном виде можно сказать, что 2-гидроксилированные и 2-метоксилированные производные обладают значительным онкопротекторным действием, в то время как 4- и 16-гидроксилированные производные, напротив, имеют выраженные митогенный и мутагенный потенциалы и являются серьезными канцерогенами.

На практике наиболее ценным оказывается определение соотношения между 2- и 16-гидроксиэстрогенами, поскольку оно является более чувствительным маркером канцерогенеза. 2-гидроксиэстрогены обладают невысоким (около 50% активности эстрадиола) уровнем пролиферативного влияния на клетки эндометрия, молочной железы и ПЖ (*рис. 2*).

Под воздействием цитохрома 3A4 образуется 16-гидроксиэстрадиол (эстриол) обладающий низкой метаболической активностью, и значительно более активный 16-гидроксиэстрон, пролиферативная активность которого в 8 раз превышает активность эстрадиола!

Однако важно учитывать то, что несмотря на низкую метаболическую активность, эстриол может окисляться в организме до 16-гидроксиэстрона. Высокая скорость локального образования этого метаболита в тканях вызывает состояние нефизиологичной гиперэстрогении, несмотря на нормальную концентрацию эстрадиола в крови. Доминирование 16-гидроксиэстрона над 2-гидроксиэстрогенами, ввиду более высокого стимулирующего воздействия первого, значительно повышает риск развития рака в гормонально чувствительных тканях.

4-гидроксиэстрогены, несмотря на их относительно низкую эстрогенную активность (около 80% активности эстрадиола), могут повреждать ДНК, вызывая необратимые мутации. По этой причине эти метаболиты в наибольшей степени повинны в развитии доброкачественных и злокачественных новообразований. Это подтверждают исследования биоптатов молочной железы, выполненные вне зоны поражения у женщин с раком молочной железы. Было установлено, что концентрация 4-гидроксиэстрогенов у таких пациенток в 3 раза превышает концентрацию этого метаболита в ткани молочной железы в контрольной группе. Авторы работ предполагают, что 4-гидроксиэстрогены инициируют процессы неопластической трансформации ткани молочной железы и могут быть предвестниками развития рака молочной железы. Общеизвестно, что железистый эпителий ПЖ у мужчин и молочной у женщин очень сходны как минимум в гистохимическом аспекте и многие звенья канцерогенеза для этих органов идентичны. Вместе с тем, несмотря на очевидные основания предполагать аналогичную патогенетическую составляющую и для РПЖ, работ, посвященных данному вопросу, до недавнего времени было парадоксально мало!

На фоне многочисленных работ, посвященных негативной роли метаболитов эстрогенов и разнонаправленного действия их рецепторов, появились исследования, посвященные возможности тотальной блокады эстрогенов при использовании препаратов первого – второго классов (аминоглутетимида) и более поздние работы с использованием препаратов третьего классов (анастрозола и летрозола). Результаты большинства таких работ либо противоречивы, либо неубедительны. Это, возможно, связано с тем, что блокада ароматазы делает одинаково бездейственными как Eα-, так Eβ-рецепторы, что априори исключает возможный положительный эффект активации Eβ-рецептора. А вот в качестве профилактики гипертрофии и гиперплазии на ранних этапах относительного или абсолютного повышения метаболитов эстрогенов до развития органических нарушений, использование таких препаратов может быть вполне оправданным.

Известно, что только Eα-рецепторы расположены у базальной мембраны, т.е. там, где расположены стволовые клетки (рис. 3), стимуляция роста которых даст ожидаемый эффект – гиперплазию со всеми вытекающими последствиями.

Исследования последних лет продемонстрировали расположение и соотношение Eα- и Eβ-рецепторов эстрогенов в разных органах и тканях. Эти данные могут иметь прогностическое значение при оценке дина-

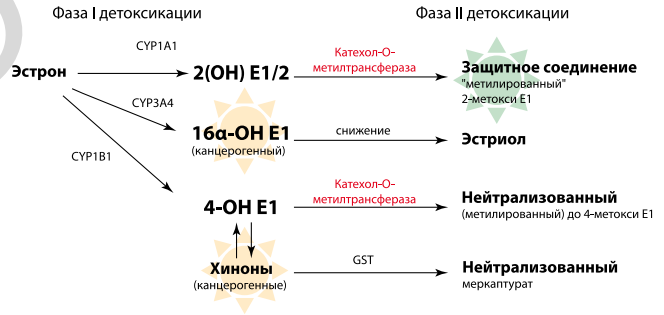


Рис. 1. Биотрансформация эстрогенов (James C. Roberts MD FACC ABAARM, 2012)

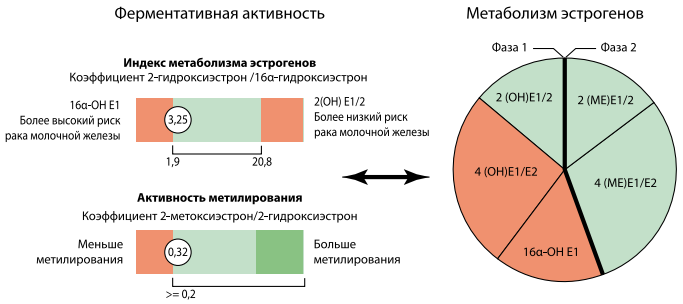


Рис. 2. Оценка метаболитов эстрогенов в моче

ООО "ЕВИКОНИКА МЕДИА"

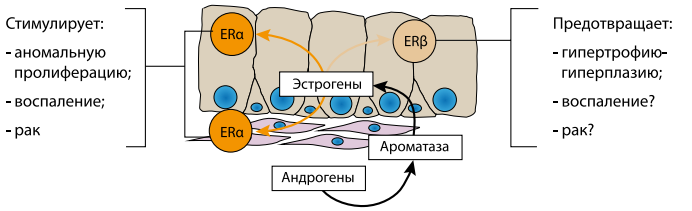


Рис. 3. Типы эстрогеновых рецепторов и их функциональная роль в предстательной железе (Risbridger G.P. et al. (2007)

мики онкологического процесса в том или ином органе. Кроме того, не менее важно учитывать эту информацию в аспекте профилактики онкологических заболеваний.

Что способствует нарушению баланса метаболизма эстрогенов в организме человека? Существует довольно большое количество эпигенетических факторов, которые, влияя на экспрессию генов, кодирующих синтез цитохромов, могут обусловливать изменение соотношения 2-OH-E/16-OH-E. Это: ожирение, гипотиреоз, аутоиммунные заболевания, диета с избыточным содержанием животного жира, омега-6 полиненасыщенных жирных кислот и/или низким содержанием клетчатки и растительной пищи, инсулинорезистентность, заболевания желудочно-кишечного тракта, алкоголь, циметидин, пестициды и другие токсины, гиподинамия. Физическая активность способствует благоприятному метаболическому развитию, т.е. стимулирует 2-гидроксилирование и детоксикацию эстрогенов.

Далее, во II фазе детоксикации как физиологичные 2-гидроксиэстрогены, так и канцерогенные 4-гидроксиэстрогены могут пойти по двум направлениям. При высоком уровне оксидативного стресса (курение, чрезмерные физические нагрузки, хронический стресс, интоксикации и т.д.), гидроксиэстрогены метаболизируются по опасному пути: из них формируются агрессивные семиквиноны, которые в свою очередьпреобразуются в 2,3- и 3,4-квиноны. Квиноны представляют собой высокореакционные молекулы, способные ковалентно связываться с ДНК, нарушая ее структуру. Благоприятный путь с образованием из обоих типов гидроксиэстрогенов абсолютно безобидных метоксиэстрогенов возможен только тогда, когда отсутствует оксидативный стресс и при этом нормально осуществляются процессы метилирования.

Метилирование – одна из наиболее распространенных, универсальных и важных биохимических реакций в организме, в результате которой к какому-либо субстрату (в нашем случае к эстрогенам) с помощью фермента катехол-О-метил-трансферазы присоединяется метильная группа (CH3). Для полноценного метилирования обязательно наличие в организме в достаточном количестве доноров метильных группировок и кофакторов этой реакции: S-аденозил-метионина, витаминов B_6, B_{12}, фолиевой кислоты, бетаина (триметилглицина). Ключевую роль при этом играет фолиевая кислота. Однако важно учитывать, что у 25% представителей европеоидной расы имеется полиморфизм гена фермента метил-тетрагидрофолат редуктазы, переводящего фолиевую кислоту в ее метаболически активную форму – 5-метил-тетрагидрофолат. При наличии такой мутации даже при адекватном потреблении фолиевой кислоты и других упомянутых выше нутриентов процессы метилирования будут неизбежно страдать. На сегодняшний день такие дефекты выявляются посредством генетических анализов в сочетании с определением уровня гомоцистеина, фолатов в крови и некоторых других нерутинных анализов.

Затем, также в рамках II фазы детоксикации эстрогенов, метаболиты 2- и 4-гидроксиэстрогенов связываются с сульфатами, глутатионом или глюкуроновой кислотой в печени и выводятся с желчью из организма. Нарушение этих процессов также представляет опасность, поскольку увеличивает риск онкологических заболеваний репродуктивной сферы.

Так, снижение в ткани эндометрия активности сульфотрансферазы, фермента, переносящего неорганические сульфаты к детоксицируемым соединениям, значительно увеличивает риск злокачественных новообразований. То же самое происходит и при повышении активности сульфатазы – фермента, который отщепляет сульфаты от детоксицированных эстрогенов. В обоих случаях увеличение онкологических рисков связано с повышением тканевой концентрации свободных эстрогенов. Аналогичным образом нарушение процесса глюкуронизации в ткани молочной железы играет ключевую роль в канцерогенезе в этом органе, как, впрочем, и в ткани ПЖ.

После того как эстрогены связались с сульфатами или глюкуроновой кислотой, они выводятся с желчью через кишечник. Однако даже если эстрогены прошли все описанные стадии детоксикации гладко и по безопасному пути, их метаболическое «путешествие» на этом не заканчивается. Если у пациента имеется дисбиоз и (или) он потребляет недостаточное количество клетчатки (пищевых волокон), то кишечная флора образует в повышенных количествах фермент β-глюкуронидазу, которая отщепляет глюкуроновую кислоту от детоксицированных эстрогенов. Эстрогены, оставшись без глюкуроновой кислоты, получают возможность свободно всасываться в кишечнике и включаться в метаболизм, тем самым увеличивая общий пул эстрогенов в организме человека (энтерогепатическая рециркуляция). Что касается 16-гидроксиэстрогенов, то они не подвергаются дальнейшим метаболическим превращениям во II фазе детоксикации и непосредственно включаются в общий пул активных эстрогенов. По этой причине очень важно вообще не допустить их формирования на I этапе детоксикации путем модуляции активности цитохромов.

С практической точки зрения важно, что на сегодняшний день определение данных метаболитов стало доступным практическому здравоохранению, в т.ч. и в нашей стране, в частности посредством анализа мочи. Благодаря этому появилась возможность более глубокого изучения патогенетических механизмов РПЖ, целенаправленного управления метаболизмом эстрогенов посредством различных диетических, нутрициологических и фармакологических методов, что в совокупности позволит разработать новые перспективные методы профилактики и лечения РПЖ.

Нельзя обойти вниманием еще один важный аспект патогенеза РПЖ – это хроническое воспаление жировой ткани. Именно оно, по результатам многочисленных исследований, лежит в основе развития таких заболеваний, как сахарный диабет 2 типа, атеросклероз, злокачественные новообразования. Жировая ткань перестала восприниматься как избыточная энергетическая субстанция, не оказывающая влияния на протекающие в организме процессы. Это метаболически активная ткань, способная синтезировать более тридцати гормоноподобных субстанций, которые получили общее название – адипокины и которые имеют системное воздействие. Кроме того, воспаление всегда сопровождается окислительным стрессом, который в свою очередь стимулирует экспрессию ряда медиаторов воспаления: интерлейкин-1, интерлейкин -6, фактор некроза опухоли α, а те поддерживают реакцию воспаления. Таким образом, формируется самоподдерживающийся порочный круг. Все это негативным образом сказывается на метаболизме стероидных гормонов, которые играют ведущую роль в развитии РПЖ.

Таким образом, накопленные к настоящему времени знания не оставляют сомнений в значительной роли метаболитов эстрогенов в патогенезе РПЖ. В то же время имеется достаточно много работ с противоречивыми или отрицательными результатами, что делает не только обоснованным, но и актуальным дальнейшие исследования в данном направлении.

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ И ДРУЗЬЯ, ДАМЫ И ГОСПОДА!

Российское общество по эндоурологии и новым технологиям и Российское общество урологов (РОУ) приглашает вас принять участие в **5-м Российском Конгрессе по Эндоурологии и Новым Технологиям**, который состоится в Ростове-на-Дону в Конгресс-холле «Вертол Экспо» **8–10 сентября 2016 г.**

Основные тематики Конгресса:

- достижения и перспективы эндоурологии
- современные методы визуализации в урологии
- рентгеноинтервенционная урология
- минимально-инвазивная и эндоскопическая урология и онкоурология
- робототехника, абляционная терапия, лапароскопия в урологии и другие вопросы.

Планируется трансляция эндоурологических, лапароскопических и роботических операций в реальном времени, проведение мастер-классов по обучению технике операций на тренажерах, лекционные курсы, а также проведение выставки и сателлитных симпозиумов компаний-спонсоров.

В работе Конгресса примут участие ведущие урологи и специалисты смежных специальностей России, стран СНГ, Европы и Америки.

В рамках Конгресса планируются двухчасовые **видеосессии** по темам: «Урологическая лапароскопия и ретроперитонеоскопия», «Эндоурология и новые технологии». Видеосессии будут проходить в виде докладов по 10 минут (формат видеосессий: 7 минут – доклад, 3 минуты – вопросы).

Ниже представлены возможные требования к форматам видео:

1) длительность видео до 7 минут (может быть представлена презентация с включением в нее видео);
2) видео может сопровождаться звуковым пояснением на русском языке по ходу операции;
3) принимаются форматы Windows Media Video (WMV), Audio Video Interleave (AVI), MPEG (MPG, MPEG, MP4), NTSC;
4) разрешение видео для формата 4:3 должно составлять не менее 512×384, для формата 16:9 – не менее 512×288;
5) название видео должно отображать представленный в видео материал;
6) видео можно будет загрузить на сайте или самостоятельно через файлообменник www.dropmefiles.com с указанием адресата в разделе «КОМУ» (martovalex@mail.ru) в разделе «ОТ КОГО» с указанием названия Ф.И.О. докладчика;
7) видео можно привезти с собой на Конгресс с учетом соблюдения всех указанных требований.

Планируется публикация сборника материалов.

Обращаем ваше внимание на то, что прием тезисов осуществляется до 01.07.2016 по e-mail: dergakov@mail.ru, hammerwise@gmail.com.

Правила оформления: в тезисах должны быть обозначены заглавие, авторы, город, введение, материалы и методы, результаты и выводы, шрифт Times New Roman, одинарный интервал, размер шрифта – 12, объем – одна страница формата – А 4, язык — русский, английский. Число тезисов не ограничено.

Взнос участника при регистрации до 1 июля – 3500 руб., до 1 сентября – 5000 руб., на месте – 6000 руб.

Проживание возможно в комфортабельных отелях европейского класса Ростова-на-Дону. Планируется проведение гала-банкета.

На сайте Российского общества по Эндоурологии и Новым Технологиям (www. endourorus.org) будет возможна *on-line* регистрация и предоставлена дополнительная информация для участников Конгресса по научной программе, трансферу , размещению и обзорной экскурсии.

Место проведения:
г. Ростов-на-Дону, «Вертол Экспо», пр. М. Нагибина, 30.

«Вертол Экспо» объединяет в одном здании выставочный павильон, конгрессный центр, бизнес-центр, банкет-холл и бизнес-отель.

Более подробная информация о Конгрессе будет доступна на сайте www.endourorus.org.

Координаты оргкомитета: 8 (499) 432-96-22, (926) 626-16-71
Диана Владимировна – координатор проекта.
Информационная поддержка:
Официальный сайт: www. endourorus.org.
Газета «Московский уролог».

ООО "БИОНИКА МЕДИА"

Урология Алтайского края: вчера, сегодня, завтра

А.И. НЕЙМАРК,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и нефрологии Алтайского государственного медицинского университета, Барнаул

До 1947 г. урология в Алтайском крае не была выделена в самостоятельную дисциплину. Больных урологическими заболеваниями лечили врачи-хирурги и земские врачи (в советское время участковые врачи широкого профиля). В протоколах Омского медицинского общества от 19.08.1892 (№ 9, с. 97–102) есть сообщение врача А. Недзвецкого, работавшего в горном госпитале Барнаула, о выполненных им трех операциях на мочевом пузыре. Он писал: «Сообщение это считаю тем более уместным, что представившиеся мне случаи не лишены некоторых особенностей, кроме того, оно может иметь значение еще и потому, что идет не из университетского центра, не из богато обставленной больницы и не от специалиста хирурга, а от обыкновенного врача, работающего при доступной всякому обстановке и вынужденного это сделать первый раз в жизни и, вероятно, первый раз в этом городе со времени его существования». Других сведений о развитии урологии на Алтае мы не имеем, кроме периода Великой отечественной войны 1941–1945 гг., когда в Барнауле находился в эвакуации Сталинградский медицинский институт.

Начало самостоятельной специальности урологии на Алтае мы ведем с 1947 г., когда в сентябре в край приехала В.М. Борисова. У нее к этому времени был большой опыт работы в эвакогоспиталях Омска, в т.ч. в его урологическом отделении под руководством Е. Д. Либготта. В.М. Борисова начала работать в Городской больнице №1, где ею были сделаны первые урологические операции, и там же в 1948 г. были открыты 7 специализированных урологических коек. К 1950 г. их число возросло до 15, а в 1957 г. открыто первое в городе урологическое отделение, которым заведовала В.М. Борисова. В 1971 г. открылось урологическое отделение в медсанчасти Барнаульского шинного завода (БШЗ) на 60 коек. В 1978 г. было открыто еще одно урологическое отделение в медсанчасти Алтайского моторного завода на 80 коек, а урологическое отделение в медсанчасти БШЗ было перепрофилировано в отделение фтизиоурологии. В апреле 1988 г. в больнице №8 Барнаула открыто второе урологическое отделение городского подчинения, создание которого позволило наладить квалифицированное оказание неотложной урологической помощи в городе.

Одновременно с совершенствованием оказания специализированной урологической помощи в Барнауле развивалась и урология всего Алтайского края. Так, урологическое отделение в Алтайской краевой клинической больнице (АККБ) было открыто в 1950 г., а в 1957 г. было также открыто урологическое отделение в железнодорожной больнице, которое стало первой клинической базой для преподавания урологии.

Одновременно шло открытие урологических отделений в других городах Алтайского края. Они появились в Бийске и Рубцовске, позже – в Камень-на-Оби, Заринске, затем в Славгороде и Белокурихе. В результате была создана сеть межрайонных урологических отделений. В настоящее время в Бийске функционирует урологическое отделение на 55 коек. В отделении активно внедряются современные эндоскопические методы лечения. В Рубцовске отделение урологии на 40 коек также работает успешно и в нем внедряются новые современные технологии в лечении урологических больных.

Важной структурой в урологической службе Алтайского края является Краевой диагностический центр. Созданное там урологическое отделение успешно занимается как вопросами диагностики заболеваний органов мочеполовой системы, так и их лечением. В частности, в Центре при лечении больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) в амбулаторном режиме выполняется термотерапия, так же как и дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) при лечении больных мочекаменной болезнью (МКБ). Также амбулаторно выполняются фиброцистоскопия с прицельной биопсией, биопсия простаты под УЗИ-наведением и еще ряд современных методик диагностики урологических заболеваний.

Современная урологическая служба в Алтайском крае, на мой взгляд, удачно сформирована и оптимально сбалансирована. В настоящее время в крае развернуто 520 урологических коек в 15 лечебных учреждениях, в которых за 2014 г. пролечены 17 569 урологических больных и выполнено 9811 операций. Хирургическая активность составила 56,6%.

В Алтайском крае работают 88 врачей-урологов, из них с высшей категорией – 31, первой – 20, второй – 15. Все имеют сертификат врача-уролога. Среди них 22 кандидата медицинских наук, а 7 имеют степень доктора медицинских наук. Помимо отделений в городах края, где лечатся урологические больные, о которых сказано выше, наиболее существенная роль в данной работе принадлежит, прежде всего, урологическому отделению АККБ, которое оказывает плановую и экстренную помощь жителям Алтайского края. В урологическом отделении АККБ внедрен ряд современных диагностических и лечебных технологий, в т.ч. выполняются операции из лапароскопических доступов.

Успешно функционирует урологическое отделение в Госпитале ветеранов войн. Это отделение оказывает урологическую помощь больным преклонного возраста, в лечении которых имеются свои особенности и трудности. Однако коллектив урологического отделения этого госпиталя с ними успешно справляется.

В настоящее время в городе успешно функционируют два городских урологических

В.М. Борисова

отделения в ГБ №8 и №11. Урологическое отделение ГБ №11 оказывает экстренную и плановую помощь жителям города и является клинической базой кафедры урологии Алтайского государственного медицинского университета, а также основной учебной и научной базой для обучения студентов, клинических ординаторов и аспирантов. При этом отделении организован Краевой андрологический центр. В этом же отделении впервые в крае и Сибирском регионе стали выполнять ДУВЛ, где накоплен большой клинический опыт по ее использованию. Широко применяются и современные эндоскопические методы диагностики и лечения.

Отделение в ГБ №8 – второе городское отделение, оказывающее экстренную и плановую помощь жителям Барнаула. Врачи отделения выполняют большой объем лечебной помощи урологическим больным. Здесь также успешно внедряются современные эндоскопические методы диагностики и лечения.

Урологическое отделение в Железнодорожной больнице является старейшим в городе. Оно открыто 50 лет назад и также является клинической базой кафедры урологии Алтайского государ-

Коллектив студенческого кружка

ООО "ЕВРОПЕЙСКАЯ МЕДИЦИНА"

ственного медицинского университета. В последние годы отделение находится на передовых позициях по лечению урологических больных в Алтайском крае. Именно в этом отделении впервые стали применять трансуретральную резекцию простаты (ТУР) при лечении ДГПЖ и контактную уретеролитотрипсию, перкутанную нефролитолапаксию, микроволновую (HiFu) терапию рака простаты, слинговые операции при лечении стрессового недержания мочи, разработаны методики по эмболизации сосудов простаты при лечении ДГПЖ и рака простаты, оригинальные эндоскопические методы лечения ДГПЖ крупных размеров. На базе этого отделения успешно выполняются научные исследования. Оно является основной базой для аспирантов. Кроме того, в Барнауле функционируют два специализированных отделения краевого подчинения, в ГБ №12 – отделение внелегочного туберкулеза и отделение онкоурологии в Краевом онкоцентре.

Много лет успешно работает краевое научное общество урологов, созданное В.М. Борисовой. Рассматриваются актуальные вопросы урологии, к заседаниям привлекаются авторитетные специалисты урологи из крупных урологических центров России и из-за рубежа. Кроме того, Алтайское общество урологов участвует в организации Межрегиональных конференций урологов Западной Сибири, которые с 2002 г. ежегодно проводятся в различных городах Сибири: Томске, Новосибирске, Кемерово, Барнауле, Омске, Красноярске, Новокузнецке. С 2012 г. эти конференции переросли в конгрессы урологов Сибири. Таким образом, до моего назначения главным урологом Сибирского федерального округа (2013) в Сибири уже проводились мероприятия, направленные на объединение сибирских урологов. Эти конференции являются хорошей школой для молодых урологов. Они позволяют выступать перед коллегами, докладывать и обсуждать результаты своей практической работы и научных исследований, учиться общению с аудиторией. С 2015 г. в рамках Сибирских урологических конгрессов начато проведение студенческих олимпиад по урологии.

В 1954 г. в Барнауле был открыт Алтайский государственный медицинский институт и его лечебный факультет. В 1957 г. Б.М. Борисова, пройдя по конкурсу ассистентом на кафедру факультетской хирургии, начала преподавать урологию студентам. Основное научное направление тех лет – эндемичное для Алтайского края заболевание, а именно, МКБ. В 1961 г. В.М. Борисова защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Диагностика и лечение мочекаменной болезни». В 1973 г. выпущена монография на эту тему. Всего она опубликовала 77 печатных работ, в основном посвященных МКБ. В 1971 г. организован самостоятельный курс урологии при Алтайском медицинском институте. Этим курсом В.М. Борисова заведовала до 1985 г., т.е. до ее ухода на пенсию. Она активно участвовала в работе Всероссийского и Всесоюзного обществ урологов. В 1967 г. в Барнауле была проведена конференция урологов Сибири и Дальнего Востока. Руководил конференцией главный уролог РСФСР, председатель Всероссийского общества урологов, профессор А.М. Гаспарян. В 1970 г. В.М. Борисова была избрана почетным членом Всесоюзного общества урологов. В 1973 г. впервые в Сибири, в Барнауле был проведен IV Пленум Всероссийского общества урологов, на котором присутствовали около 100 человек и такие видные урологи, как главный уролог РСФСР, председатель Всероссийского общества урологов, профессор Ю.А. Пытель, профессора Д.В. Кан, О.Л. Тиктинский, многие заведующие кафедрами и урологическими отделениями городов России, Грузии, Армении, Латвии.

С 1985 г. курсом урологии при Алтайском медицинском институте стал заведовать доцент А.И. Неймарк, ученик В.М. Борисовой, защитивший в 1986 г. докторскую диссертацию на тему: «Нарушения почечного кровообращения при изменениях центральной гемодинамики и их коррекция в хирургии мочекаменной болезни» во втором Московском медицинском институте им. Н.И. Пирогова (ныне Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова). По его непосредственной инициативе в 1991 г. при Алтайском медицинском институте была открыта кафедра урологии и нефрологии.

Открытие кафедры стало возможным благодаря объединению преподавания знаний, касающихся всех заболеваний почек (урологических и нефрологических), в единое целое. За этот период кафедра превратилась в методический и научный центр по урологии и долгое время являлась единственной на территории от Урала до Дальнего Востока. Главный вопрос, который удалось при этом решить, это подготовка урологических кадров для региона Сибири. На кафедре имеется ординатура, аспирантура и докторантура. Аспирантуру закончили 17 врачей, докторантуру – 4. Все защитили докторские и кандидатские диссертации. Складывается определенная система в подготовке специалистов урологов. При кафедре работает студенческое научное общество. Из его состава мы отбираем будущих клинических ординаторов. Из наиболее способных ординаторов мы затем отбираем будущих аспирантов и соискателей. Такая цельная система позволяет готовить грамотных специалистов. За годы работы кафедры выполнен целый ряд научных исследований, защищено 12 докторских и 65 кандидатских диссертаций. Опубликовано свыше 800 печатных работ, издано 35 монографий, получено 24 патента на изобретения. По итогам своей деятельности коллектив нашей кафедры в 2005 г. стал лауреатом премии им. Н.А. Лопаткина.

В последние два года наметилась конкуренция за рабочие места для врачей-урологов. В Барнауле устроиться в поликлинику по этой специальности довольно сложно.

С 1996 г. кафедра активно участвует в постдипломной подготовке врачей через систему факультета повышения квалификации и профессиональной подготовки специалистов. Переподготовка ведется по трем специальностям: «Урология», «Детская урология, андрология», «Нефрология». Наш факультет работает в основном на Алтайский край. Однако мы принимаем на учебу в институт и абитуриентов из ближайших областей. Определились основные направления научных исследований кафедры. Мы одни из первых в стране (вслед за НИИ урологии Минздрава России) стали широко применять методы эфферентной терапии в лечении урологических больных: плазмаферез, лазеротерапию, энтеросорбцию, ультрафиолетовое облучение крови, озонотерапию. По итогам работы в этом направлении получена премия Алтайского края по науке и технике за 2001 г. Кроме того, ведутся исследования и по другим аспектам урологии: МКБ, андрология, урогинекология. В последние годы успешно развивается научное направление, посвященное вопросам реабилитации урологических больных с использованием природных ресурсов Алтайского края, в частности минеральных вод, грязевых аппликаций, глинолечения. Изучаются возможности использования природных факторов курорта Белокуриха в лечении больных МКБ, пиелонефритом, простатитом. В 2005 г. врачи курорта Белокуриха и сотрудники нашей кафедры получили премию Алтайского края за разработку системы реабилитации урологических больных на курортах Алтайского края.

Коллектив кафедры

Главным урологом Алтайского края является профессор А.И. Неймарк, благодаря усилиям которого в крае удалось внедрить ряд современных технологий диагностики и лечения урологических больных. Прежде всего, это ДУВЛ. Этот метод лечения МКБ начал применяться в крае с 1990 г., когда в городской больнице №11 был установлен литотриптор «Sonolith-3000». Эта лаборатория была первой в Сибири и одной из первых за Уралом. В настоящее время в Алтайском крае функционирует 5 литотрипторов, в связи с чем этот метод лечения стал доступным для всех нуждающихся в нем больных, накопился большой опыт применения ДУВЛ при МКБ, в т.ч. в амбулаторной практике. При этом частота осложнений невелика. В настоящее время ДУВЛ дополняется контактной литотрипсией. Отмечается также неуклонная тенденция к снижению числа открытых операций при ДГПЖ. Этому способствовало внедрение современной медикаментозной терапии ДГПЖ и ТУР простаты в практику урологических отделений, использование суперселективной эмболизации артерий предстательной железы, что позволило лечить ДГПЖ объемом свыше 100 см^3. Много сделано по внедрению в диагностический процесс современной оптической аппаратуры. В крае широко применяется фиброцистоскопия и уретеропиелоскопия, уродинамические исследования. Доступна для больных компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и УЗ-исследование.

Несколько слов о состоянии оперативной нефрологии. Это направление возникло и оформилось, благодаря работе группы энтузиастов во главе с доцентом кафедры урологии и нефрологии И.Н. Шойхетом. Их усилиями был открыт Центр пересадки почки в ГБ №4, но позднее там он был закрыт и в дальнейшем открыт, но уже на базе АККБ. В АККБ в рамках Центра пересадки почки успешно функционирует отделение хронического гемодиализа, имеющее филиалы в Новоалтайске и Рубцовске. В крае планируется открыть еще несколько подобных филиалов для проведения гемодиализа. В результате, во-первых, специализированная помощь приблизится к населению края; во-вторых, станет значительно доступней. Всего выполнено свыше 250 трансплантаций почки.

Успешно работает Алтайское краевое научное общество урологов, руководимое профессором А.И. Неймарком, который является членом президиума правления Всероссийского общества урологов, членом Европейской ассоциации урологов, членом Международного общества урологов.

Таким образом, в Алтайском крае имеется четко сформированная система оказания помощи урологическим больным. Она базируется на урологических отделениях Барнаула и межрайонных отделениях городов Алтайского края. Важной нашей задачей является сохранение коечного фонда, т.к. оказание успешной специализированной помощи с учетом географии края возможно только на местах. Имеющаяся амбулаторная сеть позволяет успешно оказывать специализированную урологическую помощь. Однако эта сеть нуждается в дальнейшей реорганизации и развитии. Важным вопросом является оснащенность отделений поликлиник и амбулаторий, от которых зависит качество оказания специализированной помощи. Этот вопрос требует дальнейшего развития и является важнейшей нашей задачей на ближайшие годы.

Система подготовки кадров нуждается в реорганизации, обусловленной необходимостью привлечения в учебный процесс симуляторов и тренажеров. Будут продолжены научные исследования по основным направлениям нашей кафедры. Планируется создание новых творческих научных коллективов, как в Алтайском медицинском университете, так и за его пределами.

ООО "ЭКОНОМИКА МЕДИЦИНА"

ВОЗВРАЩЕНИЕ ЛЕГЕНДЫ

В АПТЕКАХ
С МАРТА 2016 ГОДА

Успешная комбинация!*

Витапрост® Плюс

Лечение бактериального простатита

Один суппозиторий содержит простаты экстракт 100 мг (в пересчете на водорастворимые пептиды – 20 мг), ломефлоксацина гидрохлорид – 400мг

Реклама Регистрационный номер ЛРС-002821/07

- **Два проверенных компонента**
- **Гарантированный результат****

*AA (American Airlines) — самая сильная стартовая комбинация при игре в покер

**По данным открытого сравнительного рандомизированного клинического исследования, применение препарата Витапрост® Плюс приводит к эрадикации 95—100% микроорганизмов, имеющих установленное значение в этиологии хронического бактериального простатита

STADA CIS

ООО ФОНИКА МЕДИА