стр. 3
Рынок современных услуг для лечения больных гиперплазией предстательной железы

стр. 5
Оперативное органосохраняющее лечение рака мочевого пузыря: профилактика осложнений

стр. 6
Возможности органосохраняющего лечения опухолей яичка

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

№ 3
СЕНТЯБРЬ 2016 г.

В НОМЕРЕ

ИНТЕРВЬЮ
проф. А.А. Камалов: В начале большого пути
стр. 10

ОБЗОР МЕРОПРИЯТИЯ
V Российский конгресс по эндоурологии и новым технологиям
стр. 14

ПРАКТИЧЕСКАЯ УРОЛОГИЯ
Стенты в урологии: современные тенденции и перспективы
стр. 16

ИНТЕРВЬЮ
При выборе лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы приоритеты не могут расставляться исключительно врачом
стр. 18

АКТУАЛЬНО
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы как системное гормонально-метаболическое заболевание
стр. 22

Уважаемые коллеги!

Настоящий выпуск газеты посвящен обзору наиболее интересных выступлений ведущих отечественных и иностранных экспертов в ходе важных научно-образовательных мероприятий: XII Российском конгрессе «Мужское здоровье» и V Российском конгрессе по эндоурологии и новым технологиям, прошедших в Казани и Ростове-на-Дону.

На этих мероприятиях обсуждался широкий круг вопросов, современных методов диагностики и лечения многих урологических и андрологических заболеваний, а так же современный взгляд на этиопатогенез и их развитие. Определенный интерес для читателей представляют материалы рубрик «Интервью», «Практическая урология» и «Актуально», в одной из которых обсуждается вопрос о создании и функционировании Университетских клиник.

Напоминаю, что 20–22 октября 2016 г. в Уфе будет проходить еще одно важное научно-образовательное мероприятие – XVI Конгресс Российского общества урологов, на котором будут обсуждаться наиболее актуальные проблемы нашей специальности.

Пользуясь случаем, поздравляю вас с профессиональным праздником, который отмечают 2 октября урологи во всем мире! Желаю крепкого здоровья, благополучия, неиссякаемой энергии, профессиональных успехов и удачи в нашем нелегком и благородном труде!

Главный редактор А.А. Камалов

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

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

Заместитель главного редактора
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 26 сентября 2016 г. в 10:00

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

Мужское здоровье, инсулинорезистентность и окислительный стресс

Эндокринолог, андролог, заведующая отделением эндокринологии и андрологии в московской клинике мужского и женского здоровья и долголетия семейной пары, кандидат медицинских наук Юлия Александровна Тишова предложила вниманию участников XII Российского конгресса «Мужское здоровье» в Казани доклад о влиянии на мужское здоровье инсулинорезистентности и окислительного стресса.

В начале своего доклада Ю.А. Тишова напомнила аудитории о том, что именно приводит к потере здоровья у мужчин и озвучила ключевые механизмы старения, назвав их «современной эндокринной теорией старения»: возрастное снижение уровня гормонов, инсулинорезистентность (ИР) и окислительный стресс. Также она заметила, что с определенного возраста (примерно с 30 лет) начинается снижение уровня не только половых гормонов (эстрогенов и прогестерона – у женщин и тестостерона – у мужчин), но и всех жизненно необходимых гормонов – витамина D (дефицит которого сегодня наблюдается во всем мире), мелатонина, тиреоидных гормонов, гормона роста. Параллельно потере гормонов нарастает такое состояние, как патологическая ИР.

Определение ИР как ключевому механизму старения и развития возраст-ассоциированных заболеваний еще в 1998 г. дала Американская диабетическая ассоциация. Специалисты этой организации пришли к выводу об ИР, как о нарушении биологического ответа (метаболического и молекулярно-генетического) на инсулин (экзогенный и эндогенный), а также о нарушении метаболизма углеводов, жиров и белков; изменении в синтезе ДНК, регуляции транскрипции генов, процессов дифференцировки и роста клеток и тканей организма.

Однако, как пояснила Юлия Александровна, нельзя относиться к ИР только как к негативному состоянию, поскольку она существует в каждом человеке с самого рождения. При этом стоит различать два ее варианта – физиологическую и патологическую. Для того чтобы понять, как проявляется в человеке ИР, необходимо вспомнить об основных эффектах инсулина, к которым относятся снижение уровня глюкозы в крови, стимуляция аппетита, анаболический (рост) и антикатаболический (уменьшение распада жировой ткани) эффекты. Когда данные эффекты ограничены физиологическими рамками, организм здоров. К примеру, здоровый аппетит у новорожденных, детей, подростков и беременных женщин имеет свои особенности: у них возникает острое чувство голода и они быстро наедаются. У тех же, кто не наедается быстро и у кого аппетит приходит во время еды, проявляются патологические признаки. Также при определенных состояниях (ожирение, хронические заболевания, в т.ч. онкологические, старение) ИР является патологической.

Сам по себе адипоцит является одним из основных «генераторов» ИР. Таким образом, при ожирении всегда автоматически возникает ИР. Чтобы заметить другие ее признаки, достаточно внимательно осмотреть тело пациента, в первую очередь измерить окружность его талии и обратить внимание на состояние локтей, которые, по мнению докладчика, являются уникальным диагностическим инструментом. К примеру, темноокрашенные шершавые локти, подмышечные впадины и паховые складки являются ярко выраженными проявлениями ИР. Кроме этого явными признаками ИР является наличие папиллом и *Acanthosis nigricans*, а также повышенные уровни С-пептида и глюкозы, повышение активной клеточной массы и др.

Особого внимания, по мнению Юлии Александровны, требует еще одна причина ИР – состояние окислительного стресса, когда в организме повышается уровень свободных радикалов. Практически все жители мегаполиса пребывают в состоянии окислительного стресса, причинами которого являются избыточное образование эндогенных свободных радикалов (старение организма, хронические заболевания, ожирение и др.), избыточное поступление свободных радикалов извне, дефицит антиоксидантной защиты. В свою очередь дефицит антиоксидантной защиты возникает при недостаточном поступлении или образовании и «перерасходе» основных антиоксидантов – витаминов E, C, A, селена, тиолов, мелатонина, α-липоевой (тиоктовой) кислоты.

Именно поэтому для борьбы с возрастным дефицитом гормонов, окислительным стрессом и ИР Юлия Александровна и ее коллеги создали концепцию, названную «Квартет здоровья». Эта концепция существует с 2012 г. и заключается в увеличении продолжительности и качества жизни за счет поддержания в организме нормального уровня половых гормонов, витамина D, α-липоевой кислоты, омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК).

По словам Юлии Александровны, «Квартет здоровья» является основой патогенетической терапии любого заболевания. На одном из компонентов концепции – омега-3 – докладчик остановилась более подробно, рассказав об истории его открытия, названной «эскимосской легендой». По наблюдениям ученых, у гренландских эскимосов заболеваемость инфарктом миокарда практически сведена к минимуму: всего 2 случая на 100 тыс. населения (для сравнения: в Калифорнии – 280 случаев на 100 тыс. населения, в России этот показатель еще выше), а также очень редки случаи возникновения бронхиальной астмы и практически полностью отсутствует заболеваемость сахарным диабетом 2 типа. Проведенный многофакторный анализ полученных за четверть века данных показал, что причина парадокса заключается в высоком содержании в пищевом рационе эскимосов омега-3 ПНЖК, а именно эйкозапентаеновой кислоты (ЭПК) и докозагексаеновой кислоты (ДГК). ЭПК и ДГК являются незаменимыми (эссенциальными) жирными кислотами (НЭЖК). Эти кислоты не синтезируются в организме, поэтому для поддержания здоровья они обязательно должны поступать с пищей, а их соотношение должно превышать все другие омега-кислоты.

Однако к выбору и дозировке препаратов омега-3, по мнению докладчика, стоит подходить внимательно. Во-первых, необходимо соблюдать условия содержания и количества ЭПК и ДГК в 1 капсуле. Для поддержания организма в норме здоровому человеку следует принимать суточную норму ЭПК+ДГК, которая составляет 2 г, при ожирении и сердечно-сосудистых проблемах дозу необходимо увеличить до 4 г. Вторым условием выбора препарата должно быть соотношение омега-3 и других составляющих капсулы, где необходимо преобладание омега-3 ПНЖК. Одним из оптимальных вариантов по содержанию, цене и качеству, по мнению Юлии Александровны, является препарат, содержащий три омега-3: омега-3 ПНЖК из 1400 мг рыбьего жира, ЭПК – 504 мг, ДГК – 378 мг.

Подводя итоги своего доклада, Юлия Александровна резюмировала: сохранение здоровья и поддержание надлежащего качества продолжительности жизни у мужчин невозможно без коррекции возрастного дефицита гормонов и витамина D, коррекции ИР, борьбы с окислительным стрессом. Поэтому в качестве основы грамотной и успешной терапии любого заболевания она предлагает выбирать концепцию «Квартет здоровья», которая часто может переходить в «Квинтет здоровья», включающий в себя применение тиоктовой кислоты, омега-3, метформина, витамина D и половых гормонов.

Материал подготовила Людмила Боева

Рынок современных услуг для лечения больных гиперплазией предстательной железы

Выступая на XII Российском конгрессе «Мужское здоровье» в Казани, доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова в Санкт-Петербурге Евгений Семенович Шпиленя проанализировал современный рынок медицинских услуг в отношении лечения больных гиперплазией предстательной железы.

Что предлагает российскому пациенту современная урология

Чтобы представить аудитории масштаб рынка, Евгений Семенович привел цифру расходов Федерального бюджета на здравоохранение в 2016 г. Она составила немалую сумму – 476 млрд. руб., хотя по сравнению с аналогичными расходами при расчете на 1 человека в США, в России эта сумма оказалась в 54 раза меньше. Сегодня заболевания предстательной железы (ПЖ) в категории лиц старше 50 лет занимают почти 50%, а это значит, что огромная часть финансовых затрат уходит именно в эту область.

Что же сегодня за эти финансовые средства может предложить пациентам российская урология? Докладчик начал ответ на этот вопрос с обзора консервативной терапии симптомов нарушения функции нижних мочевых путей/доброкачественной гиперплазии предстательной железы (СНМП/ДГПЖ). По современным рекомендациям Европейской ассоциации урологов (ЕАУ) 2016 г., лечебная тактика включает наблюдение и медикаментозную терапию, в которую входят α1-адреноблокаторы (АБ), ингибиторы 5-α-редуктазы (5-АРИ), антагонисты мускариновых рецепторов. Комбинированная терапия включает АБ и 5-АРИ, либо АБ и антагонисты мускариновых рецепторов, а также ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа (ФДЭ-5) и β-3-агонисты. Если говорить о ценовых преимуществах, то лучшая цена – при самостоятельном лечении пациента. Врач переводит его под активное наблюдение и объясняет, как нужно изменить свой образ жизни: отказаться от кофеина (кофе) и алкоголя, использовать приемы расслабленного и двойного мочеиспускания, делать массаж уретры и сжатие полового члена, применять техники отвлечения внимания и повторную тренировку мочевого пузыря, анализировать принимаемые лекарственные средства (ЛС) и лечить запоры. Такие действия могут принести успех в течение 3–12 месяцев. У 85% мужчин симптоматика будет стабильной в течение одного года с прогрессивным снижением пропорции больных до 65%. Однако, скорее всего, по словам Евгения Семеновича, 36% таких пациентов через 5 лет будут подвергнуты оперативному лечению.

Можно использовать для лечения больных ДГПЖ различные фитопрепараты, цена которых колеблется от 200 до 1000 руб. в месяц, а минимальный курс лечения обойдется в 3000 руб. Если говорить о гипотетических механизмах воздействия фитопрепаратов на ДГПЖ, то это ингибирование синтеза простагладинов в ПЖ; сокращение в печени продукции глобулина, связывающего половой гормон (SHBG – Sex Hormone Binding Globulin); цитотоксическое влияние на клетки простаты; блокирующее действие на андрогеновые рецепторы; ингибирование пролиферации простатического эпителия, индуцированного факторами роста; блокада 5-α-редуктазы. Среди лекарственных растений медицинским сообществом признаны следующие: тыквенные семечки, южноафриканская звездная трава, кора африканской сливы, ржаная пыльца, вееролистная пальма.

Однако большинство пациентов заинтересованы в приеме новых современных ЛС. В первую очередь это связано с их обеспокоенностью возможностью развития острой задержки мочеиспускаяния (ОЗМ) и операцией. Однако, по мнению Евгения Семеновича, современный рынок медикаментов не предлагает для лечения больных ДГПЖ ничего нового. АБ, 5-АРИ и ингибиторы ФДЭ-5 – именно эту «боевую тройку» современные врачи должны распределять по цене, качеству и целесообразности использования. При этом монотерапия АБ является самой распространенной медикаментозной терапией больных ДГПЖ в мире.

Какой из α-адреноблокаторов лучше?

В список современных АБ входят празозин, альфузозин, доксазозин, теразозин, тамсулозин, силодозин. Эффективность их действия не зависит от возраста пациентов, принимающих данные препараты. При их применении происходит уменьшение суммарного балла по шкале IPSS (International Prostate Symptom Score) на 35–40%, увеличивается максимальная скорость мочеиспускания (Q_{max}) на 20–25%, уменьшается количество остаточной мочи на 50% независимо от объема простаты. Побочные эффекты наблюдаются у 10–16% пациентов.

Если говорить о выборе, то все АБ имеют сходную клиническую эффективность при использовании в адекватных дозах (EAU Guidelines, 2016). Однако если сравнить их безопасность внутри группы, то они отличаются по проявлению побочных эффектов. При исследовании побочных реакций АБ альфузозин вызвал эректильную дисфункцию в 3 случаях, доксазозин – в 4 случаях, тамсулозин – в 4 случаях, теразозин – в 5 случаях. Силодозин в 28 случаях привел к эякуляторной дисфункции, тамсулозин – в 10 случаях, теразозин – в 1 случае. Артериальная гипертензия у больных ДГПЖ наблюдалась в 30–40% случаев. Кардиоваскулярные эффекты неселективных АБ подлежат критической переоценке в связи с неблагоприятным влиянием на прогноз сердечно-сосудистых заболеваний. В первые дни приема АБ общая длительность ишемии миокарда увеличивается в 2–3 раза, в 4 раза увеличивается общая площадь ишемии миокарда и в 2 раза – число эпизодов ишемии.

«Русская тройка» α1-адреноблокаторов

Говоря о профилях селективности АБ, докладчик провел следующие цифры: силодозин – селективность рецепторов 162:1, тамсулозин – 10:1, альфузозин – 1:1. По его словам, результаты основаны на данных исследований в условиях *in vitro*, где первым условием была безопасность (кардиоваскулярная система), вторым – минимализация побочных эффектов. Независимые исследования, в которых оценивали предпочтения пациентов и безопасность препаратов, показали, что тамсулозин предпочли 71% пациентов, силодозин – 21%. Выбор был основан на том, что тамсулозин способствовал более быстрому устранению расстройств мочеиспускания и существенному улучшению качества жизни пациентов. Оценивая частоту встречаемости побочных эффектов со стороны половой функции при приеме АБ, было показано, что она варьируется от 1 до 28%. Нарушения эрекции происходят в 3% случаев при применении альфузозина, в 4% – при применении тамсулозина, не наблюдаются при применении силодозина. Нарушений эякуляции при применении альфузозина не наблюдается, тамсулозина – в 10% случаев, силодозина – в 28% случаев. Отсюда очевидный вывод: альфузозин предпочтителен для применения у более молодых пациентов, для которых важно сохранение эякуляции. А силодозин предпочтителен для пациентов с кардиоваскулярными заболеваниями и при приеме вазоактивных препаратов.

Комбинированная терапия остается актуальной

Однако медицинские потребности пациентов с ДГПЖ остаются неудовлетворенными при лечении только АБ. Согласно исследованию TROPHEE (n=1098), АБ не снижают суммарной распространенности ОЗМ и инвазивной терапии по сравнению с плацебо. По этой причине мужчинам с СНМП средней и тяжелой степеней выраженности, увеличенной простатой более 40 см^3, при признаках прогрессирования заболевания может быть предложено комбинированное лечение АБ в сочетании с 5-АРИ. Однако при приеме 5-АРИ также возможны побочные эффекты, в частности снижение либидо, эректильная дисфункция, эякуляторные нарушения, гинекомастия, рак ПЖ, сердечно-сосудистые осложнения. В российских клинических рекомендациях о продолжительности комбинированной терапии больных ДГПЖ сказано следующее. Больным с объемом ПЖ 40 см^3 и более или уровнем простатического специфического антигена более 1,4 нг/мл следует дополнительно назначать 5-АРИ, которые при нормальной переносимости необходимо принимать пожизненно, чтобы избежать операции. Прекращение терапии или отсутствие лечения отрицательно влияют на частоту ОЗМ и оперативных вмешательств за 1 год, тогда как наблюдается значимое снижение частоты ОЗМ и оперативных вмешательств для каждого дополнительного месяца проведения лечения ДГПЖ, получаемого пациентами. Говоря о конечной точке эффективности 5-АРИ, Евгений Семенович привел следующие факты: снижение риска ОЗМ и оперативного вмешательства. В 2015 г. тамсулозин и финастерид вошли в новый перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, поэтому пациенты могут рассчитывать на бесплатное обеспечение этими ЛС.

Исследования показали положительное влияние ингибиторов ФДЭ-5 на СНМП. Тадалафил в дозе 5 мг ежедневно снижает суммарный балл по шкале IPSS на 22–37%, поэтому он предпочтителен для сексуально активных мужчин старше 45 лет с СНМП и эндотелиальной дисфункцией. Комбинация с финастеридом дает значимый эффект через 2–24 недели.

Насколько актуальным остается оперативное лечение?

Для того чтобы ответить на этот вопрос, Евгений Семенович привел цифры, характеризующие направление основных интересов урологов в 2015 г.: 43 публикации специалистов были посвящены вопросам лечения больных ДГПЖ, из них 27 – оперативному лечению, 9 – консервативному лечению, 4 – вопросам организации, 3 – эмболизации артерий простаты. Совпадений мнений по выбору лечения больных ДГПЖ было менее половины. Таким образом, поскольку в ближайшее время более 30% пожилых мужчин будут подвергнуты оперативному вмешатель-

ству по поводу ДГПЖ, есть необходимость рассмотреть современные методы оперативного лечения этого заболевания и их стоимость.

Лапароскопическая (робот-ассистированная) минимально инвазивная аденомэктомия применима для пациентов с ДГПЖ объемом ПЖ более 80 см^3. Ее эффективность: Q_{max} – 14,3 мл/сек; суммарный балл по шкале IPSS – 17,2; послеоперационные осложнения – 10,6%. Цена (СПб) – 75–120 тыс. руб.

Трансуреатральная электроинцизия (ТУЭ) ПЖ показана пациентам с объемом ПЖ менее 30 см^3, при отсутствии средней доли и настойчивом желании пациента уменьшить риск развития ретроградной эякуляции. Особенность – высокий риск повторных операций. Цена – 10–50 тыс. руб.

Монополярная трансуретральная резекция (М-ТУР) остается стандартным методом лечения пациентов с размером ПЖ 30–80 см^3 и СНМП умеренной и тяжелой степеней (EAU-2016). Двадцать рандомизированных исследований в течение 5 лет (2005–2009) показали: ТУР улучшает среднюю Q_{max} на 162%, значимо снижает суммарный балл по шкале IPSS на 70%, значимо снижает показатель QL (quality of life, индекс качества жизни) на 69%, уменьшает объем остаточной мочи на 77%, обеспечивает длительный эффект на 8–22 года. Частота объективного и субъективного улучшения при этом выше, чем при медикаментозном или малоинвазивном лечении, но частота осложнений при М-ТУР выше. Возможные осложнения при монополярной ТУР: серьезные осложнения – 18%, (в т.ч. 1,4% – ТУР-синдром), кровотечение с необходимостью трансфузии (2,9%), летальность 0,1–0,2% (ретроспективный анализ).

Биполярная резекция ПЖ (БП-ТУР). Идеология этой операции – высокий результат при низком напряжении. Ближайшие и среднесрочные результаты лечения БП-ТУР сравнимы с таковыми при М-ТУР. БП-ТУР обладает более благоприятным профилем безопасности по сравнению с М-ТУР. Преимущества биполярной эндохирургии ДГПЖ: низкий уровень риска ТУР-синдрома, возможно продление операционного времени более чем на час, меньшее кровотечение в процессе резекции, бóльшая скорость резекции, уменьшение стимуляции нервов, т.к. образуется маленький замкнутый круг тока через физиологический раствор. Цена (СПб) – 30–94 тыс. руб. при размере ДГПЖ более 80 см^3 – 110 тыс. руб., более 150 см^3 – 140 тыс. руб, ТУР ПЖ при объеме до 150 см^3 – от 486 400 руб.

Плазмакинетическая вапоризация – инновационная технология в хирургии ДГПЖ. Здесь используется эффект кобляции (контролируемая абляция): способность электрического поля при достаточной напряженности электромагнитного поля вызвать в растворе электролита образование плазмы – ионизированного газового облака с равным количеством положительных и отрицательных зарядов.

Гольмиевый лазер (энуклеция, резекция) – альтернативный метод лечения при достаточном опыте хирурга. Его преимущества перед ТУР – короткий период катетеризации, быстрое восстановление мочеиспускания, Q_{max} лучше, перед открытой операцией аденомектомией – катетеризация короче, меньше срок госпитализации, а эффективность схожая.

Лазеры в лечении больных ДГПЖ входят в рекомендации EAU-2016. Гольмиевый лазер с длиной волны 532 нм, диодный и тулиевый лазеры являются альтернативой ТУР, ближайшие и отдаленные результаты сравнимы. Цена (СПб) – 70–190 тыс. руб.

Простатические стенты – временные и постоянные. Альтернатива катетеризации в ожидании оперативного лечения. Цена – 75–145 тыс. руб.

Эмболизация артерий простаты (ЭАП). Проведено 10 исследований. Эффективность операции ЭАП составляет 75–100%, при этом рецидив заболевания крайне редок. Через 3–6 месяцев опухоль активно уменьшается на 25–35%. Цена – от 125 тыс. руб.

Аквавапоризация простаты «REZUM» – совсем новый аппарат, врачи ждут результатов его применения.

Оперативное лечение ДГПЖ-2016

ТУР ПЖ, открытая аденомэктомия и лазерная энуклеация обеспечивают самую большую вероятность уменьшения симптоматики и уродинамической обструкции и являются методами выбора при развившихся осложнениях ДГПЖ. Алгоритм-2016: ПЖ 30 см^3– ТУР, инцизия, ПЖ 30–80 см^3 – ТУР, БП-ТУР, лазерная энуклеация. Объем ПЖ более 80 см^3 – аденомэктомия – БП-энуклеация, лазерная энуклеация, вапоризация, ТУР. При высоком операционном риске – лазерные и миниинвазивные технологии.

Какой метод лечения выбрать?

По словам профессора Е.С. Шпилени, в урологическом обследовании Санкт-Петербургской клиники Э.Э. Эйхвальда приняли участие 12 тыс. пациентов, 90% из них выбрали консервативное лечение, 60% предпочли монотерапию АБ.

За 8 месяцев в клинику Э.Э. Эйхвальда обратились 140 пациентов с ДГПЖ. Консервативное лечение было назначено 82 (58%) пациентам. Из них комбинированная терапия – 42 (51%) пациентам, монотерапия – 40 (49%). Операции (ТУР, ТУЭ, БПВ) выполнены 58 (42%) пациентам.

Резюмируя сказанное, профессор Е.С. Шпиленя особо отметил алгоритм применения комбинированной терапии при лечении больных ДГПЖ врачами урологического отделения клиники Э.Э. Эйхвальда СЗГМУ им. Мечникова. Один из них он назвал «дачным» алгоритмом. Сюда вошли обследование, коррекция образа жизни и комбинированная терапия. После 3 месяцев – обследование и совместное принятие решения о дальнейшей тактике.

Второй алгоритм касался приема 5-АРИ. По словам профессора Е.С. Шпилени, они снижают риск кровотечения из ПЖ, а финастерид может уменьшать кровопотерю при трансуретральной операции на ПЖ благодаря воздействию на простатическую васкуляризацию.

Материал подготовила Людмила Боева

Сексуальные проблемы и их связь с инфекцией

Профессор Е.В. Кульчавеня представила на XII Российском конгрессе «Мужское здоровье» доклад под названием «Инфекции и секс» (в прошлом году вышла одноименная монография под ее авторством).

Homo sapiens как вид никогда не был склонен к целомудрию и моногамии. Тому свидетельством прекрасные картины (например, «Вакханалия» Рубенса) и история Лота, которому с семьей позволили спастись из Содома и Гоморры, как самому благочестивому, но и его семья оказалась с червоточиной: жена проявила неуместное любопытство, за что и поплатилась, а дочки, не успев скрыться с папой в пещерах, принялись склонять его к инцесту – и таки склонили!

Во многих современных исследованиях подчеркивается связь частоты рецидивов цистита у женщин с половой активностью, нередко обусловленная аномальным расположением уретры и использованием неоптимальной контрацепции. По старой традиции во всем принято винить женщин, поэтому у некоторых народов Востока уже много веков практикуется обрезание у женщин (клиторэктомия – female genital mutilation – FGM). Предполагается, что это убережет женщину от срамных мыслей, она не будет заниматься сексом «на стороне» и не принесет в семью позор и инфекцию. Даже в настоящее время более 90% всех женщин детородного возраста в Египте подвергаются операции клиторэктомии. Такие данные приведены в отчете за 2008 г., который был подготовлен на основе демографического и медицинского обследований. Несмотря на просветительские кампании, в период между 2005 и 2008 гг. количество девушек в возрасте от 15 до 17 лет, которые подверглись клиторэктомии, сократилось всего на 3%, а именно с 77 до 74%. В Египте, где наиболее распространена операция клиторэктомия, в ходе ее выполнения обычно удаляется весь клитор или его часть, а в некоторых случаях ее дополняют и удалением половых губ. Эта операция может выполняться от периода младенчества до раннего подросткового возраста. Миграция населения из Африки, особенно возросшая в последние годы, принесла эту порочную методику и в Европу – вот уже в Мюнхене весной этого года в программу Европейского конгресса урологов был включен доклад по FGM у европейских женщин.

Традиционно считалось, что презерватив хорошо защищает как от инфекций, передаваемых половым путем, так и от нежелательной беременности. К сожалению, это не совсем так: многие инфекции, особенно вирусные, легко преодолевают эту ненадежную преграду, а контрацептивный эффект не так хорош, как хотелось бы. Однако в настоящее время в России презерватив является самым популярным средством регулирования рождаемости. Наши исследования, проведенные в 2012 г., показали, что применение презерватива имеет положительную корреляцию с частотой возникновения цистита у женщин, а отказ от барьерной контрацепции в пользу комбинированных оральных контрацептивов достоверно уменьшает его частоту.

По данным М.Д. Дмитриевой (2007), больные хроническим простатитом и уретро-простатитом практиковали генитально-генитальные контакты в 10,6%, орально-генитальные – в 37,7%, генитально-анальные – в 43,4%. То есть оральный секс, который повсеместно считался абсолютно безопасным и даже не рассматривался как измена, на самом деле чреват очень печальными последствиями. У 48,4% половых партнерш больных хроническим простатитом диагностировали воспалительные заболевания органов малого таза, причем в 64,6% обнаружено совпадение микрофлоры у половых партнеров. Следует также отметить, что половым путем передаются не только общепринятые венерические заболевания, но и туберкулез, ряд неспецифических возбудителей инфекционно-воспалительных заболеваний (стафилококк, кишечная палочка и т.п.). В патогенезе хронического воспаления органов мочеполовой системы, в т.ч. простатита, ведущую роль играет нарушение микроциркуляции. Е.В. Кульчавеня привела данные своего исследования по лечению больных хроническим простатитом левофлоксацином, импазой и афалой, результаты которого показали не только достоверное улучшение микроциркуляции на фоне комбинированного лечения, но и более высокую эффективность терапии. Е.В. Кульчавеня не могла не напомнить о туберкулезе предстательной железы, который также может передаться половым путем и является одной из основных причин бесплодия. Применение биологически активной добавки к пище (БАД) на основе селена и цинка и хорионического гонадотропина (ХГЧ) в комплексном лечении больных туберкулезом предстательной железы позволило улучшить репродуктивную функцию больных. Отмечена положительная динамика по качеству спермограмм: увеличение числа и концентрации сперматозоидов на 43,97 и 16,87% соответственно, снижение количества неподвижных форм на 18,26%. Отмечено протективное действие БАД в отношении сперматозоидов: морфологически дефектные клетки встречались на 41,16% реже, чем в группе сравнения.

Таким образом, в современных условиях проблема инфекций, передаваемых половым путем, остается важной медицинской и социальной проблемой. Необходимо проведение просветительской работы среди населения, проведение диспансеризации с целью ранней диагностики заболеваний мочеполовой системы, организация последующего доступного и эффективного лечения с предупреждением бесплодия и других возможных серьезных осложнений.

Оперативное органосохраняющее лечение рака мочевого пузыря: профилактика осложнений

Трансуретральная резекция при раке мочевого пузыря

В настоящее время рак мочевого пузыря (РМП) занимает 2-е место по заболеваемости среди онкоурологических заболеваний и 3-е – по смертности. За последние 10 лет прирост больных РМП в России составил 58,6% . На долю инвазивного РМП приходится до 30% его новообразований. Радикальное лечение данной категории больных остается одной из наиболее сложных и нерешенных задач уроонкологии.

Наиболее распространенным методом органосберегающего оперативного лечения неинвазивного РМП является трансуретральная резекция (ТУР). Открытая резекция мочевого пузыря ввиду развития эндоскопической хирургии применяется реже, но также является одним из методов органосохраняющего оперативноого лечения РМП. ТУР возможна у пациентов с небольшими, локализованными опухолями с поверхностной инвазией в мышцы или у больных с противопоказаниями к цистэктомии. ТУР выполняется больным РМП I–II стадий (T1 и T2), а в более поздних стадиях (T3) – с паллиативной целью.

У большинства пациентов с поверхностным РМП ТУР является вполне адекватным вмешательством. Результаты наблюдений показали, что излечиваются 70% таких больных, в то время как примерно 10–15% этих больных нуждаются в более интенсивной терапии.

ТУР мочевого пузыря может рассматриваться как диагностическая процедура и одновременно как начальный этап лечения РМП. Эндовезикальная биопсия стенки мочевого пузыря из зоны ТУР имеет огромное диагностическое и прогностическое значение. Она позволяет подтвердить радикальность проведенного эндоскопического оперативного вмешательства. При выявлении опухолевой инвазии может предприниматься радикальное оперативное лечение или, в случае преклонного возраста и крайне тяжелых сопутствующих заболеваний, лучевая терапия. Полифокальная биопсия дает возможность обнаружить клетки, способные к возобновлению роста без дополнительной терапии, включающей лучевые, химиотерапевтические и иммунные методы лечения. Такой комплексный подход обеспечивает органосохраняющее лечение ряда больных РМП.

Таким образом, ТУР при РМП может применяться как самостоятельное лечение при поверхностных формах рака, так и комбинироваться с иммуно-, химио- и лучевой терапией. Таким образом у больных РМП ТУР представляет собой вмешательство, уточняющее диагноз, и, следовательно, в ряде случаев, может потребовать изменения тактики лечения. Кроме того, у больных РМП ТУР может использоваться как паллиативная лечебная манипуляция.

Осложнения при трансуретральной резекции мочевого пузыря

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии Казанского государственного медицинского университета, главный уролог Казани Алексей Юрьевич Зубков выступил на XII Российском конгрессе «Мужское здоровье» в Казани с докладом о профилактике осложнений оперативного органосохраняющего лечения РМП у мужчин.

Как отметил Алексей Юрьевич, по данным литературы, наиболее часто возникающими осложнениями при транвезикальной и трансуретральной резекциях мочевого пузыря являются гнойно-воспалительные осложнения со стороны мочевыводящих путей, пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) и перфорация мочевого пузыря при ТУР. При этом риск развития интраоперационных осложнений повышается в зависимости от локализации опухоли (верхушка, область устья, боковая стенка); размеров экзофитной части опухоли (более 3 см) и низкой степени ее дифференцировки.

Такие острые инфекционно-воспалительные осложнения, как цистит, простатит, орхоэпидидимит, пиелонефрит при ТУР мочевого пузыря составляют до 38,7%. Перфорация мочевого пузыря является наиболее серьезным осложнением ТУР и наблюдается в 0,4–6%. Травма устья мочеточника при этой операции возникает в 1,86% случаев.

Известно, что клиническое развитие опухолей мочевого пузыря чаще всего осложняется нарушением уродинамики верхних мочевыводящих путей и вторичным хроническим пиелонефритом. Кроме того, затрудненный отток мочи из мочевого пузыря, некроз опухоли способствуют возникновению вторичного цистита. Наличие сопутствующего хронического воспалительного процесса мочевыводящих путей также может являться причиной острых инфекционно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде.

Выделяют следующие осложнения открытой резекции мочевого пузыря: интраоперационные – кровотечение из стенки мочевого пузыря, ранение прямой кишки, повреждение запирательного нерва; ранние послеоперационные – раневая инфекция, мочевые затеки, флегмоны и абсцессы таза, острый пиелонефрит, сердечно-сосудистые осложнения, динамическая кишечная непроходимость, перитонит; поздние послеоперационные – стриктура уретероцистонеоанастомоза, ПМР, микроцистис, стриктура уретры, пузырно-кишечные и пузырно-влагалищные свищи, грыжи передней брюшной стенки.

Актуальность проблемы заключается в том, что публикации, посвященные осложнениям органосохраняющего оперативного лечения, малочисленны. Этим фактом и было обусловлено исследование, представленное А.Ю. Зубковым. Оно было проведено с целью повысить эффективность органосохраняющего лечения РПМ, а также определить причины возникновения осложнений и разработать меры их профилактики.

Анализ клинических результатов

Урологами Казани были проанализированы результаты лечения 851 пациента с 1989 по 2016 г. Больным были выполнены органосберегающие операции в урологической клинике Казанского медицинского университета по поводу РМП. Сегментарная резекция мочевого пузыря была проведена в 187 наблюдениях, из них в 119 – резекция с пересадкой мочеточника, в 545 наблюдениях – ТУР в различных модификациях. ТУР выполняли пациентам со стадией T1, а показанием к резекции мочевого пузыря служило наличие единичной опухоли в стадии РМП T2–T3a. Медиана возраста больных составила 59,7 года, а соотношение мужчин и женщин – 4:1.

Наиболее частыми осложнениями при резекции мочевого пузыря были следующие. При ТУР острый серозный пиелонефрит возник у 7,2% пациентов, ПМР – у 7,2%, кровотечение – у 2,2%, перфорация стенки мочевого пузыря – у 0,4%. При сегментарной резекции мочевого пузыря у 8% пациентов возник острый серозный пиелонефрит, а у 2,7% – кровотечение. При резекции с уретероцистостомией у 37,8% пациентов операция осложнилась острым серозным пиелонефритом, у 10,1% – острым гнойным пиелонефритом, у 2,5% – ПМР, у 2,5% – кровотечением.

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Анализ клинических результатов показал, что частота ПМР при ТУР мочевого пузыря составляет 7,2%, при резекции с уретероцистотомией – 2,5% и отсутствует при сегментарной резекции. В результате специалистами были сделаны выводы о причинах ПМР после ТУР. Ими явились травма устья мочеточника во время ТУР мочевого пузыря в данной области, возникновение отека в зоне резекции, функциональные нарушения замыкательного механизма устья мочеточника и неадекватное дренирование мочевыводящих путей.

В качестве мер профилактики ПМР, по словам А.Ю. Зубкова, рекомендуется при проведении ТУР мочевого пузыря в области устья использовать электрогенератор с низкой мощностью, дренировать мочевой пузырь уретральным катетером Фолея в течение 7–10 дней, а также дренировать верхние мочевыводящие пути с помощью мочеточникового катетера или стента.

Причинами ПМР после резекции мочевого пузыря с уретероцистостомией могут стать неадекватность антирефлюксной методики наложения анастомоза, применение прямого уретероцистоанастомоза без антирефлюксной защиты, сопутствующий хронический цистит, приводящий к нарушению оболочки Вальдейера и снижение емкости мочевого пузыря, а также неадекватное дренирование мочевыводящих путей.

В целях профилактики ПМР после резекции с уретероцистостомией, по мнению А.Ю. Зубкова, следует применять антирефлюксную методику с предварительной интубацией мочеточника во время наложения анастомоза. Также необходимо производить дренирование

чашечно-лоханочной системы и мочевого пузыря в течение 14–21 дня. Кроме того, при наличии ретенционных изменений в верхних мочевыводящих путях за 30 дней до операции показана чрезкожная пункционная нефростомия (ЧПНС).

Частота острого серозного пиелонефрита при ТУР мочевого пузыря, по наблюдениям казанских урологов, составила 7,2%, при сегментарной резекции – 8%, при резекции мочевого пузыря с уретероцистостомией – 37,5%. Острый гнойный пиелонефрит возник в 10,1% наблюдений при резекции с уретероцистостомией.

По мнению А.Ю. Зубкова, причинами острого пиелонефрита были ПМР, анастомозит, обострение хронической мочевой инфекции, неадекватное дренирование мочевыводящих путей.

В качестве мер профилактики острого пиелонефрита А.Ю. Зубков рекомендовал предоперационную санацию мочевыводящих путей с помощью антибактериальной терапии, профилактику ПМР и адекватное дренирование мочевыводящих путей (ЧПНС при блокаде устья мочеточника, дренирование мочеточника, уретральный катетер или эпицистостома).

Он также упомянул о лечебных мероприятиях при гнойных поражениях почки, которые заключались в декапсуляции и нефростомии, рассечении и дренировании карбункула почки и нефростомии при абсцессе с последующей антибактериальной и иммунотерапией.

Более подробно останавливаясь на основных причинах осложнений, А.Ю. Зубков сказал, что ими являлись травма устья мочеточника во время выполнения ТУР мочевого пузыря при локализациии опухоли в данной области и возникновение после операции ПМР. ПМР возникал в связи с вовлечением в зону резекции устья мочеточника. В результате происходило укорочение интрамурального отдела мочеточника и дисфункция нижнего цистоида. Следует учитывать и тот факт, что при данной локализации опухоли могут происходить сдавление интрамурального отдела мочеточника и нарушение уродинамики верхних мочевыводящих путей, что, несомненно, повышает риск развития ПМР. Среди других причин развития данного осложнения следует отметить хронический цистит, приводящий к нарушению функции оболочки Вальдейера и снижению емкости мочевого пузыря, а также тампонаду мочевого пузыря в результате неадекватного функционирования уретрального дренажа.

Воспалительные осложнения органов мошонки при ТУР мочевого пузыря связаны с такими техническими особенностями операции, как травма задней уретры, семенного бугорка при несоответствии диаметра тубуса цистоскопа и уретры, а также несоблюдение правил асептики и антисептики. Мерами профилактики данных осложнений является строжайшее соблюдение всех правил техники проведения операции и асептики.

Послеоперационное кровотечение после сегментарной резекции наблюдалось у 5 пациентов, при резекции с уретероцистостомией – у 3, после ТУР – у 12 пациентов. Причинами данного осложнения А.Ю. Зубков назвал использование метода «карбоновой» коагуляции, расплавление тромбированных сосудов на фоне воспалительного процесса и неадекватный интраоперационный гемостаз.

По словам Алексея Юрьевича, при ТУР кровотечение, возникшее в первые трое суток, как правило, связано с неадекватным гемостазом и техническими трудностями оперативного вмешательства (локализация опухоли в области верхушки или шейки мочевого пузыря, множественные опухоли), а также с нарушениями в системе гемостаза. Вторичное кровотечение, как правило, наблюдалось на 7–9-е сутки. Основными причинами этого являлись отхождение струпа при использовании метода «карбоновой» коагуляции или расплавление тромбированных сосудов на фоне активного воспалительного процесса.

Мерами профилактики послеоперационного кровотечения, по мнению А.Ю. Зубкова, могут стать коррекция свертывающей системы в предоперационном периоде, тщательный интраоперационный гемостаз, выполнение ТУР в режиме «белой» коагуляции, адекватное дренирование мочевыводящих путей и антибактериальная терапия.

Перфорация мочевого пузыря при ТУР мочевого пузыря в данном исследовании наблюдалась в 0,4% наблюдений. По мнению А.Ю. Зубкова, ее причинами стали раздражение запирательного нерва и отсутствие адекватного визуального контроля.

С целью профилактики этого осложнения А.Ю. Зубков рекомендовал выполнять трансуретральный УЗ-контроль на протяжении всей операции, а также выполнять ТУР при умеренно наполненном мочевом пузыре. Кроме того, имеется необходимость в своевременном и адекватном гемостазе, а также оптимальное применение биполярной ТУР. Применение холодинамической диагностики в ходе ТУР также позволяет избежать излишней агрессии в ходе операции и тем самым обеспечить профилактику перфорации мочевого пузыря.

Резюмируя сказанное, А.Ю. Зубков подчеркнул, что соблюдение мер профилактики позволяет предупредить развитие возможных осложнений и улучшить результаты органосохраняющего оперативного лечения РМП, а также качество жизни пациентов с данным заболеванием.

Материал подготовила Людмила Боева

Возможности органосохраняющего лечения опухолей яичка

Выступая на XII Российском конгрессе «Мужское здоровье» в Казани, кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения онкоурологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина в Москве Александр Владимирович Хачатурян рассказал о возможностях органосохраняющего лечения опухолей яичка.

Александр Владимирович отметил, что сегодня рак яичка составляет 1–1,5% всех злокачественных опухолей у мужчин и 5% новообразований органов мочеполовой системы. В частности, в странах Евросоюза заболеваемость раком яичка составляет 3–6 случаев на 100 тыс. мужского населения. В 1970–1980 гг. отмечался резкий рост заболеваемости опухолями данной локализации, особенно в странах Западной Европы и Северной Америки. В течение последних лет сохраняется тенденция к увеличению заболеваемости в развитых странах, при этом происходит удвоение числа заболевших каждое десятилетие, тогда как в развивающихся регионах заболеваемость остается на прежнем уровне.

При выполнении биопсии контралатерального яичка у 2–5% пациентов выявляется внутрипротоковая карцинома яичка. Частота билатерального поражения составляет 2–3%. Двухсторонние опухоли яичек выявляются редко, у 1–2% пациентов. Большинство (90–95%) новообразований данной локализации имеет строение герминогенной опухоли. Пик заболеваемости приходится на третью декаду жизни при несеминоме и на четвертую – при семиноме.

Возможные преимущества органосохранного подхода

Специалистам известно, что стандартным оперативным вмешательством при опухоли яичка является орхифуникулэктомия. Однако докладчик обратил внимание аудитории на то, что существует определенная категория пациентов, у которых потенциально можно предлагать органосохраняющее лечение. К ним относятся те 2–5% пациентов, у которых при выполнении биопсии контралатерального яичка выявляется внутрипротоковая карцинома яичка, а частота билатерального поражения составляет 2–3%.

По мнению доктора А.В. Хачатуряна, преимущества органосохраняющего метода лечения очевидны. Прежде всего, это сохранение репродуктивной функции, продукции тестостерона и предотвращение развития гипогонадизма, а также создание психологического комфорта для пациента. Отдельно стоит отметить, что резекция яичка – это альтернатива орхифуникулэктомии при доброкачественных опухолях яичка.

А.В. Хачатурян предложил обратить внимание на рекомендации Европейского Общества Медицинской Онкологии (ESMO – European Society for Medical Oncology) по поводу органосохраняющего лечения рака яичка. К ним относятся синхронные билатеральные опухоли яичка, метахронная контралатеральная опухоль яичка, опухоль единственного яичка, атрофия второго яичка. При этом существуют два необходимых нюанса, которые нужно учитывать: достаточный уровень гормональной активности яичка, которое планируется резецировать, а также выполнение операции в клиниках с большим опытом лечения подобных больных.

Говоря о герминогенных опухолях яичка, докладчик счел необходимым упомянуть о внутрипротоковой карциноме яичка, которая является предраковым состоянием. При этом после выполнения резекции яичка в связи с герминоген-

ной опухолью в оставшейся ткани в 85% определяется внутрипротоковая карцинома. И, как доказывает статистика, риск дальнейшего развития герминогенной опухоли яичка составляет 70% в течение 7 лет после ее выявления. Александр Владимирович обратил внимание аудитории на это временно́е окно между диагностикой и возникновением герминогенной опухоли.

Можно ли лечить подобных больных? По убеждению специалистов – безусловно. Лечебным подходом в этом случае является лучевая терапия. Стандартный вариант – проведение лучевой терапии в дозе 20 Гр (по 2 Гр, 5 фракций в неделю в течение двух недель). При этом необходим контроль уровня тестостерона, поскольку есть вероятность повреждения клеток Лейдига. Также для сохранения репродуктивной функции можно использовать то самое «окно» и проводить отсроченную лучевую терапию.

Данные международных исследований

Далее докладчик представил данные крупного немецкого исследования The German Testicular Cancer Study Group, проведенного в 2006 г. В нем принял участие 101 пациент со средним размером опухоли 15 мм (от 5 до 30 мм). У 85 пациентов при биопсии была выявлена внутрипротоковая карцинома яичка. Лучевая терапия была проведена 80 пациентам.

При среднем сроке наблюдения 80 месяцев раково-специфическая выживаемость (РСВ) составила 99%. Местный рецидив опухоли обнаружен у 6 пациентов, 4 из них не получали лучевой терапии. Гипогонадизм наблюдался у 10 пациентов, снижение тестостерона – у 6 человек. Важно, что 4 из 6 пациентов, получивших отсроченную лучевую терапию, за этот временной период стали отцами.

Затем Александр Владимирович остановился на исследовании N. Bojanic 2014 г., посвященном отсроченной лучевой терапии. В нем приняли участие 24 пациента, которым были сделаны 26 операций в объеме резекции яичка. Размер опухоли во всех наблюдениях также был небольшим – менее 20 мм. У 9 пациентов при биопсии выявлена внутрипротоковая карцинома яичка, а лучевая терапия не проводилась. В случае возникновения рецидива выполнялась либо орхифуникулэктомия (она была сделана 5 пациентам), либо повторная резекция (2 пациента).

При среднем сроке наблюдения 51 месяц общая выживаемость пациентов составила 100%. При этом нормальный уровень тестостерона был у всех участников исследования, а 4 из 24 пациентов стали отцами.

Докладчик обратил внимание на тот факт, что и в предыдущем, и в данном исследовании не такая большая доля пациентов в итоге становились отцами, несмотря на отсрочку лучевой терапии. В чем же заключается одна из причин этой проблемы?

По мнению специалистов, причина может заключаться в качестве спермы у больных раком яичка, что было засвидетельствовано в исследовании P.M. Petersen 1999 г., в котором приняли участие 63 пациента с герминогенными опухолями яичка. По словам Александра Владимировича, поскольку у пациентов исходно страдает качество спермы, то такие параметры, как общее число сперматозоидов и концентрация спермы еще до операции при сравнении с контрольной группой составляют 35 и 20% соответственно. Автор исследования объясняет факт ухудшения качества спермы воздействием опухоли.

Говоря об опухоли стромы полового тяжа, докладчик опирался на исследование C. Acar 2009 г. Данная опухоль – достаточно редкое заболевание и составляет 3–5% от всех опухолей яичка. Из них 75–80% представлены лейдигомами, которые, как правило, являются доброкачественными образованиями в 90% случаев.

Лейдигомы – самые распространенные опухоли стромы полового тяжа. Они составляют 1–3% всех опухолей яичка у взрослых и 3% новообразований данной локализации у детей. Чаще всего лейдигомы выявляются у мужчин 30–60 лет и мальчиков 3–9 лет. В 3% случаев отмечается двухстороннее поражение яичек. Нередко лейдигомы выявляют у больных синдромом Клайнфельтера. Около 10% лейдигом имеет злокачественное течение. Единственным достоверным признаком злокачественности опухоли является появление метастазов. Синхронное и метахронное метастазирование имеет одинаковую частоту; метахронные метастазы, как правило, появляются в течение первых двух лет после выявления первичной опухоли. Основным путем метастазирования злокачественной лейдигомы является лимфогенный. При этом в 70–100% поражаются забрюшинные лимфоузлы, являющиеся регионарными, а также медиастинальные и надключичные лимфоузлы. При гематогенном метастазировании преимущественно поражаются печень (42%), легкие (40%) и кости (25%). При этом заболевании также отмечается гинекомастия и бесплодие.

По мнению автора, лечение возможно путем выполнения резекции яичка. Возможности резекции яичка при опухоли стромы полового тяжа представлены в исследовании G. Bozzini 2013 г. В нем приняли участие 22 пациента с лейдигомами небольшого размера (средний размер опухоли 11 мм). Гинекомастия наблюдалась у 2 пациентов, раннее половое созревание – у одного. Доктор А.В. Хачатурян обратил внимание на впервые встречающуюся в исследовании фразу – «проведение срочного гистологического исследования». По его мнению, это является очень важным критерием при выполнении органосохраняющего лечения яичка. В данном исследовании у 20 пациентов была подтверждена лейдигома. При среднем сроке наблюдения 47 месяцев рецидивов или прогрессирования заболевания после резекции яичка отмечено не было. При выявлении злокачественной лейдигомы, которая составляла 10% от общего числа, проводилась отсроченная орхифуникулэктомия.

По мнению докладчика, одной из интересных для наблюдения групп пациентов являются лица со случайно выявленными опухолями яичка. В 85% случаев такие опухоли являются доброкачественными, они выявляются при ультразвуковом исследовании и являются лейдигомами.

Насколько ценным в диагностике является срочный гистологический анализ? На этот вопрос отвечает исследование, проведенное P.C. Silverio в 2015 г. В нем были проанализированы 159 опухолей яичка и 11 паратестикулярных опухолей. Как продемонстрировал докладчик, срочное гистологическое исследование выявило 152 доброкачественных опухолей и 107 злокачественных. При этом срочный гистологический анализ выявил 100% доброкачественных образований, однако в 3,5% дал ложноотрицательный ответ при злокачественных опухолях. Специфичность исследования составила 100%, чувствительность – 95%. Таким образом, считает докладчик, при гистологическом исследовании важным моментом является присутствие в клинике опытного патоморфолога, который, опираясь на собственную практику, сможет определить каким типом представлена опухоль и есть ли в ней злокачественный потенциал.

> «...»
>
> ***Рак яичка составляет 1–1,5% всех злокачественных опухолей у мужчин и 5% новообразований органов мочеполовой системы***

Хирургические аспекты

Переходя к хирургическим аспектам лечения рака яичка, Александр Владимирович продемонстрировал слайды, где было показано выполнение пахового доступа и быстрый выход на сосуды, проходящие в семенном канатике. При этом опухоль определялась пальпаторно или при проведении интраоперационного ультразвука. На слайде было видно, что белочная оболочка яичка рассекалась в точке над опухолевым узлом, затем узел удалялся и проводилось срочное гистологическое исследование.

Вариациями оперативного лечения, по мнению докладчика, при этом могут быть биопсия паренхимы яичка для выявления внутрипротоковой карциномы. Ведь в 100% случаев она присутствует при герминогенных опухолях. Возможны различные варианты холодовой ишемии для снижения риска повреждения клеток Лейдига и Сертоли. При этом считается, что тепловая ишемия менее получаса является безопасной.

Также возможно наложение зажима на семенной канатик. Разные авторы предлагают различные варианты – либо ранее наложение, либо отсроченное, либо выполнение резекции без наложения зажима. Последний вид резекции яичка потенциально чреват инсеминацией процесса, потому что клетки в процессе резекции могут распространяться по кровотоку. Однако одно из исследований N. Lehonartsberger 2014 г. показало несколько иные результаты. В этом исследовании приняли участие 65 пациентов, 54% из которых имели злокачественные образования. Им была выполнена резекция без наложения зажима. Уровень маркеров у этих пациентов был в пределах нормы, размеры образования – менее 3 см. Данное исследование показывает, что при среднем сроке наблюдения 52,5 месяца рецидивов не выявлено. По мнению автора исследования, данная методика может быть достаточно безопасной и эффективной.

Резекция яичка: негативные аспекты

Как сообщил А.В. Хачатурян, при резекции яичка могут наблюдаться некоторые негативные аспекты. Прежде всего, это дооперационное снижение репродуктивной функции у больных раком яичка, поскольку у них наблюдается низкое качество спермы. Также возможно влияние ишемии на сохранность эндокринной и экзокринной функций яичка.

Проведение лучевой терапии, которая позволяет радикально защитить пациента от внутрипротоковой карциномы, вызывает стерильность. Также, по данным различных авторов, после проведения лучевой терапии примерно 40% пациентам необходима заместительная гормональная терапия (J. Classen et al., 2003). Одним из негативных факторов является и тот факт, что рассечение белочной оболочки яичка способно привести к нарушению гематотестикулярного барьера и может вызвать аутоиммунное бесплодие.

Делая основные выводы по окончании своего доклада, А.В. Хачатурян сообщил о следующем. Прежде всего, резекция яичка может проводиться пациентам с двусторонним поражением или опухолью единственного яичка, занимающей не более 30% ткани органа, при нормальной гормональной функции яичка. В случаях, когда речь идет о герминогенных опухолях, пациентов нужно обязательно информировать о том, что такое внутрипротоковая карцинома и почему необходимо проводить лучевую терапию, которая может быть выполнена с отсрочкой, чтобы использовать временной интервал для получения пациентом возможности стать отцом. Также резекция яичка может быть предложена пациентам со случайно выявленной опухолью яичка малых размеров (менее 25 мм) при нормальном уровне маркеров, при выполнении интраоперационного срочного гистологического исследования, подтверждающего доброкачественный характер опухоли.

Резекция органа при раке яичка, герминогенных опухолях у пациентов со вторым здоровым яичком не показана. В таком случае, по мнению докладчика, необходимо выполнять орхифуникулэктомию.

Материал подготовила Людмила Боева

Витапрост: новая схема применения – новые результаты

Об одном из новых путей решения основных проблем мужского здоровья, связанных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и простатитом на XII Российском конгрессе «Мужское здоровье» в Казани представил доклад врач-уролог, основатель и заведующий кафедрой урологии и нефрологии Алтайского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Александр Израилевич Неймарк.

По словам доктора медицинских наук, заслуженного врача РФ, профессора Владимира Николаевича Ткачука, большинство пациентов считают, что проблему мужского здоровья не принято обсуждать ни среди коллег, ни внутри круга друзей и близких. Однако сегодня более 77% мужчин, страдающих простатитом, категорически недовольны качеством своей жизни. Это неудивительно, ведь они испытывают постоянную изнуряющую боль в тазовой области, пояснице и гениталиях, чувство рези во время мочеиспускания, боль во время или после полового акта, нарушение эрекции, ранее семяизвержение, запоры и боли при дефекации, «стертый» оргазм. Эти симптомы могут дополняться повышенной температурой тела, чувством слабости, сильной болью в паху.

Причины мужских проблем

Одной из причин, приводящих к вышеописанным симптомам, является абактериальный простатит. Это заболевание составляет 90–95% всех случаев простатита и характеризуется продолжительными неприятными ощущениями и болью в области промежности. Другая причина – бактериальный (острый) простатит, составляющий 5–10% от всех случаев простатита. Острый простатит может быть вызван различными микроорганизмами. Это могут быть не только бактерии, передаваемые половым путем, но и микроорганизмы, составляющие нормальную микрофлору организма.

Основа лечения острого простатита – применение антибиотиков с учетом чувствительности возбудителя. Особо эффективны комбинации антибиотиков с биорегуляторными пептидами. Важная роль в возникновении хронического простатита принадлежит нарушению микроциркуляции в предстательной железе (ПЖ). Поэтому данное заболевание часто развивается у мужчин, ведущих малоподвижный образ жизни. Лекарственная терапия хронического простатита включает в себя биорегуляторные пептиды (цитомедины), противовоспалительные средства, препараты группы α-адреноблокаторов и другие.

Доброкачественная гиперплазия ПЖ (ДГПЖ) – это доброкачественная опухоль, развивающаяся в ПЖ и приводящая к расстройствам мочеиспускания. ДГПЖ – одно из наиболее распространенных заболеваний у мужчин пожилого возраста. Оно может возникать уже в 40–50 лет и постепенно прогрессировать. Более половины мужчин старше 60 лет страдают ДГПЖ, а в возрасте 70 лет она наблюдается у 8 из 10 мужчин. Основным фактором возникновения ДГПЖ являются возрастные гормональные изменения.

> «...»
>
> ***Более половины мужчин старше 60 лет страдают ДГПЖ, а в возрасте 70 лет она наблюдается у 8 из 10 мужчин***

Симптомы ДГПЖ напрямую связаны с нарушением акта мочеиспускания (учащенное, прерывистое, затрудненное мочеиспускание, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, ослабление струи мочи, вплоть до ее задержки, невозможность удержать мочу при возникновении позыва на мочеиспускание). Больных ДГПЖ лечат биорегуляторными пептидами, растительными экстрактами и препаратами группы ингибиторов 5-α-редуктазы. Современные методы лечения могут не только решить проблемы «мужского здоровья», но и способны улучшить качество жизни пациентов с ДГПЖ и простатитом.

Как помочь мужчине?

Актуализируя данную проблему, профессор упомянул о не прекращающихся попытках найти новые препараты для лечения ДГПЖ с меньшим количеством побочных эффектов и минимальным нежелательным влиянием на весь организм. При этом Александр Израилевич напомнил аудитории о том, что более 15 лет в России для лечения больных простатитом применяется препарат биологического происхождения, выделенный из предстательной железы крупного рогатого скота – Витапрост.

Препарат Витапрост не раз становился объектом исследований, проводившихся во многих ведущих центрах России – ФГУ НИИ урологии Минздрава России, урологической клинике Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (СПбГМУ), институте повышения квалификации специалистов здравоохранения Хабаровска и т.д. Результаты испытаний, проведенных в этих центрах, сходны между собой – препарат положительно влияет как на субъективные, так и объективные симптомы ДГПЖ.

Витапрост относится к группе биорегуляторных пептидов, его основное вещество (субстанция сампрост) обладает принципиально иным механизмом действия, нежели препараты на основе растительных компонентов.

Не так давно компанией «Штада» были разработаны новые формы препарата на основе экстракта ПЖ, которые, по словам профессора А.И. Неймарка, обладают целым рядом положительных свойств, в частности они проявляют антиагрегантное и антикоагулянтное действия. Также известно, что экстракт ПЖ способствует усилению синтеза антигистаминных и антисеротониновых антител и в конечном итоге улучшает микроциркуляцию в «органе-мишени». «А любое улучшение микроциркуляции имеет выраженный противовоспалительный эффект», – отметил профессор Неймарк А.И.

Классическая форма препарата от компании «Штада» – это ректальные суппозитории Витапрост форте. Данная форма препарата на основе цитомединов была разработана специально для лечения ДГПЖ. Витапрост форте содержит удвоенную дозировку субстанции сампрост, но при этом не подавляет сексуальную активность и не способствует колебаниям артериального давления.

Еще один вариант лекарственной формы препарата, предложенный компанией «Штада», таблетированный Витапрост, рассчитанный на тех пациентов , которым применение ректальных суппозиториев по тем или иным причинам затруднено (в дороге, на работе или невозможно – пациенты с anus proeter naturalis и т.д.).

Новая схема – новые результаты

Классификация показаний к применению цитомединов в урологии, представленная в данном докладе профессором А.И. Неймарком, была взята у доктора медицинских наук, профессора кафедры эндоскопической урологии Российской медицинской академии последипломного образования, заведующего отделением эндоурологии ГКБ №57 Алексея Георгиевича Мартова, который рассмотрел четыре точки приложения препарата Витапрост. Ими стали лечение ДГПЖ, абактериальный простатит, бактериальный простатит, а также реабилитация после биопсии ПЖ и операции по поводу ее заболеваний.

В своей работе профессор А.И. Неймарк и его коллеги попытались оценить эффективность и безопасность схем лечения с применением Витапроста.

Дизайн исследования этой работы состоял из двух частей. В первой из них исследователи изучали влияние Витапроста в виде суппозиторий и таблеток при лечении больных ДГПЖ. При этом профессор А.И. Неймарк отметил, что в этой части работы специалисты столкнулись с неохотным применением мужчинами препарата Витапрост форте, поскольку далеко не каждый из них был способен адекватно воспринимать ректальную форму препарата. Данный факт тормозил внедрение Витапроста форте в урологическую практику, однако появление таблетированной формы препарата, которое произошло буквально несколько лет назад, в корне поменяло ситуацию.

По словам профессора А.И. Неймарка, для удобства пациентов была реализована схема, которая включала в себя использование Витапроста форте в виде суппозиториев в течение 20 дней, а затем прием Витапроста в таблетках по 1 таблетке 2 раза в сутки также в течение 20 дней. Таким образом, схема исследования включала в себя 40-дневный курс приема препарата. В исследование были включены 30 мужчин (средний возраст 62 года), у которых имелась ДГПЖ. Все они находились на амбулаторном лечении. У всех пациентов, включенных в исследование, была достаточно выраженная симптоматика заболевания, при которой средняя скорость потока мочи составляла 15 мл/сек, а объем ПЖ – 51 см^3. Пациенты данной категории еще не подлежали оперативному лечению, но уже нуждались в определенной терапии для устранения симптоматики заболевания.

Исследование продемонстрировало, что (при исходном суммарном показателе по шкалам IPSS – 15 баллов и QoL – 4) через 20 дней после терапии ректальными суппозиториями произошло заметное улучшение показателей по обоим опросникам. И эта тенденция сохранялась спустя 40 дней после лечения, когда была завершена таблетированная схема терапии. Изменения объема ПЖ не были столь выражены. По словам профессора А.И. Неймарка, возможно, это связано с непродолжительным сроком наблюдения за больными. Хотя количество остаточной мочи оказалось заметно ниже, чем в исходном состоянии.

Важным моментом данного исследования было то, как оценивали сами пациенты проводимое лечение: выраженный эффект отметили 6,6% пациентов, хороший – 53,3%, удовлетворительный 33,3%, неудовлетворительный – 6%.

Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений

Следующая часть исследования, представленного профессором А.И. Неймарком, касалась профилактики инфекционно-воспалительных осложнений после трансуретральной резекции (ТУР) ПЖ с использованием цитомединов, в частности Витапоста.

Актуальность исследуемой проблемы состояла в том, что ДГПЖ в настоящее время наблюдается в среднем у 80% мужчин в возрасте от 60 лет и старше. При этом профессор А.И. Неймарк отметил, что, по данным отечественных ученых, сегодня самым распространенным методом оперативного лечения ДГПЖ в России является ТУР простаты (ТУРП): при этом только 30–40% больных подвергаются оперативному лечению, остальные получают консервативную терапию. ТУРП является «золотым стандартом» в лечении больных ДГПЖ.

Однако профессор А.И. Неймарк отметил, что специалисты нередко сталкиваются с тем, что в ходе ТУРП происходит вскрытие инфицированных ацинусов ПЖ, что ведет к распространению бактерий током ирригационной жидкости в верхние мочевыводящие пути. На фоне ухудшения микроциркуляяции в почках это может способствовать развитию инфекционно-воспалительных осложнений. Антибиотикопрофилактика, несомненно, снижает риск возникновения данных инфекционно-воспалительных осложнений ТУРП, но далеко не всегда позволяет их избежать.

Поэтому в продолжение интенсивного поиска оптимальных методов предупреждения инфекционно-воспалительных осложнений ТУРП ученые решили снова прибегнуть к уже примененной ими методике: сочетанию суппозиториев Витапрост форте и таблеток Витапрост для профилактики данных осложнений после ТУРП. В этом исследовании приняли участие 55 человек с ДГПЖ, нуждающихся в оперативном лечении. Средний возраст больных составил 57 лет, а объем ПЖ – 62 см^3. Пациенты были разделены на две группы – основную и контрольную.

Как пояснил профессор А.И. Неймарк, пациенты обеих групп подвергались комплексной консервативной терапии (противовоспалительной, симптоматической и антибактериальной). При этом больные основной группы дополнительно получали суппозитории Витапрост форте 1 раз на ночь в течение 10 дней. А затем, начиная с дооперационного периода (2 дня до операции ТУРП и 8 дней – после), больные этой группы получали таблетки Витапрост.

Чтобы оценить эффективность и безопасность данной терапии, специалисты применили следующие критерии: течение послеоперационного периода, динамика общепринятых лабораторных показателей и микробиологического исследования мочи. Также была использована косвенная оценка микроциркуляции почек с помощью метода лазерной допплеровской флоуметрии, которая, как отметил профессор А.И. Неймарк, широко используется в клинике Алтайского государственного медицинского университета в качестве диагностической процедуры. А.И. Неймарк пояснил, что в 2008 г. на данную методику был получен патент и дал аудитории информацию о том, что при этом методе микроциркуляция оценивается косвенно, с использованием т.н. биологически активных точек, соответствующих правой и левой почкам. Он рассказал об исследовании, проведенном на животных, где ученые сравнивали записи, собранные непосредственно с органа, с проекций данных точек. При этом специалисты убедились в том, что при динамическом обследовании методом лазерной допплеровской флоуметрии можно оценивать изменения микроциркуляции, происходящие в почках.

А.И. Неймарк отметил разницу в показателях микроциркуляции между основной и контрольной группами пациентов. При этом индекс эффективности микроциркуляции значительно вырос у больных основой группы по сравнению с контрольной. Микробный спектр мочи был исследован в этих двух группах до и через 18 дней после операции: если в контрольной группе после выполнения ТУРП моча была стерильна всего лишь у 6 (30%) больных, то в основной группе больных, лечившихся Витапростом, моча оказалась стерильной у 60% пациентов.

Что касается инфекционно-воспалительных осложнений в раннем послеоперационном периоде у больных ДГПЖ после перенесенной ТУРП, показатели были следующими: в основной группе – у 11% пациентов, тогда как в контрольной – у 30%. Побочных эффектов в ходе проведения терапии отмечено не было.

При этом следует также отметить, что у больных основной группы, которые получали терапию Витапростом, признаки пиелонефрита (боли в поясничной области и болезненность в области почек), орхоэпидидимита (увеличение яичка в размерах, болезненность в области яичка), уретрита (рези и выделения из уретры), цистита (болезненность над лоном) исчезли в более короткие сроки, чем в контрольной, также как и симптомы интоксикации (гипертермия, слабость, тахикардия, тошнота, озноб, потливость и головная боль).

На основании результатов проведенных исследований профессор А.И. Неймарк и его коллеги сделали следующие выводы. Отсутствие мер профилактики при проведении ТУРП приводит к нарастанию признаков эндогенной интоксикации, значительно повышает уровень бактериальной обсемененности мочи, в точках проекции почек наблюдаются существенные нарушения микроциркуляции, предрасполагающие к развитию пиелонефрита.

Применение препарата Витапрост форте в виде суппозиториев и таблеток Витапрост в пред- и послеоперационном периодах при выполнении ТУРП позволяет увеличить частоту стерильных анализов мочи и тем самым минимизировать развитие инфекционно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде, в частности орхоэпидидимита, уретрита, цистита. Кроме того, данная терапия дает возможность избежать нарушения микроциркуляции в почках, предупреждая одно из самых грозных инфекционно-воспалительных осложнений ТУРП – острый пиелонефрит.

Таким образом, исследование показало: схему лечения Витапростом форте в виде суппозиториев с последующим приемом Витапроста в таблетках можно рекомендовать в качестве профилактики инфекционно-воспалительных осложнений при проведении ТУРП у больных ДГПЖ.

В заключение профессор А.И. Неймарк отметил, что применение вышеуказанных схем лечения препаратом Витапрост открывает новые горизонты в лечении больных заболеваниями ПЖ: начало лечения суппозиториями приводит к выраженному терапевтическому эффекту, а дальнейшее применение таблетированной формы препарата способствует поддержанию стойкой положительной динамики.

Материал подготовила
Людмила Боева

«...»

Экстракт ПЖ способствует усилению синтеза антигистаминных и антисеротониновых антител и в конечном итоге улучшает микроциркуляцию в «органе-мишени»

«...»

Схему лечения Витапростом форте в виде суппозиториев с последующим приемом Витапроста в таблетках можно рекомендовать в качестве профилактики инфекционно-воспалительных осложнений при проведении ТУРП у больных ДГПЖ

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

В начале большого пути

В развитии университетской медицины в России было три этапа. Первый начался еще в 1758 г., когда Императорский московский университет начал готовить врачей на одном из трех своих факультетов – медицинском. Однако в 1930 г. этот факультет выделился из университета в качестве самостоятельного ВУЗа. В 1992 г. наступил второй этап: в МГУ им. М.В. Ломоносова был создан факультет фундаментальной медицины. Здесь снова начали учить врачей и заниматься фундаментальными медицинскими исследованиями. Однако проблема подготовки врачей на собственной клинической базе для университета оставалась еще нерешенной. Поэтому на третьем этапе была организована Университетская клиника МГУ, первая в России, действующая в структуре классического университета. В 2013 г. она приняла первых пациентов. Сегодня же на базе этого учреждения реализуется проект по созданию функциональной модели трехуровневой системы отечественного здравоохранения. Подробнее об этом корреспонденту газеты рассказал директор Университетской клиники, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор А.А. Камалов.

– Армаис Альбертович, расскажите, пожалуйста, об истории создания Университетской клиники МГУ и ее особенностях.

– Медицинский факультет входил в состав Московского университета с момента его основания в 1755 г. и до 1930 г. В конце 80-х гг. XIX века на Девичьем поле в Москве был построен Клинический городок, который поставил медицинский факультет Московского университета в один ряд с лучшими медицинскими факультетами Европы. Здесь было новейшее оборудование и экспериментальная база, оснащенная самым современным инструментарием. В 1930 г. медицинский факультет был выведен из МГУ в качестве самостоятельного ВУЗа – Первого московского медицинского института им. И.М. Сеченова. Ныне – это Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. Итак, с 1930 по 1992 г. медицинское образование в программе МГУ им. М.В. Ломоносова, как и любого другого советского университета, отсутствовало. В 1992 г. ректор университета, академик РАН В.А. Садовничий подписал приказ (и, кстати, то был первый его приказ) о создании Факультета фундаментальной медицины (ФФМ), а по сути, воссоздание медицинского образования в стенах классического университета. С 2000 г. это подразделение университета возглавляет академик РАН В.А. Ткачук. И также по инициативе ректора МГУ В.А. Садовничего в 2004 г., в соответствии с Постановлением Правительства Москвы от 23 июля 2002 г. №581-ПП, началось строительство Медицинского научно-образовательного центра (МНОЦ). В 2012 г. приказом Ректора МГУ №1242 утверждена структура МНОЦ в качестве обособленного подразделения МГУ им. М.В. Ломоносова – первой в России университетской клиники в рамках классического университета. ФФМ и МНОЦ находятся в тесном взаимодействии по научно-образовательным вопросам.

– Какие задачи стоят перед МНОЦ?

– Первая задача – это развитие фундаментальной медицинской науки, создание высокотехнологичных продуктов для диагностики и лечения, их апробация и внедрение в практику. Вторая – это обеспечение образовательного процесса на базе собственной клинической базы МГУ им. М.В. Ломоносова для студентов ФФМ и последипломного образования врачей, причем не только выпускников этого факультета, но и других медицинских вузов. И третья задача – лечебный процесс, который уже с этого года включает полный цикл оказания медицинской помощи, начиная с амбулаторно-поликлинического звена и до высокотехнологичного лечения в стационарных условиях и реабилитации.

– Использовались ли как образец для организации медицинской структуры в стенах МГУ им. М.В. Ломоносова клиники при крупнейших университетах западных стран?

– Да, это так, но в миниатюре. Если говорить об Университетских клиниках Америки и Европы – это огромный комплекс зданий и сооружений, обширная сеть клиник, действующих при нем для обеспечения лечебного процесса, также отдельные научно-лабораторные корпуса для выполнения научно-исследовательской работы, по сути – это небольшие городки, со своей инфраструктурой. Такие Университетские клиники складывались столетиями и всегда являлись той кузницей, где выковались самые крупные достижения мировой медицинской науки, где получили образование величайшие врачи и ученые. В них были спасены жизни миллионов больных, в т.ч. и с использованием революционных методов лечения, которые затем были внедрены в медицинскую практику во всем мире. Причиной столь замечательного успеха стало то, что в этих медицинских комплексах, образно говоря, сливались в единое целое «три жизни». В них, обогащая друг друга, развивались и образование, и наука, и лечебная практика. Поэтому плодотворному пути и пошел еще с 1758 г. Императорский московский университет, когда в нем начали готовить отечественных врачей. Не уверен, что руководители высшего образования в СССР в 1930 г. поступили правильно, когда медицинское направление было выделено из МГУ и нескольких других советских университетов в отдельные институты.

– Сегодня последствия этого опрометчивого решения удалось исправить?

– Я бы сказал осторожнее. Мы только в начале большого пути. У нас есть некий стартап. В него мы заложили механизмы развития и межфакультетского взаимодействия в стенах Московского университета и создали всю инфраструктуру для обеспечения деятельности МНОЦ «Университетская клиника» в структуре классического университета. Исторически все передовые технологии медицины развиваются именно в таких клиниках. Это общемировая практика. Мы взяли на себя ответственность первыми начать этот непростой путь. Но я понимаю, насколько огромна та работа, которая нам предстоит. Поэтому для воплощения в жизнь всех задач потребуются многие годы. Надеюсь и верю, что с годами вокруг здания МНОЦ возродится клинический городок наподобие «Императорского московского университета». А на сегодняшний день МНОЦ МГУ начал свою работу, осуществляя научно-образовательную деятельность, оказывая лечебную помощь в рамках трехуровневой системы здравоохранения.

– Вы упомянули трехуровневую систему оказания медицинской помощи, которая сейчас складывается на базе МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова. Расскажите, пожалуйста, подробнее о ней.

– В настоящее время в МНОЦ имеются все подразделения, необходимые для обеспечения полного спектра медицинской помощи, а именно: поликлиника, клинико-диагностический центр (КДЦ) и стационар.

В рамках программы оптимизации городского здравоохранения к Университетской клинике МГУ присоединена поликлиника №202 Департамента здравоохранения Москвы, которая была создана еще в 1956 г. С апреля 2016 г. поликлиника является подразделением МНОЦ МГУ, его первичным звеном для оказания первичной медико-санитарной помощи по программе обязательного медицинского страхования (ОМС), в т.ч. по принципу подушевого финансирования. Важно отметить, что прикрепиться к ней сейчас и получать медицинское обслуживание могут не только студенты и сотрудники МГУ, но и любой москвич, имеющий полис ОМС.

– А КДЦ в составе Университетской клиники уже открыт для больных, как и поликлиника?

– Первых пациентов КДЦ стал принимать с конца 2013 г. КДЦ – это второй уровень нашей клиники, оснащенный самым современным оборудованием, обе-

спечивающий оказание полного спектра специализированной медицинской диагностической и лечебной помощи в таких направлениях, как онкология, хирургия, гинекология, травматология и ортопедия, кардиология, неврология, эндокринология, пульмонология, урология, нефрология, ревматология, аллергология, гастроэнтерология, колопроктология, дерматовенерология, медицинская косметология, отоларингология, офтальмология, гематология, профессиональные заболевания, спортивная медицина, стоматология и др.

В структуре КДЦ, наряду с общеполиклиническим отделением, осуществляют свою деятельность специализированные отделения: эндоскопии, в котором выполняется полный спектр малоинвазивных методов исследования (гастроскопия, колоноскопия, бронхоскопия, цистоскопия с использованием NBI (narrow band imaging); отделение эфферентных методов лечения; отделение лучевых методов (УЗИ и рентген) диагностики; отделение функциональной диагностики; отделение восстановительной медицины, включающей кабинеты ЛФК, физиотерапии и бальнеолечения. Планируется создание центров,основанных на междисциплинарном взаимодействии врачей по изучению нарушения сна и головной боли. В структуре МНОЦ нет родильного отделения, однако имеется лаборатория репродуктивного здоровья.

– А когда откроется стационар Университетской клиники, аналогичный учреждениям третьего уровня в здравоохранении РФ?

– В мае этого года стационар Университетской клиники (это третий уровень) принял первых пациентов. В итоге в стационаре будет развернуто 300 коек с комфортабельными одно- и двухместными палатами, а до конца этого года планируется открыть 120–150 коек. Операционный блок клиники состоит из 8 операционных, оснащенных всем необходимым оборудованием для выполнения высокотехнологичных оперативных вмешательств, ангиографического кабинета, отделения дистанционной ударно-волновой литотрипсии. В настоящее время направления, по которым осуществляется стационарная помощь, следующие: терапия, хирургия, гинекология, урология, сердечно-сосудистая хирургия, травматология и ортопедия, микрохирургия, нейрохирургия в рамках государственных гарантий ОМС и квот Минздрава РФ, по которым осуществляется высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП). Структуру Университетской клиники планируется сделать гибкой, т.е. в зависимости от конъюнктуры на рынке медицинских услуг мы готовы открывать новые отделения и модернизировать уже действующие. На свою же полную мощность – 300 коек, стационар заработает к концу 2017 г.

Для выполнения оперативных вмешательств, не требующих длительного пребывания в медицинском центре, возможна госпитализация в отделение дневного стационара клиники, который будет функционировать по направлениям терапия и хирургия.

Еще одной важной составляющей медицинской помощи, которая отсутствует во многих клиниках, является реабилитация. Нужно понимать, что реабилитация – одно из важнейших направлений в медицине. Многие пациенты, перенесшие различные операции, требуют проведения восстановительного лечения как в раннем послеоперационном, так и в более отдаленных периодах. В нашем реабилитационном отделении оказывается вся необходимая медицинская помощь в соответствии с научно-обоснованными комплексными программами.

– Думаю, что в сознании москвичей такое понятие, как «марка МГУ» включает общественное признание отличного качества не только обучения, но и всего остального, что делается в этом ВУЗе. Поэтому не ожидаете ли Вы такого наплыва пациентов в поликлинику МНОЦ, с которым не сможете справиться?

- Действительно, начатое с апреля 2016 г. прикрепление к поликлинике МНОЦ идет полным ходом. На сегодняшний день к нам прикрепились более 20 тыс. человек. И я вполне понимаю, почему она стала так популярна в столице. Ведь сегодня, к сожалению, в штате многих городских поликлиник первого уровня среди врачей отсутствуют узкие специалисты. В нашей же поликлинике амбулаторный прием сейчас ведется по всем медицинским направлениям. Отмечу, что главная составляющая качественной медицинской помощи – профессионализм врача. Кадровый состав центра состоит из высококлассных специалистов. Наши врачи являются ведущими экспертами как в нашей стране, так и за рубежом, что позволяет говорить о создании уникального центра превосходства. И надеюсь, что с годами сможем подтвердить справедливость такого заявления нашими достижениями.

– А есть ли уже в предлагаемом Клиникой ассортименте услуг такие, которые вы выбрали потому, что провели маркетинг и поняли, что спрос на такие виды медицинской помощи сейчас повышен?

– Именно с учетом повышенного спроса на определенные виды лечения в составе КДЦ мы создали новые направления, основанные на персонифицированной медицине и базирующиеся на междисциплинарном взаимодействии врачей различных специальностей. Это специализированный центр головной боли, центр по изучению нарушения сна, лаборатория репродуктивного здоровья, Центр хирургии и реабилитации заболеваний позвоночника. Еще одним востребованным сегодня в Москве видом медицинской помощи являются т.н. check-up программы профилактических обследований для лиц в возрасте 40, 50 и 60 лет. Эти программы уже отработаны нами и успешно выполняются. Наконец, большим спросом у населения, особенно пожилого возраста, пользуются методы дистанционного наблюдения за состоянием пациентов. В ближайшем будущем наши больные воспользуются дистанционным мониторингом функциональных показателей сердечно-сосудистой деятельности с помощью установленного специального оборудования.

– Как известно, болезнь легче предотвратить, чем вылечить. Расскажите, пожалуйста, о профилактическом направлении работы КДЦ.

– Самая большая ценность человека – это его здоровье. К сожалению, на сегодняшний день эта философия не до конца принята в обществе, и большинство людей обращаются в медучреждения, когда у них уже есть клинические проявления того или иного заболевания. В этом аспекте очень важны профилактические осмотры, которые следует проходить раз в год. В нашей клинике действуют специализированные программы в зависимости от возраста и пола пациента, включающие весь спектр необходимых обследований. Современная медицина способна точно и своевременно выявить факторы риска различных заболеваний, а, следовательно, у нас есть возможность предупредить их развитие и избежать трагических последствий.

Вместе с тем одна из важнейших задач МНОЦ МГУ – создание персонализированной медицины, которая позволит, исходя из особенностей организма пациента, генетической предрасположенности, построить индивидуальную программу профилактики и лечения. В Университетской клинике действует целый ряд уникальных комплексных программ: «Женское и мужское здоровье», «Узнай все о своем сердце и сосудах», «Здоровый вес – твое здоровье», программы по восстановительной медицине и реабилитации. Все программы также разрабатываются индивидуально.

Наша главная комплексная задача – не просто обеспечить долголетие человека, а обеспечить его качественное долголетие. Медицина будущего должна базироваться именно на профилактике.

– Расскажите, пожалуйста, об актуальных научных исследованиях, которые проводятся в МНОЦ в настоящее время.

«...»

В МНОЦ имеются все подразделения, необходимые для обеспечения полного спектра медицинской помощи: поликлиника, клинико-диагностический центр и стационар

«...»

Одна из важнейших задач МНОЦ МГУ – создание персонализированной медицины, которая позволит построить индивидуальную программу профилактики и лечения

– В самом названии нашего центра заложено три основных направления работы – наука, образование и медицина. В нем наравне с ведущими федеральными учреждениями разрабатываются и внедряются новые уникальные методы диагностики и лечения. Нельзя забывать, что МГУ – один из мощных научных кластеров. Мы активно и плодотворно сотрудничаем с рядом факультетов МГУ: фундаментальной медицины, биологическим, химическим и др. В их стенах разрабатываются уникальные технологии, которые в ближайшем будущем будут приносить пользу человеку. Мы планируем участвовать в программе оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации.

Одним из направлений фундаментальной медицины, которому уделяется повышенное внимание, является изучение клеточных технологий. В Университетской клинике создан Институт регенеративной медицины, занимающийся развитием этого направления. В будущем эти технологии позволят вырастить любые клетки, которые могут быть использованы в клеточной трансплантологии и тканевой инженерии. Применение клеточных технологий позволит выполнять реконструктивные операции при недостатке собственного пластического материала для восстановления поврежденных органов и тканей, создать новые лекарственные препараты для лечения больных рядом хронических заболеваний и многое другое.

– За счет чего Вы надеетесь добиться высоких результатов?

– Очевидно, что достичь высоких результатов в научно-исследовательской работе невозможно, не опираясь на достижения, имеющиеся в мировой практике. Мы активно работаем в рамках стратегического партнерства с ведущими медицинскими учреждениями страны и зарубежными Университетскими клиниками по обеспечению научных платформ в различных областях медицины. На сегодняшний день МНОЦ и ФФМ МГУ осуществляют научную работу в рамках полученных грантов Российского научного фонда и Министерства образования и науки, в т.ч. совместно с сотрудниками Российского кардиологического научно-производственного комплекса, Эндокринологического научного центра и других учреждений Минздрава России и РАН. Хотелось бы отметить, что развитие науки определяет развитие образования. Научный прогресс требует появления новых специальностей, в т.ч. и в медицине. Наша главная задача – преобразовать достижения фундаментальной науки в конечный продукт, который можно будет успешно использовать в практике.

– С какими трудностями Вы сталкиваетесь в своей работе?

– Я абсолютно уверен, не могут обычная городская больница и университетская клиника «жить» по одним стандартам и иметь одинаковое финансирование. Помимо клинической работы Университетские клиники осуществляют огромную работу в области научных исследований и образования. Проблема в первую очередь упирается в порядок оказания медицинской помощи, который не учитывает особенности медицинских учреждений. Это осложняет лицензирование стационара, которое требует не только наличия квалифицированных специалистов и соответствующего оборудования, но и строго привязано к числу коек стационара и штатному расписанию.

Мне представляется, что стационар не должен профилироваться по каждому медицинскому направлению. В современных условиях стационар должны быть разделен лишь на хирургические и терапевтические койки, что позволит гибко подходить к заполнению и рациональному использованию коечного фонда и оптимизировать финансовые затраты на стационарную помощь. При этом появляется возможность оказывать стационарную помощь, в т.ч. высокотехнологичную, на имеющихся койках. Необходимо разработать нормативное положение для Университетских клиник, четко регламентирующее их деятельность, создать собственную структуру и штатное расписание с наличием научных и образовательных ставок. Думаю, и этот вопрос со временем будет решен.

– В каких отношениях Вы находитесь с Минздравом и Департаментом здравоохранения Москвы?

– Напрямую мы не подчиняемся ни одному из министерств, наше учреждение является обособленным подразделением МГУ, который сам является главным распорядителем бюджетных средств. Взаимодействие с министерствами здравоохранения и образования осуществляется в части согласования государственного задания по выполнению ВМП, участию в программе медицинской помощи в рамках клинической апробации, а также прикладных научных исследованиях в образовании и здравоохранении. С Департаментом здравоохранения Москвы осуществляем координацию по обеспечению деятельности МНОЦ в сфере ОМС для москвичей и граждан других регионов Российской Федерации. Таким образом, финансирование Медицинского центра МГУ будет осуществляться из всех источников, в т.ч. по программе ОМС, а также государственного задания на оказание ВМП, не включенной в базовую программу ОМС и платных медицинских услуг.

Планируем, что как только в 2017 г. клиника уже целиком «встанет на крыло», мы будем активно участвовать в решении любых задач российского и московского здравоохранения.

– Много ли сотрудников МНОЦ получили образование на ФФМ МГУ?

– В Медицинском центре работают многие кафедральные работники ФФМ, совмещая образовательную деятельность с клинической. Мы с радостью принимаем выпускников ФФМ МГУ, которые, по сути, продолжают свое специализированное обучение в ординатуре и в аспирантуре на собственной клинической базе МГУ под руководством тех же преподавателей. Эта преемственность является основой получения полного цикла знаний и практической подготовки будущих врачей-исследователей. У нас уже работают выпускники ФФМ. Они хорошо зарекомендовали себя в работе.

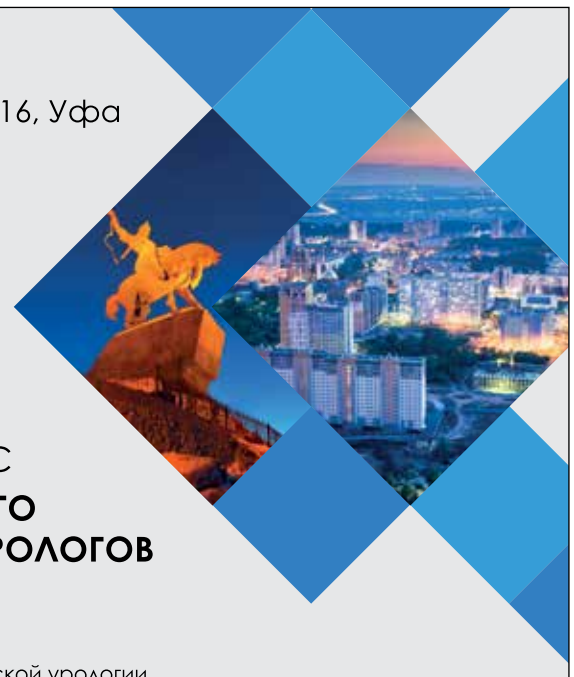
– Видите ли Вы какие-то преимущества по сравнению с традиционными медицинскими ВУЗами в том образовании, которое получают выпускники ФФМ МГУ?

– Безусловно. Наши студенты в дополнение к базовому образованию, предусмотренному образовательными стандартами РФ, получают и другую, очень серьезную «порцию фундаментального образования». Она приближает их, во-первых, к врачам, которых выпускали университеты СССР до 1930 г., а, во-вторых, к выпускникам западных стран, где медицинское образование молодежь получает только в стенах университетов. Специфика этого дополнительного образования состоит, прежде всего, в том, что за три первых года обучения наши студенты проходят на факультетах МГУ значительно более широкую подготовку по физике, химии, биологии и другим фундаментальным дисциплинам, чем студенты медицинских ВУЗов. Добавьте сюда биоинформатику, биофизику, углубленное изучение иностранных языков и обязательную защиту курсовой и дипломной работ, написанных на основании данных, полученных в результате соучастия студента в каком-либо исследовании университетских ученых, в т.ч. и проводимых в МНОЦ. В итоге выпускники ФФМ приобретают способность и даже подлинное пристрастие к научной работе, которую большинство из них уже по окончании ординатуры, а затем нередко и аспирантуры, совмещают с врачебной деятельностью.

Убежден, что это и есть оптимальный способ подготовки в России специалистов-медиков. Если в науку приходит выпускник обычного медицинского ВУЗа, ему не хватает знаний по фундаментальным дисциплинам. Поэтому ему необходимо тратить много времени на то, чтобы восполнить отсутствие базового университетского образования. Да и восполним ли вообще такой пробел? А если медицинской наукой начинает заниматься, например биохимик или биофизик, выпускник МГУ, то он совершенно не знаком с клиническими проблемами. Поэтому ему трудно сформулировать задачи и перспективы своего труда, нацелить его на практическое применение. Выпускники же ФФМ МГУ отлично справляются с задачами и практической, и научной медицины. Вот почему я бы очень хотел, чтобы эти молодые люди становились сотрудниками МНОЦ и своим трудом помогали нам решать те масштабные и очень интересные задачи, которые стоят перед медициной будущего...

Подготовил Александр Рылов

20-22 октября 2016, Уфа



РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО УРОЛОГОВ

XVI КОНГРЕСС
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

ТЕМЫ

- Достижения Российской урологии
- Профилактика урологических заболеваний
- Современные возможности визуализации в урологии
- Диагностика и лечение мочекаменной болезни и пилонефрита
- Актуальные проблемы уроонкологии
- Современные тенденции химио и лучевой терапии в уроонкологии
- Диагностика и лечение заболеваний нижних мочевых путей, простаты и уретры
- Современные возможности лекарственной терапии в урологии

Организаторы

WWW.CONGRESS-ROU.RU

16+ Реклама

Лечение эректильной дисфункции, характеризующейся неспособностью к достижению или сохранению эрекции полового члена, достаточной для удовлетворительного полового акта. Эффективен только при сексуальной стимуляции. Противопоказания (Полная информация — см. Инструкцию по применению): Гиперчувствительность к силденафилу или любому другому компоненту препарата, одновременный прием донаторов оксида азота или органических нитратов в любых лекарственных формах; одновременный прием ритонавира; пациентам, для которых сексуальная активность нежелательна, в том числе с тяжелыми сердечно-сосудистыми заболеваниями, пациентам с потерей зрения на один глаз вследствие передней ишемической оптической нейропатии неартериального генеза; наследственные дегенеративные заболевания сетчатки; тяжелая печеночная недостаточность; женский пол; возраст до 18 лет. Способ применения и дозы (Полная информация — см. Инструкцию по применению): Внутрь, примерно за 1 час до планируемой сексуальной активности. По 50 мг 1 раз в сутки. С учетом эффективности и переносимости доза может быть увеличена до 100 мг или снижена до 25 мг. Побочные эффекты (Полная информация — см. Инструкцию по применению): головная боль, головокружение, «приливы», нарушение зрения, нарушение цветовосприятия, заложенность носа, диспепсия. Срок годности: 3 года. Не применять по истечении срока годности, указанного на упаковке. Условия отпуска: По рецепту. Регистрационный номер: ЛП-000129. С подробной информацией о препарате можно ознакомиться в инструкции по применению.

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[2];
- обеспечивает минимум побочных эффектов[3];
- *не вызывает привыкания[4].

www.happyend.ru

Динамико. Краткая инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения. Торговое название: Динамико. МНН: силденафил (sildenafil). Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Фармакотерапевтическая группа: средство лечения эректильной дисфункции — ФДЕ5-ингибитор. Показания к применению: «приливы», нарушение зрения, нарушение цветовосприятия, заложенность носа, диспепсия. Срок годности: 3 года. Не применять по истечении срока годности, указанного на упаковке. Условия отпуска: По рецепту. Регистрационный номер: ЛП-000129. С подробной информацией о препарате можно ознакомиться в инструкции по применению.

1. Более подробная информация содержится в инструкции по применению препарата Динамико. 2. Под качественной понимается эрекция, достаточная для удовлетворительного полового акта. 3. Камалов А.А. и соавт. Естественные и технические науки. 2013, 1, 105-113. 4. Giuliano F. et al. Int J Clin Pract. 2010. Vol. 64, № 2. P. 240–255. ООО «Тева». 115054, г. Москва, ул. Валовая, д. 35. Тел.: +7 (495) 644-22-34, факс: +7 (495) 644-22-35/36.

Реклама

DNCO-RU-00107-Dok-Pharm-03102018

В поисках золотой середины

8–10 сентября в Ростове-на-Дону прошел V Российский конгресс по эндоурологии и новым технологиям, в ходе которого урологи страны обсудили преимущества, недостатки и перспективы новых методов диагностики и лечения больных урологическими заболеваниями. Организаторы форума – Российское общество по эндоурологии и новым технологиям, Российское общество урологов, ростовский клинико-диагностический центр «Здоровье». Президент V конгресса – главный врач КДЦ «Здоровье» и главный внештатный уролог Министерства здравоохранения Ростовской области Игорь Артемович Абоян.

И.А. Абоян

А.Г. Мартов

В.Л. Медведев

В течение трех дней участников конгресса ждала очень насыщенная программа, со стартом в 7 утра. Помимо пленарных заседаний, выступлений с докладами и круглых столов по наиболее актуальным вопросам новейших методов диагностики урологических заболеваний, эндоурологии и лапароскопии в рамках мероприятия велась трансляция эндоурологических, лапароскопических и роботических операций в реальном режиме времени. Участникам конгресса показали десяток самых современных эндоурологических вмешательств на верхних и нижних мочевыводящих путях (мини- и ультамини-перкутанная нефролитотомия, гольмиевая, тулиевая и электроэнуклеация доброкачественной гиперплазии предстательной железы – ДГПЖ, трансуретральная резекция мочевого пузыря единым блоком), 4 лапароскопические операции при опухолях почки и предстательной железы с использованием 3D визуализации и ICG технологии, а также 3 роботические операции на почке и простате. За пульт «дирижера» в операционной Клинико-диагностического центра (КДЦ) «Здоровье» вставали такие ведущие российские и европейские урологи, как Алексей Георгиевич Мартов, Армаис Альбертович Камалов, Марк Цинк, Вальтер Артебани, Йорн Витт.

Важно, что конгресс предоставил участникам возможность заработать баллы непрерывного медицинского образования, в т.ч. дополнительные – по итогам участия в учебных курсах «Современная перкутанная и трансуретральная хирургия при мочекаменной болезни (МКБ)» с отработкой навыков на тренажерах.

Традиционно программой форума были предусмотрены тематическая выставка и сателлитные симпозиумы компаний-спонсоров, представивших новейшие инструменты, расходные материалы и оборудование, используемые в эндоурологии.

Пленарное заседание конгресса открыл руководитель уронефрологической службы ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. профессора С.В. Очаповского», главный уролог Министерства здравоохранения Краснодарского края, д.м.н., профессор Владимир Леонидович Медведев. Он напомнил коллегам, что проведение V российского конгресса по эндоурологии и новым технологиям совпало с 30-летием применения лапароскопии в медицине. В Россию лапароскопия внедрена примерно на 10 лет позже, но с каждым годом число операций и возможностей ее применения в отечественной медицинской практике становится все больше.

Оперирует проф. А.Г. Мартов (Москва)

Оперирует проф. Э.А. Галлямов (Москва)

– Если брать российский опыт применения лапароскопии, то уже можно говорить об утвердившихся направлениях, – подчеркнул В.Л. Медведев. – Это онкоурология, аномалии развития мочевыделительной системы, пластическая урология, хирургия тазового пролапса и недержания мочи, гиперплазия простаты, МКБ и, конечно, забор почки от живого донора для ее трансплантации. Что способствовало этому? Конечно, научно-технический прогресс. На сегодняшний день многие клиники уже забыли о больших шкафах с хирургическими инструментами, необходимыми для выполнения тех или иных открытых оперативных вмешательств. В наши дни вся урологическая дисциплина направлена на внедрение эндоскопических, малоинвазивных, малотравматичных методов лечения. Накоплен очень большой опыт в этом направлении, проведен научный анализ результатов лечения осложнений, возможных при этом, внедрена роботическая хирургия. В настоящее время в арсенале урологов, выполняющих лапароскопические операции, имеются надежные цифровые HD-камеры, позволяющие получить трехмерное 3D- изображение, что существенно улучшило визуализацию и облегчило их выполнение; операционные столы, которые позволяют придать пациенту любое положение, возможность выполнения однопортовых операций с лигированием и клипированием сосудов суперсовременными аппаратами диаметром меньше, чем когда-либо, возможность использования сшивающих и ушивающих аппаратов, а также нитей из современных высокотехнологических материалов. Созданы условия для документирования и архивирования материалов лечебного процесса. Произошла интеграция всех процессов, которые связаны с работой клиники. Все это повышает эргономику хирурга, делает его рабочий процесс более комфортным и менее энергозатратным.

Профессор В.Л. Медведев обозначил обучение лапароскопической топогра-

фической анатомии, анатомии фасциальных пространств в качестве одной из приоритетных тем для обсуждения профессиональным сообществом.

– Это не та анатомия, которой нас учили в университете, – акцентировал Владимир Леонидович, – не менее актуальна отработка навыков, тренинги на симуляторах. К сожалению, в нашей стране еще нередко практикуется тренинг на пациентах, что зачастую приводит к развитию тяжелых осложнений. Поэтому очень важно создавать видеотеки и обучающие фильмы по эндоурологическим, в т.ч. лапароскопическим операциям. В ходе проведения мастер-классов и конференций однозначно должны демонстрироваться операции, выполняемые ведущими урологами в реальном режиме времени. Необходимо дискуссионное обсуждение каждого из этапов различных оперативных вмешательств, а процесс обучения должен быть коллективным творчеством. Не может человек обучаться в одиночку или, более того, быть самоучкой, когда речь идет о жизни человека.

Красной линией на протяжении всего конгресса прошла мысль о важности командной работы, внутриотраслевом взаимодействии. Директор ГБУЗ «Научно-практический центр медицинской радиологии Департамента здравоохранения Москвы» Сергей Павлович Морозов рассказал о Единой радиологической информационной системе, объединяющей 64 поликлиники Москвы. Результаты исследований, выполненных в первичном звене, загружаются на единый сервер, доступ к которому имеют врачи-эксперты. Они осуществляют аудит заключений коллег и проводят экспертизу качества медицинской услуги. В ходе этой деятельности были выявлены ошибки, что лишний раз подтверждает актуальность «второго мнения» в медицине.

Трансляция из операционной

Внимание зала приковано к трансляции из операционной

Докладчики были единодушны: качество операции во многом зависит от опытности хирурга, от частоты проведения им вмешательств. Современные исследования показывают, что именно его опыт наряду с оснащенностью операционной предопределяют отдаленные функциональные и онкологические морфологические результаты.

– Изучать отдаленные функциональные результаты оперативных вмешательств крайне необходимо, – призвал коллег В.Л. Медведев. – Доказано, что именно отдаленные результаты лапароскопических операций намного превосходят те, которые наблюдаются в открытой хирургии. Однако в онкоурологии лучшие результаты достигаются после открытых вмешательств.

Онкоурология, пожалуй, стала темой номер один в рамках данного конгресса. Обсуждая недостатки существующих методов диагностики, которые часто не позволяют выявить опухоль на ранней стадии, медики сошлись во мнении, что будущее за симбиозом различных методов диагностики, например МРТ и УЗИ, а также за тераностикой – диагностикой, сочетающейся в себе терапию.

От осложнений не застрахован ни один хирург. При эндоурологических операциях это, в первую очередь, кровотечения, затем – электроповреждения органов вследствие неумения хирурга обращаться с электроинструментом. Поздние осложнения связаны с избыточной коагуляцией, нарушением оттока мочи. Участники конгресса уделили большое внимание вопросам профилактики этих осложнений при эндоурологических операциях.

Вопросы, на которые участники конгресса так и не смогли дать однозначного, категоричного ответа – что же лучше: перкутанная нефролитолапаксия или открытое удаление коралловидного камня почки, фокальная терапия рака простаты или гольмиевая лазерная энуклеация предстательной железы – HoLEP, эндотрахеальный наркоз или отказ от него в пользу эпидуральной анестезии при выполнении перкутанной нефролитотрипсии, стентирование или эндопротезирование мочеточника, робот-ассистированная или лапарокоспическая операция. Хотя докладчики то и дело пытались склонить коллег в ту или иную сторону, единого ответа попросту не существует. В каждом случае врач должен оценить свой опыт, возможные риски различных оперативных вмешательств, все особенности заболевания у конкретного пациента, чтобы подобрать ему оптимальный вариант лечения.

– Если раньше мы стремились полностью заменить открытую хирургию лапароскопической, то сегодня мы прекрасно понимаем, что это абсурд, – отметил Владимир Леонидович. – Многие элементы лапароскопических операций применяются в открытой хирургии и, наоборот, элементы роботической хирургии используются в лапороскопической и открытой.

В последний день конгресса его участникам представили инновационное отечественное мобильное приложение для пациентов, которое нацелено на выработку у них правильного поведения и полезных привычек, что послужит профилактике ряда заболеваний, а также облегчит и ускорит общение с лечащим врачом, получение текущей обратной *on-line* связи по изменению схемы лечения, отмене лекарств в случае возникновения неблагоприятных побочных эффектов.

Операционная, робот Да Винчи

Оперирует проф. В. Артебани (Италия)

Екатерина Погонцева

Стенты в урологии: современные тенденции и перспективы

На V Российском Конгрессе по эндоурологии и новым технологиям, который состоялся 8–10 сентября в Ростове-на-Дону, четыре эксперта представили практический курс применения урологических мочеточниковых стентов в урологической практике.

С.С. Зенков

Как все начиналось

Доклад первого эксперта, кандидата медицинских наук, главного научного сотрудника научно-исследовательской лаборатории инновационных технологий в урологии ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет (РНИМУ) им. Н.И. Пирогова», соавтора разработок российских мочеточниковых стентов Сергея Станиславовича Зенкова был посвящен истории мочеточниковых стентов в России и периоду их становления. «Стентовая методика далеко не нова, – отметил С.С. Зенков. – В 1960-е гг. впервые была применена перфорированная силиконовая трубка между почкой и мочевым пузырем, она и стала мочеточниковым стентом. В 1970–1980 гг. стент был усовершенствован европейскими учеными и ими же были разработаны универсальные варианты стентов. Практически в то же время применение стентов началось и в СССР». В начале 1980-х гг. Николай Алексеевич Лопаткин, Алексей Владимирович Морозов и Алексей Георгиевич Мартов выпустили свои первые публикации в области эндоурологии, в т.ч. по применению стентов. А.В. Морозов, будучи доктором медицинских наук, в 1986 г. опубликовал работу «Эндоинструментальное лечение в урологии», в которой было подробно написано не только о нефростомии, но и о стентировании мочевыводящих путей (МВП). «Мне удалось найти первый операционный журнал, где описана работа с пациентами в 1985 г., которым постоянно ставились стенты в качестве альтернативы пункционной нефростомии», – сообщил С.С. Зенков и, пользуясь случаем, вспомнил о коллегах, которые стояли у истоков развития не только внутреннего дренирования, но и всей эндоурологии в СССР и России.

Одним из них был А.В. Морозов, недавно отметивший свой 70-летний юбилей. Он по праву считается основателем эндоскопического направления в урологии. А.Г. Мартов также стоял у истоков эндоскопической урологии и стентов. Н.А. Лопаткин является одним из основателей всей советской урологической школы. Профессор Евсей Борисович Мазо руководил многими диссертациями, связанными с внутренним дренированием верхних МВП. Благодаря профессору Валентину Яковлевичу Симонову в России было закуплено первое эндоскопическое оборудование и создана рентген-операционная, а также стали выполняться первые трансуретральные и эндоскопические операции. Профессор Анатолий Федорович Даренков был бессменным руководителем студенческого кружка на кафедре урологии 2-го МОЛГМИ (ныне РНИМУ) им. Н.И. Пирогова и стоял у истоков всей российской урологической службы. Александр Константинович Чепуров и Юрий Михайлович Захматов также внесли очень много ценного для развития отечественной урологии.

Со времени этих первых шагов было предпринято много серьезной работы: в 1980-х гг. Ольга Николаевна Лопаткина защитила диссертацию по специальности «гинекология», посвященную гестационному пиелонефриту, в то же время началось исследование по изучению функционального состояния мочеточника при его дренировании. Тогда же российские урологи очень активно участвовали в первых международных симпозиумах по мочеточниковым стентам, которые организовывались с участием отечественных специалистов. Также С.С. Зенков упомянул о компании «Мир» – первом производителе российских стентов в 1993 г.

От прошлого – к будущему

Профессор кафедры урологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова в Санкт-Петербурге профессор Бахман Гидаятович Гулиев рассказал о прошлом, настоящем и будущем стентов в урологии. По его словам, техника стентирования верхних МВП за свою 40-летнюю историю совершенствовалась от простых стентов, которые представляли собой перфорированные силиконовые трубки, устанавливаемые в просвет мочеточника интраоперационно, до создания Madris в 1978 г. pigtail катетера (наружный стент) и последующего его усовершенствования Finney (внутренний самоудерживающийся «стент» мочеточника с двумя завитками на пузырном и почечном концах (J-J стент).

Затем Б.Г. Гулиев остановился на материалах, из которых изготавливаются стенты, среди которых были названы силикон и кополимеры, полиуретаны, металлы и их сплавы, а также на стентовых покрытиях – гидрогелях, фосфорилхолинах. В связи с этим Бахман Гидаятович напомнил о необходимости использования стентов, которая может возникнуть в силу различных факторов – при обструкции мочеточника в результате опухоли, инфекции, послеоперационного отека, при онкологических заболеваниях органов мочевой системы и т.д. Бахман Гидаятович также напомнил, что стент устанавливают для того, чтобы наладить отток мочи из почки в мочевой пузырь, во время или после различных урологических операций (например, по поводу мочекаменной болезни), а также с целью облегчения процесса идентификации мочеточника при операционных манипуляциях, требующих максимального профессионализма от хирурга. Наиболее типичными заболеваниями, обусловливающими применение стентов, являются онкологические заболевания мочеточников или их сдавливание в результате опухоли в других органах, пиелонефрит, осложненная беременность, стриктура мочеточника, камни в почках или мочеточниках, доброкачественная гиперплазия простаты, забрюшинный фиброз. Длительность стентирования мочеточников колеблется от двух недель до года.

«Дизайн и современные покрытия для стентов – этим вопросам сегодня посвящены современные разработки, – сказал профессор Б.Г. Гулиев. – Характеристики идеального стента должны включать легкую установку под местной анестезией, минимальные локальные побочные эффекты (инкрустация и разрастание рубцовой ткани), малую вероятность миграции. Стент должен легко удаляться при необходимости, по просвету мочеточника возможно проводить эндоскопическое исследование. Появление новых материалов, из которых изготавливаются стенты, направлено на уменьшение стент-ассоциированных осложнений – боль, дискомфорт, раздражение мочевого пузыря, обострение мочевой инфекции и инкрустация стента. Одной из новейших разработок являются стенты, которые представляют собой проволочную спираль из никель-титанового сплава, обладающего свойством «памяти формы». Что касается будущего стентов, то, по словам Б.Г. Гулиева, в скором времени для их производства могут использоваться биорастворимые материалы (аутогенные ткани, хондроцит-полимерные матрицы), нитинол. Уже разрабатываются покрытия из биоматериала на основе оксалат-разлагающих ферментов, медикамент-содержащие покрытия (нитрат серебра, офлоксацин), медикамент-выделяющие покрытия.

«...»

Характеристики идеального стента должны включать легкую установку под местной анестезией, минимальные локальные побочные эффекты (инкрустация и разрастание рубцовой ткани), малую вероятность миграции

Профессор Б.Г. Гулиев упомянул о стентах двойной плотности, а также магнитных, облегчающих их удаление из организма без цистоскопии. Современные стенты производятся из гибких полимеров и имеют не сплошную, а спиралевидную поверхность, повторяют форму мочеточника и не нарушают его уродинамических характеристик. Среди наиболее востребованных для этих целей материалов следует отметить гидролизируемые полимеры в виде изолированных стереоизомеров (полигликалид и полилакти) или их комбинаций. «На тему биорастворимых стентов сегодня происходит много дискуссий в урологии, – сказал Бахман Гидаятович. – Конечно, подобные разработки избавили бы пациентов от длительного стентирования и от рисков, которые с этим связаны. Использование биодеградирующих покрытий, или т.н. гидрогелей, могло бы снизить снижение коэффициента трения, облегчить установку стента, «смывание» со стента с деградируемым слоем биопленок и струвита, что снизило бы риск обструкции стента и инфекционно-воспалительных осложнений».

Также Б.Г. Гулиев остановился на теме стентов для онкологических пациентов, которые вынуждены подвергаться длительному дренированию верхних МВП, упомянув о том, что до 2010 г. применялись мягкие стенты, которые ухудшали результаты дренирования. «Я и мои коллеги используем специальные онкостенты, имеющие большой просвет, что гарантирует максимальную дренирующую способность и длительный период их нахождения в организме, – сказал Б.Г. Гулиев. – Однако последние исследования показывают негативные последствия использования мягких стентов у онкологических пациентов, поскольку перегиб и сила давления на стент приводят к нарушению его функции». Б.Г. Гулиев сообщил и о том, что современные исследователи предлагают использовать и другие варианты применения стентов для онкологических пациентов: к примеру, размещать два стента в один мочеточник, чтобы продлить время дренирования. Также урологи ведут работы по разработке стентов с двумя просветами, и такие экспериментальные варианты уже существуют.

Антеградное и ретроградное стентирование мочеточника

Доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник урологического отделения ГБУЗ Московской области МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского Сергей Борисович Уренков рассказал о показаниях и технике антеградного и ретроградного стентирования мочеточника. С.Б. Уренков начал свой доклад с данных МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского: за последние 25 лет урологи этой клиники установили 2200 стентов, в основном при лечении больных мочекаменной болезнью. Чаще других способов стентирования верхних МВП урологи клиники применяли ретроградный, реже – антеградный, а в последнее время наибольшую популярность приобрел комбинированный способ. Относительно времени установки стентов С.Б. Уренков упомянул временные и постоянные варианты. Последние чаще всего используются у онкологических пациентов. Показанием к ретроградному стентированию чаще других проблем является мочекаменная болезнь, к антеградному – невозможность выполнения ретроградного стентирования и необходимость интраоперационного стентирования при выполнении различных операций на почке и мочеточнике.

Кратко докладывая о технике стентирования, С.Б. Уренков отметил, что при ретроградном способе в мочеиспускательный канал вводят цистоскоп для визуализации устья мочеточника, затем в просвет мочеточника устанавливают стент и при необходимости фиксируют его. В некоторых случаях стент ставится не через мочевой пузырь, а антеградным способом – через нефростому, установленную в поясничной области, а моча при этом поступает во внешний резервуар.
Кроме того, техника стентирования мочеточника может зависеть от типа применяемого стента – с открытыми концами, double pigtail stent, с закрытым почечным и пузырным концами (при этом длину стента определяют с помощью градуированного мочеточникового катетера, который сначала проводят в лоханку, а затем – в мочевой пузырь). Также урологи применяют стенты с закрытым дистальным (почечным) концом, которые устанавливаются без предварительной катетеризации почки.

Как заметил С.Б. Уренков, обычно установка стента контролируется визуально и с помощью рентгена. Однако он остановился на ультразвуковом и визуальном контроле, который, как правило, применяют у беременных пациенток. Во время беременности установка мочеточникового стента показана в случаях некупирующейся почечной колики, причину которой иногда трудно уточнить из-за ограничений возможности применения рентгенологических методов диагностики у беременных, гестационного пиелонефрита на фоне нарушения оттока мочи, выраженном, как правило, с одной стороны, обструктивного калькулезного пиелонефрита в первые (1–3) сутки заболевания при условии отсутствия признаков гнойно-воспалительных изменений в паренхиме почки. Как правило, беременным устанавливают стент типа double J (J-J) и стенты с покрытием, которые могут длительно (4–6 месяцев) находиться в МВП. Установка стентов других моделей предполагает их замену через 3 месяца. Установка стента в мочеточник относится к малоинвазивным урологическим операциям, которые у беременных проводятся ретроградным путем при цистоскопии под контролем УЗИ МВП. Возможна также и антеградная установка стента в мочеточник, выполняемая чрескожно после пункции чашечно-лоханочной системы. Однако для этой операции необходим рентгеноскопический контроль, что ограничивает ее проведение у беременных.

Упоминая о соотношении применения антеградного и ретроградного стентирования, С.Б. Уренков обратил внимание аудитории на тот факт, что антеградное стентирование мочеточника во время лапароскопической пиелопластики по сравнению с ретроградной методикой установки стента позволяет достоверно уменьшать время операции. Однако выбор методики, как подчеркнул Сергей Борисович, всегда подсказывает ситуация.

Жизнь со стентом

Президент Российского общества по эндоурологии и новым технологиям, заведующий отделением урологии ГКБ №57, доктор медицинских наук, профессор Алексей Георгиевич Мартов рассказал о том, как улучшить качество жизни пациентов с внутренними стентами.

А.Г. Мартов посвятил свой доклад теме применения α-адреноблокаторов для улучшения качества жизни пациентоа и «стент-зависимых» симптомов. «Внутреннее дренирование ВМП является стандартным урологическим вмешательством. Показанием к внутреннему дренированию служит внутрипросветное отведение мочи при обструкции ВМП, обусловленной камнем мочеточника, почки, опухолью мочеточника, опухолью забрюшинного пространства, стриктурой ВМП, ретроперитонеальным фиброзом. – напомнил А.Г. Мартов. – Также внутреннее дренирование применяется для интраоперационной визуализации мочеточника при открытых, лапароскопических, ретроперитонеоскопических вмешательствах. Дренирование используется для шинирования и дренирования мочеточника после эндоурологических операций и наложения анастомозов, для достижения пассивной дилатации мочеточника с целью профилактики образования «каменной дорожки» и обструкции мочеточника после дистанционной ударно-волновой литотрипсии и перед уретеропиелоскопией».

Алексей Георгиевич напомнил участникам конференции о том, что идеальный стент должен быть рентгенконтрастным, обладать необходимой мягкостью и в то же время определенной жесткостью для облегчения его установки, сохранять стабильность заданных свойств, быть устойчивым к миграции и инкрустации, быть биологически инертным и не приводить к рефлюксу. Однако, по его словам, на практике даже стенты, близкие к идеальным, могут стать причиной боли (в поясничной области – 45%, в надлобковой области – 37%), гематурии (32%), дизурии (54%), инкрустации, пузырно-мочеточникового рефлюкса, инфекционно-воспалительного процесса, свищей.

> «...»
>
> ***Применение α-адреноблокатора позволяет на 33% снизить выраженность ирритативных симптомов, связанных с наличием стента, что значительно улучшает качество жизни пациентов***

А.Г. Мартов

А. Г. Мартов отметил, что причиной симптомов нарушения функции нижних мочевыводящих путей (СНМП) при внутреннем дренировании является «пузырный завиток» стента, который вызывает раздражение шейки мочевого пузыря, что приводит к нестабильности и повышенной активности детрузора. С целью уменьшения СНМП пациентам с внутренними стентами А.Г. Мартов и его коллеги назначали α-адреноблокаторы и изучали влияние терапии на качество жизни и «стент-зависимые» симптомы. В исследовании, проведенном на базе ГКБ №57, участвовали 135 пациентов, которые были разделены на две группы. Первая получала противовоспалительное лечение и α-адреноблокатор, 2-я группа – только противовоспалительные препараты. Всем было проведено обследование через 2 недели после установки стента, за 30 дней до его удаления и через 4 недели после его удаления. В процессе исследования пациенты заполняли специальный опросник и визуальную аналоговую шкалу оценки здоровья, им выполнили УЗИ, обзорную урографию и необходимые лабораторные исследования. В результате было отмечено значительное снижение выраженности «стент-зависимых» симптомов, в частности уменьшение дизурии, болей в поясничной области, примеси крови в моче. Авторы исследования сделали вывод, что применение α-адреноблокатора позволяет на 33% снизить выраженность ирритативных симптомов, связанных с наличием стента, что, в свою очередь, значительно улучшает качество жизни пациентов.

Авторы докладов выразили уверенность, что практические моменты, представленные в ходе конгресса, найдут широкое применение в повседневной практике урологов и повысят качество урологической помощи, оказываемой населению России.

Людмила Боева

При выборе лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы приоритеты не могут расставляться исключительно врачом

Быстрое купирование симптомов у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) является основой ожиданий не только пациента, но и врача. Эта парадигма терапии больных ДГПЖ господствовала в течение длительного времени и явилась основой формирования успешных алгоритмов лечения. Как сегодня удовлетворить ожидания врача-уролога и пациента при лечении ДГПЖ? Как грамотно обсуждать с пациентом возможности лечения? Как повысить уровень комплаентности к препаратам, назначаемым пожизненно? Об этом и многом другом – наша беседа с директором Университетской клиники МГУ им. М.В. Ломоносова, врачом-урологом, членом-корреспондентом РАН, доктором медицинских наук, профессором Армаисом Альбертовичем Камаловым.

– Армаис Альбертович, с чего обычно начинается работа уролога с пациентом, страдающим ДГПЖ?

– Все начинается с правильного определения – отчего возникают те или иные симптомы. ДГПЖ является одним из самых распространенных заболеваний мужчин после 50–55 лет и протекает с ярко выраженными симптомами. Эти симптомы не зависят от размеров предстательной железы (ПЖ) и могут быть обусловлены как обструктивными нарушениями (нарушение оттока мочи), так и ирритативными.

Также симптомы нарушения функции нижних мочевыводящих путей (СНМП) могут быть связаны с гиперактивным мочевым пузырем, который может встречаться как самостоятельное заболевание, так и при ДГПЖ на фоне инфравезикальной обструкции. Это симптомы наполнения – когда на небольшие объемы мочи в мочевом пузыре у пациентов возникают позывы на мочеиспускание, с которыми он не в состоянии справиться. Но в отличие от симптомов, связанных с ДГПЖ, где превалируют жалобы на затрудненное мочеиспускание и чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, в случае с гиперактивностью – это частые мочеиспускания через каждые час – полтора небольшими порциями.

Задача уролога – разобраться с симптомокомплексом, беспокоящим пациента: являются ли эти симптомы обструктивными, ирритативными или связанными с гиперактивностью мочевого пузыря, либо носят смешанный характер. И с учетом полученных данных врач может назначать лечение.

– Какие моменты при диагнозе ДГПЖ имеют первостепенное значение?

– ДГПЖ надо рассматривать, как хроническое прогрессирующее заболевание подобно сердечно-сосудистым заболеваниям на фоне системного атеросклероза, сахарному диабету и т.п. Все эти заболевания требуют постоянного приема лекарств, направленных на уменьшение симптоматики, предотвращение дальнейшего прогрессирования заболевания и развитие осложнений.

Поэтому при диагнозе ДГПЖ имеют большое значение, с одной стороны, симптомы, но с другой – объективные методы обследования. К примеру, важно учитывать уровень простатического специфического антигена (ПСА), который должен рассматриваться не только как маркер рака ПЖ. Определяя уровень ПСА, мы можем понять – насколько высок шанс дальнейшего прогрессирования этого заболевания. К примеру, уровень ПСА больше 1,5 нг/мл говорит о том, что со временем ПЖ будет увеличиваться в размерах. И даже если сегодня у пациента нет выраженных симптомов заболевания, они обязательно возникнут на фоне дальнейшего увеличения размеров ПЖ. Но, разумеется, главной проблемой являются вопросы, связанные с качеством мочеиспускания, выявляемые с помощью уродинамического исследования, а также размеров ПЖ. В зависимости от полученных данных, выраженности симптомов заболевания зависит выбор лечения, это может быть как лекарственная терапия, так и оперативное лечение.

– О каких препаратах идет речь?

– В первую очередь, это группа α-адреноблокаторов, способных очень быстро привести существенному уменьшению СНМП, связанных с ДГПЖ. Но вместе с тем многие исследования показывают, что α-адреноблокаторы не являются препаратами, которые предотвращают дальнейшее прогрессирование заболевания, т.е. со временем возможно увеличение размеров ПЖ, а симптомы ДГПЖ приобретут более яркую выраженность. Поэтому разработана и успешно применяется вторая группа препаратов – ингибиторов 5-α-редуктазы, механизм действия которых влияет на патогенез заболевания, предотвращая дальнейший рост ПЖ.

Хорошо известно, что развитие ДГПЖ связано с переходом тестостерона в его активную форму – дигидротестостерон, который является главным фактором развития гиперплазии ПЖ. Это очень важный аспект, который надо учитывать. Ингибиторы 5-α-редуктазы не дают перейти тестостерону в активную форму, тем самым прерывая механизм прогрессирования заболевания.

Кстати, несколько лет назад при назначении ингибиторов 5-α-редуктазы существовали рекомендации о том, что для достижения результатов их надо принимать от шести месяцев до года. Однако опыт показал, что через определенное время после отмены терапии рост ПЖ возобновляется, несмотря на достигнутое успехи на фоне годового лечения этими препаратами. ПЖ достигает исходных размеров, а симптомы заболевания снова начинают проявляться с той же интенсивностью.

– Но что же делать с пациентами, у которых есть и изнуряющие симптомы, и данные, свидетельствующие о том, что железа уже достигла размеров 40 см², а ПСА – 1,5 нг/мл?

– Такие факты являются показанием для комбинированного лечения, когда α-адреноблокаторы назначаются вместе с ингибиторами 5-α-редуктазы. Однако здесь важно осознавать существование некоего комплаенса, который заключается в готовности пациента длительно принимать ту или иную терапию. Именно, поэтому важно максимально улучшать профиль комплаентности к лечению среди пациентов с ДГПЖ, принимающих комбинированную терапию. Наиболее простым и эффективным способом повышения приверженности к лечению при использовании комбинированной терапии является объединение действующих веществ в одну капсулу – как в препарате Дуодарт. И, конечно, в этом случае необходимо обсуждать с пациентом все имеющиеся возможности. Чаще всего в результате беседы с врачом пациент понимает степень риска быть прооперированным через какое-то время и осознанно соглашается на пожизненную комбинированную терапию, тем самым обеспечивая возможность контроля ситуации с помощью лекарственных препаратов. И если пациент готов к такой терапии — значит, она должна быть ему назначена.

– По вашему опыту, пациентов часто пугает формулировка «пожизненная терапия»?

– Все зависит от ожидания пациента и связанных с этим разъяснений врача. К примеру, врач обязан довести до больного ДГПЖ о всех возможных вариантах лечения от консервативных методов до различных видов оперативного вмешательства. Но при этом необходимы разъяснения, что операция на ПЖ может иметь те или иные осложнения и способна привести

к определенным анатомическим изменениям в отношении мочевого пузырья и уретры. Так, у очень многих пациентов, восстановление нормального мочеиспускания в результате операции сопровождается ретроградной эякуляцией — когда во время полового акта сперма устремляется не по уретре, а в сторону мочевого пузыря. Многих пациентов это не только не устраивает, но и серьезно огорчает. И, конечно, врачу необходимо предварительно проговорить с пациентом о том, что сперма «никуда не делась», просто в соответствии с физическими законами жидкость устремляется в сторону наименьшего сопротивления. И поскольку после трансуретральной резекции ПЖ нарушается целостность внутреннего сфинктера, этот механизм приводит к ретроградной эякуляции.

– Кем должны быть расставлены приоритеты при выборе лечения?

– Приоритеты не могут быть расставлены исключительно врачом. Ведь пациенту необходимо сделать собственный выбор дальнейшего образа жизни в зависимости от степени риска возникновения тех или иных осложнений. Поэтому в случае с ДГЖП врач обязан предложить пациенту выбор – либо операцию, либо консервативную терапию, возможно пожизненную.

При этом пациенту необходимо разъяснить следующее. Когда мы используем комбинированную терапию из препаратов двух вышеуказанных групп (к примеру, Дуодарт), то один из них устраняет симптомы заболевания, приводя к нормальному самочувствию, другой — предотвращает дальнейшее прогрессирование заболевания и приводит к уменьшению размеров ПЖ. В случае достижения значительного уменьшения размеров ПЖ на фоне использования комбинированной терапии мы можем на каком-то этапе отменить прием α-адреноблокатора. Уменьшение размеров ПЖ само по себе может привести к нормализации мочеиспускания. И если отмена α-адреноблокатора не приводит к усилению симптомов заболевания, пациент может быть переведен на монотерапию ингибитором 5-α-редуктазы. Но при этом препараты ингибиторов 5-α-редуктазы необходимо принимать постоянно, ведь стоит их отменить — ПЖ вновь начнет расти и ситуация вернется на исходные позиции, которые были до применения терапии, включая беспокоящие пациента симптомы.

Между тем помимо операции и комбинированной лекарственной терапии есть еще и третий вариант лечения – терапия ингибитором 5-α-редуктазы в виде монотерапии. К примеру, в ситуации, когда у пациента ПСА превышает 1,5 нг/мл, имеется увеличение размеров ПЖ, но отсутствуют симптомы заболевания или они выражены незначительно. Очевидно, когда есть все факторы риска прогрессирования заболевания, со временем у такого пациента возникнут симптомы ДГПЖ. Применение ингибитора 5-α-редуктазы позволит приостановить дальнейшее прогрессирование заболевания, и такой пациент имеет большой шанс не страдать в будущем от проблем с мочеиспусканием.

Важно отметить, что сегодня существуют комбинированные формы препаратов, включающие в себя и ингибитор 5-α-редуктазы, и α-адреноблокатор. Первым таким препаратом с фиксированной комбинацией, объединившей действующие вещества в одну капсулу, стал Дуодарт. В этом случае прием одной таблетки вместо двух является более удобной и комфортной формой терапии для пациента. Кроме того, и у врача появляется некий механизм повышения степени комплаентности к препаратам пожизненной терапии, в составе которой находятся оба важных компонента.

– Насколько такая форма терапии может повлиять на выбор пациента? Является ли комбинация «два в одном» способом, который может побудить пациента отказаться от операции и выбрать пожизненную терапию?

– Здесь многое зависит от настроя пациента. Некоторые даже не допускают мысли о возможности оперативного лечения. Есть и те, кто рассуждает иначе: «Зачем мне всю жизнь принимать таблетки, если можно один раз прооперироваться и закрыть проблему ДГПЖ?». Но еще существуют пациенты, которые не могут перенести операцию по причине сопутствующих заболеваний (риск оперативного вмешательства достаточно высок, поскольку их состояние может осложниться в интра- и послеоперационном периодах). К этой группе относятся коморбидные пациенты, страдающие ДГПЖ в сочетании с другими интеркурентными заболеваниями.

Ситуации бывают разные. Но именно диалог между врачом и пациентом четко должен поставить все точки над «i» с открытым обсуждением всех опасений пациента и возможных вариантов лечения.

– Существует какая-то особая «техника» диалога, позволяющая убедить пациента именно в пожизненной терапии?

– Кстати, при диагнозе ДГПЖ пациенту стоит знать о том, что лет 15–20 назад больные этим заболеванием лечились исключительно оперативным методом, т.к. другого выбора попросту не было. И в связи с этим возник определенный стереотип: помочь способна только операция, все остальное – второстепенно. Но ведь сегодня в арсенале врача имеются очень эффективные препараты. А значит, у пациента появились и другие возможности лечения, которые необходимо обсуждать.

В некоторых случаях убеждать не приходится – все очевидно. К примеру, пациентов, которые уже принимают β-адреноблокаторы или терапию, направленную на предупреждение прогрессирования атеросклероза. Варианты их терапии уже являются пожизненными, эти пациенты прекрасно осознают такую необходимость и дают на нее свое согласие. У них, как правило, не бывает никаких возражений к пожизненному приему дополнительных лекарств.

Для других, находиться в лекарственной зависимости является проблемой. Особенно если учесть, что они принимают много других препаратов. Однако, к сожалению, ДГПЖ обычно начинает проявляться в пожилом возрасте, как правило, сочетаясь с рядом других заболеваний. А значит и риск оперативного вмешательства у таких пациентов достаточно высок. И этот факт может повлиять в пользу «еще одной таблетки» вместо операции.

Есть еще один немаловажный аспект, способный убедить пациента в необходимости пожизненного лечения. Для примера возьмем молодого пациента, ведущего активную половую жизнь и, возможно, планирующего отцовство в будущем. Во-первых, необходимо объяснить ему, что хотя операция не влияет на эректильную функцию после нее часто возникает ретроградная эякуляция, т.е. операция может резко уменьшить возможность зачатия ребенка путем обычного полового акта. В третьих, многих пациентов от принятия решения в пользу операции останавливает возможность возникновения такого осложнения, как недержание мочи.

– В таком случае пациент обязательно спросит о безопасности комбинированной терапии.

– Конечно. И врач обязан разъяснить моменты, связанные с этой темой. К примеру то, что селективные α-адреноблокаторы в меньшей степени влияют на снижение артериального давления, поэтому, как правило, проблем с длительным проведением терапии не возникает. Другой важный момент: многие пациенты считают, что ингибиторы 5-α-редуктазы способны снизить половую функцию. Однако, по нашим данным, гораздо большее значение здесь имеет психологический фактор, чем реальная ситуация. Это обусловлено тем, что в аннотации ингибиторов 5-α-редуктазы прописано возможное снижение половой функции – именно на эту фразу пациенты склонны обращать первостепенное внимание. И по этой причине они отказываются принимать данные препараты. Хотя на самом деле, снижение половой функции происходит лишь у 2% больных. Однако эта маленькая группа пополняется за счет тех, кто настраивает себя психологически на негативный результат. А ведь при этом существует ряд других препаратов, используемых в общеклинической практике для лечения сердечно-сосудистых и других заболеваний, которые также могут снижать половую функцию. Однако, отказываясь от приема данных лекарств, пациент подвергает свое здоровье гораздо большему риску – инфаркта или инсульта.

Вместе с тем я рекомендую обсуждать вопросы, касаемые половой функции пациентов с ДГПЖ, более подробно, чтобы понять – насколько сегодня (на момент обращения) эректильная функция имеет тенденцию к ухудшению. Сегодня множество исследований свидетельствуют о влиянии СНМП на развитие зректильной дисфункции у мужчин. Ведь вполне вероятно, что перед нами пациент с уже «проблематичной» эрекцией. В этом случае больному ДГПЖ необходимо предложить наблюдение в процессе лечения и в случае необходимости можно использовать препараты, способные улучшить половую функцию и нивелировать побочные эффекты терапии.

Беседовала Людмила Боева

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

* с риском прогрессии заболевания. ДГПЖ – доброкачественная гиперплазия предстательной железы

Краткая информация о препарате Дуодарт. Регистрационный номер: ЛП-002650. Торговое наименование препарата: Дуодарт. Международное непатентованное название (МНН): дутастерид + тамсулозин. Лекарственная форма: капсулы с модифицированным высвобождением. Показания к применению: Лечение и профилактика прогрессирования доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Противопоказания: Повышенная чувствительность к дутастериду, другим ингибиторам 5-α редуктазы, тамсулозину или любому другому компоненту, входящему в состав препарата. Ортостатическая гипотензия (в т.ч. в анамнезе). Выраженная печеночная недостаточность. Возраст до 18 лет. Применение препарата противопоказано женщинам и детям. С осторожностью: Хроническая почечная недостаточность (клиренс креатинина ниже 10 мл/мин, артериальная гипотензия, запланированная операция по поводу катаракты, при совместном применении с мощными или умеренно активными ингибиторами изофермента CYP3A4 (кетоконазол, вариконазол и др.). Применение при беременности и лактации: Препарат Дуодарт противопоказан для применения у женщин. Нет данных о выделении дутастерида или тамсулозина с грудным молоком. Способ применения и дозы: Рекомендуемая доза препарата Дуодарт одна капсула внутрь один раз в сутки, спустя приблизительно 30 минут после одного и того же приема пищи. Побочные действия: Эректильная дисфункция, снижение либидо, нарушение эякуляции, гинекомастия, аллергические реакции (включая сыпь, зуд, крапивницу, локализованный отек), головокружение и ангионевротический отек. Передозировка: Данные относительно передозировки при приеме комбинации дутастерида и тамсулозина отсутствуют. Взаимодействие с другими препаратами Дутастерид: При проведении исследований взаимодействия дутастерида с тамсулозином, теразозином, варфарином, дигоксином и колестирамином у человека каких-либо клинически значимых фармакокинетических или фармакодинамических взаимодействий не отмечалось. Тамсулозин: Имеется теоретический риск усиления гипотензивного эффекта при применении тамсулозина совместно с препаратами, способными снижать артериальное давление, включая анестетики, ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа и другие α1 адреноблокаторы. Не следует применять препарат Дуодарт в комбинации с другими α1 адреноблокаторами. Особые указания: У пациентов необходимо проводить пальцевое ректальное исследование и другие методы диагностики рака предстательной железы до начала лечения препаратом Дуодарт и периодически повторять их в процессе лечения для исключения развития РПЖ. Форма выпуска, условия выписки: Капсулы с модифицированным высвобождением, 0,5 мг + 0,4 мг. По 30, 90 капсул во флаконе из полиэтилена высокой плотности. Отпускается по рецепту. Перед применением следует ознакомиться с полной версией инструкции по медицинскому применению препарата. Для получения дополнительной информации и для сообщения о нежелательном явлении на препарат ГСК обращайтесь в ЗАО «ГлаксоСмитКляйн Трейдинг» по адресу: 121614, Москва, ул. Крылатская, д. 17, стр. 3, либо по тел.: (495) 777-8900, факсу: (495) 777-8901, электронной почте ru.safety@gsk.com. RU/Pharma/0002/16 13/05/2016

Эффективность и безопасность применения БАД НейроДоз при сексуальных дисфункциях у мужчин

Успех мужчины в сексуальной сфере во многом определяет качество его жизни и служит важным психологическим фактором, дающим ему уверенность в себе. Преждевременная эякуляция (ПЭ) является одной из наиболее распространенных форм сексуальной дисфункции у мужчин моложе сорока лет, которая приводит к значимому снижению качества жизни, ухудшению отношений в супружеской паре и развитию депрессии. ПЭ встречается у 30% мужчин и почти у всех страдающих этой дисфункцией вызывает стыдливость и желание скрыть проблему.

А.А. КАМАЛОВ [1], Л.А. ХОДЫРЕВА [1,2], А.А. ДУДАРЕВА [1,2], Д.А. ОХОБОТОВ [1], В.К. КАРПОВ [1], М.А. СТАРОСЕЛЬСКАЯ [3], М.И. ДАВИДОВ [4], М.Д. КУЗЬМИН [5]

[1]Кафедра урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова; [2]ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы»; [3]АО Нижфарм АО ШТАДА Маркетинг, Москва; [4]Кафедра факультетской хирургии с курсом урологии ГБОУ ВПО ПГМУ им. Е.А. Вагнера, Пермь; [5]Урологическое отделение областной клинической больницы №1 г. Оренбурга

Прежде времени

Согласно американскому обзору состояния здоровья и социальных проблем населения, встречаемость преждевременной эякуляции (ПЭ) в популяции составляет 21%, примерно в 30% случаев ПЭ – это удел мужчин моложе 40 лет. Всемирное исследование половых отношений и поведений GSSAB (Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors) показало, что ПЭ – наиболее частая половая дисфункция у мужчин. Этим расстройством страдает примерно каждый третий представитель мужского пола, а уровень распространения его на Востоке ниже, чем в других регионах мира. Также было отмечено наличие связи ПЭ с эректильной дисфункцией (ЭД) и высокая распространенность ПЭ среди больных хроническим простатитом (ХП) и синдромом хронической тазовой боли, показатели которой составили 36,9 и 64,1% соответственно.

В России у больных ХП ПЭ выявлена в 29,4% наблюдений, а эффективность этиотропной терапии пациентов с различными формами ХП и вторичной ПЭ составила 67,4%. Несмотря на значительную распространенность, механизмы ПЭ изучены недостаточно. В литературе имеются данные, свидетельствующие о генетической предрасположенности к возникновению ПЭ, а также о том, что нарушения эякуляции отмечаются достаточно часто среди лиц с избыточной массой тела, невысоким уровнем образования, эмоциональными переживаниями и стрессом.

Как бы то ни было, но ПЭ оказывает значительное влияние на психоэмоциональное состояние и качество жизни пациентов, при этом редко служит поводом обращений мужчин к врачам – не чаще, чем в 10% случаев. Среди причин низкой выявляемости ПЭ лидирует чувство неудобства или неуверенности пациента в излечении ПЭ и недостаток знаний и клинического опыта у специалиста, который устанавливает неверный диагноз.

В норме семяизвержение и оргазм обычно происходят одновременно. Обе функции контролируются парасимпатической, симпатической и соматической нервными системами. Нейрохимический рефлекс представляет собой сложное взаимодействие центральных серотонин- и дофаминергических нейронов. Среди основных причин возникновения первичной ПЭ считают короткую уздечку полового члена, нейрогенные и медиаторные нарушения, а приобретенной (вторичной) – ХП, ЭД и гипертиреоз.

Особенности терапии

В 1990-е гг. появились первые медикаментозные препараты – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗ) – для лечения ПЭ, которые не нашли широкого распространения среди пациентов по причине недостаточной эффективности и частого возникновения побочных эффектов. Данное обстоятельство создавало благоприятные условия для поиска новых средств, способных устранить ПЭ.

В 2012 г. на отечественном рынке появилось многокомпонентное средство НейроДоз®, зарегистрированное в РФ в качестве биологически активной добавки к пище (БАД) для мужчин, содержащей тирозин, DL-фенилаланин, триптофан, глютамин, магний, витамин B_6. Проведенные клинические исследования подтвердили эффективность применения НейроДоза® у пациентов с различными формами ПЭ. В частности, по результатам пилотного плацебо-контролируемого исследования с участием 43 мужчин с ПЭ, проведенного Г.В. Тер-Аванесовым в 2011 г., применение БАДа НейроДоз® в течение 3 месяцев позволило снизить число эпизодов ПЭ и нормализовать половой акт у 58,7% пациентов, увеличить продолжительность его фрикционного периода в среднем с 0,9 до 3,5 минуты у 67,8% пациентов. В 2013 г. многоцентровое открытое исследование эффективности и безопасности применения НейроДоза® у пациентов с ПЭ, проведенное на базе 9 клинических центров, показало не только увеличение продолжительности пенетрационной фазы и фрикционного периода полового акта в среднем в 2,5 раза, но и улучшение сексуальной функции в целом и ее составляющих, по данным Международного индекса эректильной функции (МИЭФ), усиление яркости оргастических ощущений, снижение уровня тревожности и депрессии при анкетировании по госпитальной шкале тревоги и депрессии (ГШТД).

Клиническое исследование, проведенное на кафедре урологии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко в 2014 г., выявило, что применение НейроДоза® 60 пациентами с ЭД позволило скорректировать эректильные расстройства, психоэмоциональный статус, а также восстановить нормальные хроноритмы благодаря, вероятнее всего, нормализации серотонинового обмена. В том же году на кафедре клинической андрологии РУДН сравнительное рандомизированное плацебо-контролируемое клиническое исследование показало, что использование БАДа НейроДоз® при вторичной ПЭ на фоне стандартной терапии ХП позволило достичь значительно лучших результатов лечения. Отмечено повышение числа пациентов с положительным ответом на терапию в основной группе по сравнению с контрольной на 29,41% и удлинение средней продолжительности полового акта с 40,8±9,9 (25–56) сек. исходно до 180,1±41,2 (120–240) сек. после курса НейроДоза® (достоверные различия с группой плацебо). Кроме того, данные, полученные в ходе исследования, свидетельствовали об эффективности и хорошей сочетаемости ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа и БАД при комбинированной терапии пациентов с ЭД и ПЭ. Характеризуясь хорошей переносимостью, БАД НейроДоз® ослаблял психосоматическую отягощенность и достоверно увеличивал продолжительность полового акта, что в целом существенно повышало качество сексуальной жизни пациентов.

По мнению исследователей, возможность пролонгирования эффекта от проведенной терапии путем индивидуального подбора пациентами режима и кратности дозирования НейроДоза® открывает новые возможности персонифицированной медицины и позволяет рекомендовать его в качестве дополнительного средства для обеспечения полноценности сексуального контакта.

Результаты применения при сексуальных дисфункциях

В 2015 г. были получены результаты многоцентрового наблюдательного исследования эффективности и безопасности применения НейроДоза® при сексуальных дисфункциях у мужчин. В исследование были включены 630 мужчин из 23 медицинских учреждений России с диагностированными сексуальными дисфункциями (различные формы ПЭ/неудовлетворенность средней продолжительностью полового акта и/или стертость оргазма, и/или ЭД, сопровождающаяся повышенным уровнем тревожности).

Клиническую эффективность и безопасность НейроДоза® оценивали по степени улучшения качества сексуальной жизни мужчин по Шкале оценки мужской копулятивной функции (МКФ) и ГШТД, динамики яркости оргазма (в баллах) и продолжительности пенетрационной фазы сексуального контакта (по результатам анкетирования). Мониторинг результатов лечения пациентов осуществлялся на трех визитах: визит 1 – перед включением пациента в исследование, визит 2 и визит 3 – через 1 и 2 месяца приема НейроДоза® соответственно, который назначали по 2 капсулы 2 раза в сутки в течение 2 месяцев. Полученные данные были обработаны в общей группе пациентов (n=630) и раздельно в трех группах: наличие ПЭ – 1-я группа (n=582), расстройства оргазма без ПЭ – 2-я группа (n=17) и повышенная тревожность на фоне урологических заболеваний без ПЭ – 3-я группа (n=31). В 92,4% наблюдений применение НейроДоза® было рекомендовано в связи с наличием ПЭ. У 69,1% больных, включенных в исследование, ПЭ сочеталась с другими урологическими заболеваниями, из них у 50,5% – с воспалительными заболеваниями простаты, у 33,2% – с ЭД и у 6,5% – с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Сопутствующие соматические заболевания имели 15% больных. Наиболее часто диагностировали артериальную гипертензию (5,2%), сахарный диабет (2,5%), ишемическую болезнь сердца (2,1%), язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и/или гастрит (1,1%).

В 1-й группе пациентов, отмечавших ПЭ, 78,1% мужчин с целью улучшения сексуальной функции принимали только НейроДоз®, 21,9% больных сочетали его прием с другими препаратами. К 3-му визиту продолжали прием других препаратов лишь 12,7% пациентов, в то время как 87,3% пациентов принимали НейроДоз® в монорежиме. В общей группе было отмечено статистически значимое увеличение интенсивности оргазма, длительности полового акта (с 3,3 до 6,5 минуты), удовлетворенности половым актом. Курсовой прием НейроДоза® в течение 2 месяцев позволил значительно сократить число пациентов с симптомами субклинически и клинически выраженной депрессии до 42 (6,9%) и 17 (2,8%) пациентов, которая исходно отмечалось у 133 (21,1%) и 171 (27,1%) мужчины соответственно. Снижение выраженности тревожной и депрессивной симптоматики было отмечено ко 2-му визиту, а положительная динамика сохранена в течение всего периода наблюдения. Увеличение продолжительности пенетрационной фазы сексуального контакта по времени более 50% от исходного отметили 81% пациентов. Таким образом, после курсового приема НейроДоза® продолжительность полового акта увеличилась в 2,5 раза, в среднем с 2 минут на визите 1

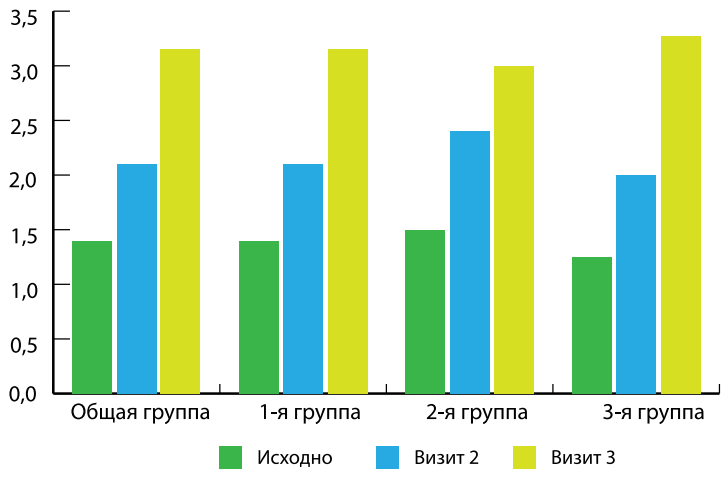


Рис. 1. Динамика удовлетворенности половым актом (в баллах) у пациентов, принимающих НейроДоз®

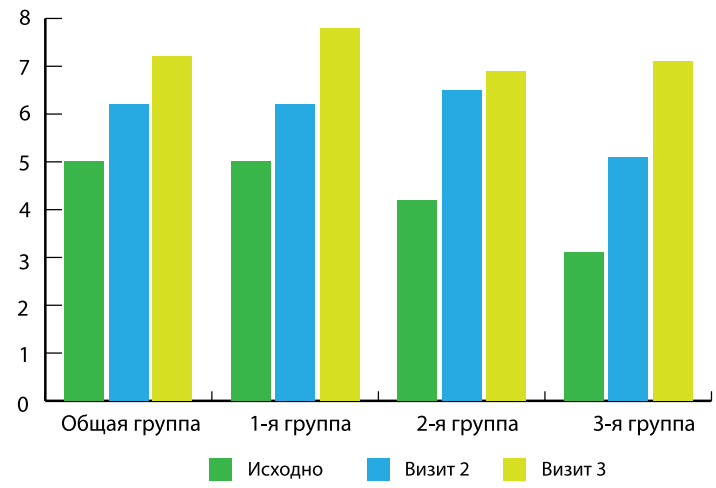


Рис. 2. Динамика яркости оргазма (в баллах)

до 3 и 5 минут на визитах 2 и 3 соответственно. Клиническая эффективность была расценена как выраженная у 82,8% пациентов, хорошая – у 5,9%, удовлетворительная – у 2,9%. Также отмечено повышение яркости оргазма в 87% наблюдений, причем у 44,4% пациентов данный эффект был расценен как выраженный.

В 1-й группе пациентов при анализе динамики показателей шкалы МКФ к концу исследования выявлено статистически значимое улучшение половой функции практически по всем составляющим, включая нейрогуморальную, психическую, эрекционную и эякуляторную. Снижение тревожности по шкале ГШТД к концу исследования отмечено у 89,7% пациентов 1-й группы, из них выраженный эффект констатирован у 71,2% пациентов. Депрессивная симптоматика по шкале ГШТД к концу исследования уменьшилась у 81,1% пациентов 1-й группы, причем выраженный эффект отмечен у 62% пациентов.

Во 2-й группе пациентов с расстройствами оргазма жалобы на снижение яркости оргазма у 88,2% пациентов возникали на фоне различных урологических заболеваний, наиболее частыми причинами стертости оргастических ощущений были признаны воспалительные заболевания простаты (47,1%), ЭД (17,6%) и ДГПЖ (17,6%). Клиническая эффективность лечения на визитах 2 и 3 составила 76,5 и 82,4% соответственно. Кроме увеличения яркости оргазма в среднем на 75%, выраженного уже через 1 месяц терапии, улучшились такие показатели, как удовлетворенность половым актом, общая сумма баллов по шкале МКФ и ее составляющим (кроме нейрогуморальной).

В 3-й группе пациентов с повышенной тревожностью наиболее часто диагностировали ЭД (51,6%) и воспалительные заболевания простаты (38,7%), реже – ДГПЖ (16,1%) и гипогонадизм (9,7%). Снижение психоэмоциональной отягощенности было достигнуто у 90% пациентов. В целом отмечено существенное снижение доли пациентов с субклинически или клинически выраженной тревогой (на 73,8%) и депрессией (на 70,5%).

Кроме уменьшения тревожно-депрессивной симптоматики увеличились такие показатели, как яркость оргазма, удовлетворенность половым актом, общая сумма баллов шкалы МКФ. Исследователи отметили, что прием НейроДоза® характеризовался хорошей переносимостью и сочетаемостью с другими препаратами, а нежелательные реакции были отмечены всего у 1,1% человек.

Практические выводы

В ходе анкетирования врачей – участников наблюдательного исследования НейроДоза®, выявлено, что ПЭ – актуальная проблема. Несмотря на редкую обращаемость пациентов к урологу по поводу изолированной ПЭ, данное состояние широко распространено среди пациентов с ХП и ЭД: при прицельном анкетировании были выявлены жалобы на недостаточную продолжительность полового акта у 38,2% пациентов, получавших лечение по поводу ХП, и 33,25% пациентов, обратившихся к урологу по поводу ЭД. Также при прицельном анкетировании была отмечена довольно высокая распространенность нарушений психоэмоционального сферы и стертости оргазма у урологических пациентов. Были также представлены интересные выводы патогенеза ПЭ. В частности отмечено, что в патогенезе ПЭ нейротрансмиттер серотонин, являясь биологически активным веществом, играет основную роль в регуляции эякуляции. Серотонинергическая система действует как супрессор эякуляторного рефлекса. Таким образом, ПЭ является не только психологическим расстройством, но и нейробиологическим феноменом, развивающимся в результате хронической (возможно, генетической) серотонинергической гиперактивности. Это дает право сделать вывод о том, что сексуальные дисфункции могут быть как причиной, так и следствием психоэмоциональных расстройств. Кроме того, исследователи предполагают, что инфекционно-воспалительный процесс в предстательной железе может способствовать повышению чувствительности семенного бугорка и ослаблению акта семяизвержения, которые клинически проявляются ПЭ. Имеются данные о возникновении ЭД у пациентов с ПЭ, связанной с психогенными факторами. В других случаях ЭД может быть причиной ПЭ, т.к. нестойкая эрекция может способствовать сознательному ускорению завершения полового акта и обусловить формирование т.н. порочного круга. При этом оба состояния маскируют друг друга, существенно затрудняя диагностику и лечение первичного заболевания. По мнению исследователей, улучшение практически всех составляющих копулятивной функции в ходе исследования происходило, вероятно, за счет увеличения концентрации прекурсоров серотонина в пресинаптической щели, таких как тирозин, фенилаланин, триптофан, глютамин, содержащихся в НейроДозе®, уменьшение психогенного компонента – под влиянием витамина B_6 и магния, входящих в состав данного комплекса.

По результатам проведенного исследования значительное увеличение продолжительности полового акта отмечено в группе пациентов с ПЭ. У мужчин с расстройствами оргазма и повышенной тревожностью без ПЭ продолжительность полового акта на фоне приема НейроДоза® практически не изменилась, в то время как удовлетворенность половым актом (оценка по шкале МКФ) достоверно повысилась во всех группах. В частности, в общей группе отмечено статистически значимое увеличение удовлетворенности половым актом с 1,4 до 3,1 балла (рис. 1). Интенсивность оргазма также увеличилась во всех группах, например в общей группе с 5 до 7,6 балла, но наиболее значимо у пациентов с повышенной тревожностью, получавших НейроДоз®, с 3,2 до 7,2 балла (рис. 2). Исследователи отметили существенное сокращение потребности в приеме других лекарственных средств и БАДов по поводу сексуальной дисфункции на фоне курсового приема НейроДоза® (в 2,5 раза).

Таким образом, клиническая эффективность и безопасность применения НейроДоза® продемонстрирована в ряде клинических исследований, что позволяет рекомендовать его в составе комплексной терапии сексуальных дисфункций у мужчин. Курсовой прием НейроДоза® в течение 2 месяцев влияет на копулятивную функцию, увеличивает продолжительность полового акта, красочность оргазма и удовлетворенность половой жизнью, уменьшает выраженность тревожной и депрессивной симптоматики у мужчин с сексуальными дисфункциями, что способствует повышению качества жизни пациентов.

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы как системное гормонально-метаболическое заболевание

И.А. ТЮЗИКОВ, к.м.н., профессор РАЕ, Заслуженный работник науки и образования; Клиника профессора Калинченко, Москва

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: современные парадигмы и парадоксы

Общеизвестная парадигма ДГПЖ состоит в том, что она традиционно рассматривается как классический пример возраст-ассоциированного хронического прогрессирующего доброкачественного заболевания ПЖ, которое характеризуется развитием простатической железисто-стромальной гиперплазии и последующих симптомов нарушения функции нижних мочевыводящих путей (СНМП) на фоне возрастного дисбаланса половых гормонов. Ключевыми механизмами патогенеза заболевания являются повышение активности/гиперэкспрессия ферментов 5-α-редуктаз эпителия и ароматазы стромы, а также гиперактивность α-адренорецепторов и М-холинорецепторов нижних мочевыводящих путей и ПЖ, закономерно приводящих к появлению и прогрессированию обструктивных и/или ирритативных СНМП/ДГПЖ (Н.А. Лопаткин, 2009; A. Mehik, et al., 2000). К сожалению, такое достаточно узкое понимание сущности ДГПЖ только лишь как локального (органного) патологического процесса до сих пор диктует основные приоритеты фармакотерапии ДГПЖ, в рамках которой применяются в основном суперселективные препараты, оказывающие преимущественно симптоматические локальные действия в пузырно-уретрально-простатическом сегменте (α-1-адреноблокаторы, М-холинолитики, агонисты β_3-адренорецепторов, фитопрепараты, биорегуляторные пептиды, биологически активные добавки к пище – БАДы). Сегодня только две группы препаратов для лечения больных ДГПЖ реально способны оказать патогенетическое влияние на нее – это ингибиторы 5-α-редуктазы (но частота назначения их, к сожалению, в 5 раз ниже, чем симптоматических α-1-адреноблокаторов) и ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа, которые известны урологам уже практически 20 лет. Даже если принять, что ДГПЖ – только локальное патологическое состояние ПЖ, то почему мы не используем для лечения больных этим заболеванием эффективные патогенетические препараты, а лечим симптоматически? Это первый парадокс ДГПЖ.

Второй парадокс ДГПЖ состоит в том, что если, по определению, весь сценарий ДГПЖ происходит в условиях прогрессирующего дисбаланса половых гормонов, то почему ни в одном из современных руководств по ведению пациентов с СНМП/ДГПЖ нет рекомендаций по гормональному скринингу, а препараты тестостерона до сих пор не внесены в рекомендации как вариант эффективной патогенетической терапии СНМП/ДГПЖ у гипогонадных мужчин с гипогонадизмом, хотя доказательная база для такого утверждения очень внушительная (B. Lunenfeld, et al., 2015; С.Ю. Калинченко и др., 2013)? Наверное потому, что до сих пор само слово «тестостерон» приводит в ужас урологов и онкологов благодаря старому мифу 1941 г. о том, что «тестостерон – пища для голодной опухоли простаты», который уже в XXI в. благополучно развеян и ушел в небытие как страшный сон (A. Morgentaler, 2014, 2015). Прогрессивные урологи сегодня уже не боятся назначать тестостерон лицам пожилого возраста! Более того, в настоящее время поставлен новый вопрос – только ли один тестостерон нужен для поддержания оптимального гормонального гомеостаза в ПЖ и только ли его возрастной дисбаланс способен приводить к гиперплазии простаты, или играют роль и другие возраст-ассоциированные гормональные дисбалансы, ведь ДГПЖ инициируется, формируется и прогрессирует не в изолированной лабораторной модели ПЖ, а в целостном организме, и лечить нужно не болезнь, а больного? (И.А. Тюзиков, 2015).

ДГПЖ: время менять традиционную парадигму патогенеза и фармакотерапии

В связи с этим все возрастающую популярность в последнее время в мире приобретает новая концепция ДГПЖ не как локального (органного) заболевания, а как локального проявления системных гормонально-метаболических нарушений у мужчин (Ł. Dobrek, et al., 2015; M. Gacci, et al., 2015; L. Vignozzi, et al., 2014; С.Ю. Калинченко, И.А. Тюзиков, 2015). Фундаментальным обоснованием такой междисциплинарной и интегративной точки зрения являются высоко доказательные исследования последних лет, продемонстрировавшие достоверные патогенетические связи СНМП/ноктурия/ДГПЖ не только с возрастным дефицитом тестостерона (возрастным андрогенным дефицитом – ВАД), но и с ожирением, инсулинорезистентностью, сахарным диабетом 2 типа, эндотелиальной дисфункцией и гипоксией, окислительным стрессом, характером питания: дефицитом микроэлементов (цинк, медь, железо, магний) и омега-3-полиненасыщенных жирных кислот (омега-3-ПНЖК)), с дефицитом витамина D, мелатонина, вазопрессина (антидиуретического гормона – АДГ), серотонина, дегидроэпиандростерона (ДГЭА), а также с гиподинамией, депрессией и т.д. Иными словами, с подавляющим большинством неблагоприятных гормонально-метаболических событий, сопровождающих старение мужчины и лежащих в основе патогенеза большинства возраст-ассоциированных заболеваний, включая ДГПЖ, которые способны индуцировать ключевые патогенетические механизмы ДГПЖ – активировать 5-α-редуктазу и ароматазу ПЖ, а также индуцировать системную симпатическую гиперактивность, которая в свою очередь ведет к гиперактивности периферического адренергического и холинергического аппаратов ПЖ и нижних мочевыводящих путей. Поэтому при отсутствии своевременной диагностики и коррекции указанных системных возрастных гормонально-метаболических дисбалансов одновременно происходит прогрессирование и СНМП/ноктурия/ДГПЖ (см. таблицу).

Перечисленные ключевые возрастные гормональные дисбалансы развиваются, конечно, не все одновременно и не в один день. Для более глубокого понимания полиэндокринной природы ДГПЖ, поражающей один из самых гормонозависимых органов мужчины – ПЖ, и развивающейся в непосредственной связи с системными гормональными дисбалансами, можно провести простое сопоставление известных стадий естественного течения ДГПЖ с известными временны́ми периодами развития наиболее важных возрастных гормональных дисбалансов (см. рисунок). Как видно из рисунка, уже к 30 годам у многих современных мужчин развиваются важные гормональные дисбалансы, способные приводить к активации пролиферации в ПЖ, прежде всего, персистирующий с детства и прогрессирующий с возрастом дефицит витамина D и алиментарный дефицит важнейших микроэлементов (в частности, цинка – природного ингибитора 5-α-редуктазы, а также меди, железа, магния) и омега-3 ПНЖК, обусловленные неправильным характером питания современного человека (B.A. Erickson, et al., 2012; И.А. Тюзиков, 2014; Ю.А. Тишова и др., 2013; P.K. Manchanda, et al., 2012). Неправильный режим питания на фоне гиподинамии закономерно приводит к развитию и прогрессированию ожирения, которое сегодня очень помолодело и стало важнейшим механизмом патогенеза большинства возраст-ассоциированных заболеваний, включая метаболический синдром, сахарный диабет 2 типа, сердечно-сосудистые заболевания, которые вкупе существенно повышают как риск развития онкологических заболеваний в целом, так и опухолей ПЖ (включая ДГПЖ и рак простаты) в частности (X. Zhang, et al., 2015; S. Wang, 2012; C. De Nunzio, et al., 2012; D.F. Penson, et al., 2011). После 30 лет у представителей обоих полов дополнительно снижается секреция надпочечникового ДГЭА (R.A. Prough, 2016). Вот почему на фоне этих рано возникающих гормонально-метаболических дисбалансов уже у 30-летних мужчин можно выявить гистологические признаки ДГПЖ, которая в этом возрасте в большинстве случаев остается асимптоматической, а потому недиагностированной и нелеченой. Далее на фоне сохранения и прогрессирования этих возрастных эндокринопатий к 40 годам у мужчин присоединяются новые гормональные дисбалансы, прежде всего, ВАД, сопровождающийся нарушениями эстрогенового баланса, а также возрастной феномен гиперинсулинемии/инсулинорезистентности, за счет синергизма которых прогрессирует ожирение, развивается эндотелиальная дисфункция, системное хроническое воспаление (цитокиновый каскад), усугубляется клеточная и тканевая гипоксия. В итоге у многих метаболически и гормонально дискредитированных мужчин в 40–45 лет уже могут выявляются физикальные признаки ДГПЖ в виде увеличения ПЖ с клиническими симптомами или без них. И, наконец, к 50 годам на фоне персистенции и прогрессирования всех указанных выше гормональных дисбалансов могут развиваться новые возрастные значимые гормональные дисбалансы (дефицит мелатонина и вазопрессина, или АДГ, что знаменует переход физикальной асимптоматической ДГПЖ в симптоматическую, которая при отсутствии адекватного лечения прогрессирует вплоть до стадии осложненной ДГПЖ (С.Ю. Калинченко, И.А. Тюзиков и др., 2012).

Заключение

Таким образом, новый методологический интегративный подход к ДГПЖ, основанный на анализе современных эндокринно-метаболических механизмов патогенеза заболевания, позволяет четко понять, что все локальные патологические процессы, сопровождающие ДГПЖ, неразрывно связаны в силу выраженной гормонозависи-

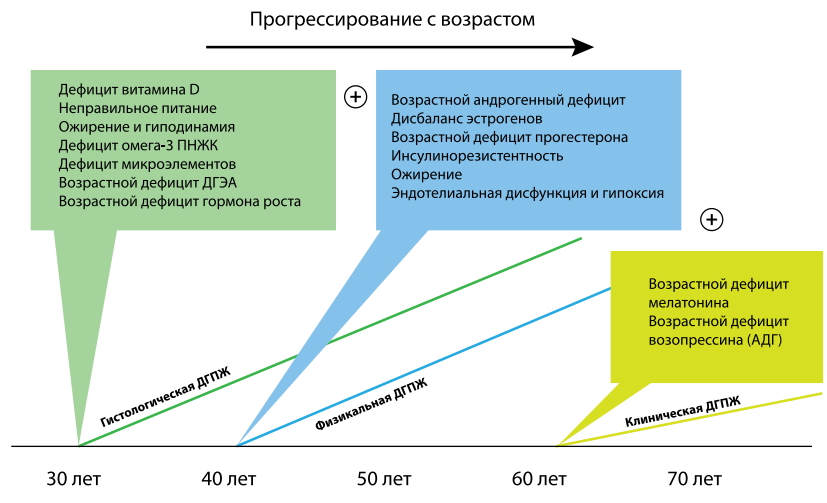


Рисунок. Сопоставление периодов естественного течения ДГПЖ и времени наступления наиболее значимых возрастных гормональных дисбалансов при старении мужчины [авторская адаптация по результатам собственных исследований (И.А. Тюзиков, С.Ю. Калинченко, 2013–2016)]

Таблица. Возрастные изменения секреции ключевых гормонов и их клинические проявления, включая предстательную железу (Тюзиков И.А., 2014)

Название гормона	Характер изменений секреции с возрастом	Возможные проявления
АДГ, или вазопрессин	Снижается у большинства людей после 50 лет	Ночная или суточная полиурия как компонент ноктурии, а также нарушения социализации, остеопороз, хроническое воспаление
Витамин D	В силу географических особенностей подавляющее большинство россиян имеют дефицит витамина D с рождения. С возрастом дефицит витамина D усугубляется у обоих полов	Дефицит половых гормонов, остеопороз, ожирение, инсулинорезистентность, сахарный диабет 1 и 2 типов, депрессии, когнитивные нарушения, эндотелиальная дисфункция, ускорение старения, онкологические заболевания, снижение иммунитета, заболевания ПЖ (витамин D – природный ингибитор редуктазы и мощный антибиотик)
Мелатонин – гормон сна	Может снижаться уже после 30 лет, максимум снижения – после 60 лет. Мощный антиоксидант, антипролиферант и репарант	Возрастная инсомния (бессонница), метаболические нарушения, снижение когнитивных функций, обучаемости и памяти, ожирение, саркопения, инсулинорезистентность, остеопороз, снижение иммунитета, сердечно-сосудистые заболевания, бесплодие, онкологические заболевания, включая рак ПЖ
Инсулин	Существенно повышается у большинства людей после 40 лет, особенно при наличии ожирения (феномен инсулинорезистентности – снижение чувствительности периферических тканей к инсулину и нарушение поступления глюкозы в клетки). После 70 лет может снижаться, что свидетельствует об истощении секреторного резерва поджелудочной железы	Инсулинорезистентность находится в тесной связи с возрастным окислительным стрессом, ожирением, мужским гипогонадизмом и дефицитом витамина D. Приводит к целому спектру метаболических нарушений (системная симпатическая гиперактивность, метаболическая невропатия, усиление окислительного стресса, большинство онкологических заболеваний (в синергизме с ожирением), саркопения, эндотелиальная дисфункция, ишемия, гипоксия, ускорение старения). Инсулин – мощный митогенный гормон, активатор симпатической гиперактивности и активатор 5-α-редуктазы
Надпочечниковые андрогены (ДГЭА, его сульфатная транспортная форма – ДГЭА-сульфат и андростендион)	ДГЭА – ключевой субстрат для синтеза тестостерона и эстрогенов у обоих полов. Секреция снижается уже после 30 лет	У обоих полов – снижение устойчивости к стрессу, выпадение волос, старение кожи, депрессии, ожирение, когнитивные нарушения, сексуальная дисфункция, хроническое воспаление, дефицит половых гормонов. У мужчин – дополнительно ДГПЖ и рак ПЖ (ДГЭА – природный ингибитор 5-α-редуктазы)
Прогестерон – ключевой субстрат для синтеза глюкокортикоидов, минералокортикоидов и ДГЭА, который далее конвертируется в тестостерон и эстрогены	Снижается у мужчин после 40–45 лет, у женщин – уже после 35 лет	Мощный нейропротектор, нейрорепарант, анальгетик, донатор-предшественник миелина нервных окончаний у обоих полов. Обсуждается его роль в патогенезе ДГПЖ и рака простаты, т.к. прогестерон – природный ингибитор 5-α-редуктазы и 5-α-дигидротестостерона и модулятор эстрогеновых рецепторов
Серотонин	Разнонаправленные изменения. Дефицит серотонина может развиваться при дефиците в пище его предшественника – триптофана (вегетарианство, дефицит железа, курение, ожирение, сахарный диабет 2 типа)	При дефиците или нарушении мозгового транспорта серотонина наблюдаются импульсивность, тревожность, депрессии, нарушения сна, дефицит половых гормонов, ожирение. У мужчин дефицит серотонина достоверно ассоциируется с более тяжелыми СНМП/ДГПЖ
Тестостерон	У мужчин уровень тестостерона плавно снижается с разной скоростью в течение всей жизни, начиная с 30 лет	Ожирение, инсулинорезистентность, сахарный диабет 2 типа, метаболический синдром, эндотелиальная дисфункция, метаболическая невропатия, депрессии, остеопороз, сексуальные и репродуктивные нарушения, саркопения, ноктурия, заболевания ПЖ (тестостерон – ингибитор 5-α-редуктазы и нейропротектор, противостоящий системной и периферической симпатической гиперактивности)

мости ПЖ с системными возрастными гормональными дисбалансами, оказывающими одновременное влияние как на метаболизм железы и ДГПЖ, так и на системное старение мужчины в целом. Такой взгляд уже привел к формированию в современной урологии нового междисциплинарного взгляда на ДГПЖ как на гормонально-метаболическое заболевание с системным патогенезом и преимущественно локальными клиническими проявлениями, что требует кардинальных изменений традиционных узкопрофильных подходов к фармакотерапии и профилактике этого распространенного возраст-ассоциированного заболевания. Сегодня в научной литературе имеются убедительные данные о высокой эффективности и безопасности терапии СНМП/ноктурия/ДГПЖ не только препаратами тестостерона, но и витамином D, донаторами серотонина и селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, гормоном сна мелатонином, аналогами вазопрессина (десмопрессином), метоформином (инсулиновый сенситайзер из группы бигуанидов, ликвидирующий инсулинорезистентность), а также показана терапия прогестероном и ДГЭА (в России не лицензированы) у мужчин с ДГПЖ. Конечно, никто не умаляет достоинств традиционных простатотропных препаратов для лечения больных ДГПЖ, но совершенно очевидно, что только их персонифицированная комбинация с препаратами, оказывающими системное воздействие на общие эндокринно-метаболические механизмы патогенеза ДГПЖ, позволит реализовать индивидуальный комплексный подход к каждому пациенту с ДГПЖ и существенно улучшить результаты патогенетической терапии и профилактики этого заболевания.

ПАМЯТИ ЭДУАРДА НАЗИПОВИЧА СИТДЫКОВА

5 сентября 2016 г. на 86-м году жизни скончался академик Академии наук Республики Татарстан (РТ), заслуженный врач Российской Федерации (РФ) и РТ, заслуженный деятель науки РФ и РТ, отличник здравоохранения СССР, профессор кафедры урологии Казанского государственного медицинского университета Эдуард Назипович Ситдыков.

Э.Н. Ситдыков после окончания лечебного факультета Казанского государственного медицинского института в 1956 г. продолжил обучение в клинической ординатуре на кафедре факультетской хирургии КГМИ в клинике им. акад. А.В. Вишневского. После окончания ординатуры работал врачом хирургического отделения Республиканской клинической больницы МЗ ТАССР, где сразу раскрылись его отличные способности хирурга, а также приверженность научной и организаторской деятельности. В 1960 г. в РКБ открылось урологическое отделение, и Эдуарду Назиповичу было доверено его заведование. В 1963 г. он был избран ассистентом кафедры факультетской хирургии и через 2 года защитил кандидатскую диссертацию. В 1967 г. – доцент кафедры факультетской хирургии по курсу урологии, а в 1970 г. – стал первым заведующим организованной в КГМИ кафедры урологии и руководил ею в течение 26 лет.

Дальнейшая практическая и научная деятельность Эдуарда Назиповича была посвящена проблемам диагностики и лечения рака мочевого пузыря. В 1971 г. защитил докторскую диссертацию. Он разработал методику ортотопической операции при раке мочевого пузыря, которая широко используется в российской практике врачей-урологов. В 1972 г. ему было присвоено звание профессора. С 1970 г. Э.Н. Ситдыков возглавил созданное в ТАССР Общество урологов и являлся его бессменным председателем. В том же году приказом Минздрава ТАССР Э.Н. Ситдыков был назначен главным внештатным урологом Республики. Проявив организаторские способности на посту главного специалиста Минздрава РТ, Э.Н. Ситдыков создал межрайонные урологические отделения в ЦРБ городов РТ, а на базе кафедры урологии КГМИ организовал подготовку квалифицированных кадров для этих отделений, что, несомненно, благоприятно сказалось на развитии урологической службы Татарстана.

Э.Н. Ситдыков проявил себя как прекрасный руководитель и организатор урологической службы Республики Татарстан, много сделавший для ее развития и совершенствования. Благодаря его энтузиазму и инициативе создан урологический центр на базе нового 7-этажного здания урологической клиники КГМУ. Центр был укомплектован современным медицинским оборудованием, которое соответствовало требованиям последних достижений медицинской науки и техники, что позволило выполнять высокотехнологические лечебные и диагностические процедуры при различных урологических заболеваниях. Им создана современная клиническая база для подготовки студентов, врачей и специалистов-урологов не только для Казани и РТ, но и стран ближнего и дальнего зарубежья.

Большой научный потенциал профессора Э.Н. Ситдыкова был реализован в разработке и внедрении в клиническую практику оригинальных методов лечения различных урологических заболеваний, на которые получены авторские свидетельства. Результатом его научной деятельности стали 6 монографий, более 300 печатных работ в центральной медицинской отечественной и иностранной печати, 8 авторских свидетельств на изобретения, 12 рационализаторских предложений и 12 методических рекомендаций.

Его многогранная работа достойно оценена правительствами РФ и РТ. Э.Н. Ситдыков был награжден почетными грамотами Президиума Верховного Совета ТАССР, Академии наук Татарстана, Минздрава РТ, КГМУ, медалью «За доблестный труд». В 2004 г. Э.Н. Ситдыков стал лауреатом престижной премии в урологии им. акад. Н.А. Лопаткина «За вклад в развитие Отечественной урологии». В 2011 г. Э.Н. Ситдыков получил почетное звание гражданина Казани «За труд и доблесть на благо Казани». С 1998 г. он являлся почетным членом Всероссийского общества урологов.

Профессор Э.Н. Ситдыков долгие годы был внештатным главным урологом-консультантом МЗ РТ, членом редакционных советов журналов «Урология» и «Казанский медицинский журнал».

Все 60 лет своей лечебной, научной и организаторской деятельности Эдуард Назипович был примером жизнелюбия, активной жизненной позиции, высокой работоспособности и преданности своей специальности для своих коллег и многочисленных учеников. Его оригинальные научные идеи еще долгие годы будут определять пути дальнейшего развития и совершенствования урологической службы РТ. Эдуард Назипович был добрым, отзывчивым человеком, прекрасным семьянином, а его жизненным девизом были профессионализм, честность и принципиальность.

Отечественная урология понесла тяжелую утрату, т.к. ушел из жизни один из ее корифеев. Светлая память об Эдуарде Назиповиче Ситдыкове навсегда сохранится в сердцах его коллег, учеников и благодарных пациентов.

Российское общество «Мужское здоровье», редакционная коллегия газеты «Московский уролог», коллектив урологической клиники КГМУ, кафедра урологии ГБОУ ВПО «Казанский ГМУ» и урологи РТ.

STADA

17 лет Витапрост®

Выбор врача в лечении заболеваний простаты

ЛС 002488 от 16.03.2012

ЛС-002487 от 18.05.2012

ЛСР-002821/07 от 20.09.2007

Р №001136/01 от 10.05.2007

Реклама

АО «НИЖФАРМ», Россия, 603950, г. Нижний Новгород, ГСП-459, ул. Салганская, д. 7
Дата выпуска материала: октябрь 2016
Материал предназначен только для медицинских работников