▶ cmp. 4

III Научно-практическая конференция «Лопаткинские чтения»: От скальпеля – к литотрипсии

▶ cmp. 8

III Научно-практическая конференция «Лопаткинские чтения»: Передовые технологии против мочевых камней

▶ cmp. 13

проф. Р.С. Козлов: «Необходимо изменить отношение врачей к антимикробным препаратам»

МОСКОВСКИИ УРОЛОГ МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА

MAPT 2017 г.

B HOMEPE

НОВОЕ В УРОЛОГИИ

Новые исследования в диагностике мочекаменной болезни

cmp. 6

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

О роли госпитального эпидемиолога в контроле инфекционных осложнений, связанных с оказанием медицинской помощи

cmp. 10

ВРАЧУ НА ЗАМЕТКУ

Что необходимо для успешной терапии больных острым неосложненным циститом

cmp. 14

ПРАКТИКА

Препараты выбора для лечения больных острым пиелонефритом

cmp. 17

ИНТЕРВЬЮ

Академик РАН А.А. Камалов: С пациентом надо говорить подробно и обо всем

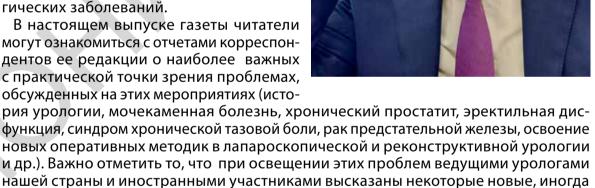
cmp. 20

Уважаемые коллеги!

В первом квартале 2017 г. в Москве состоялись ставшие традиционными, что подчеркивает их значимость, научно-практические мероприятия, в т.ч. с международным участием (XI Всероссийская конференция «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2017»; IX Всероссийская урологическая видеоконференция «Оперативное лечение заболеваний органов мочеполовой системы»; III Научно-практическая конференция «Лопаткинские чтения»), в ходе которых обсуждались важные вопросы диагностики, лечения и профилактики ряда урологических и андрологических заболеваний.

В настоящем выпуске газеты читатели могут ознакомиться с отчетами корреспондентов ее редакции о наиболее важных с практической точки зрения проблемах, обсужденных на этих мероприятиях (исто-

дискуссионные подходы к их решению.



Пользуясь случаем, приглашаю всех на XIII Конгресс «Мужское здоровье», который состоится в Кисловодске 26-28 апреля 2017 г.!

Подробная информация о Конгрессе помещена на странице 2.

Главный редактор, академик РАН А.А. Камалов





2

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

Главный редактор

Армаис Альбертович КАМАЛОВ, академик РАН, д.м.н., профессор, 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., член-корр. РАН, д.м.н., профессор Аляев Ю.Г., член-корр. РАН, д.м.н., профессор Велиев Е.И., д.м.н., профессор Винаров А.З., д.м.н., профессор Глыбочко П.В., академик РАН, д.м.н., профессор Даренков С.П., д.м.н., профессор Зубань О.Н., д.м.н., профессор Зубань О.Н., д.м.н., профессор Кривобородов Г.Г., д.м.н., профессор Кривобородов Г.Г., д.м.н., профессор Поран О.Б., академик РАН, д.м.н., профессор Матвеев В.Б., д.м.н., профессор Пушкарь Д.Ю., член-корр. РАН,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

000 «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 распространени

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 жз.

. Номер подписан 28 марта 2016 г. в 10:00

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















РОО «Мужское здоровье» Проводит

XIII конгресс «Мужское здоровье»

с международным участием

За участие в работе Конгресса планируется начисление баллов НМО

С дополнительной информацией можно ознакомиться на сайте Конгресса www.rusmh.org.

Координаты оргкомитета: +7(968) 371 38 82 – Оркомитет e-mail: roo.rusmh@gmail.com
Охоботов Д.А.— ученый секретарь РОО «Мужское здоровье» e-mail:14072003m@gmail.com

По вопросам бронирования гостиниц, трансфера и организации культурной программы обращаться в 000 «Кавказ Трэвел» г.Кисловодск Директор Тутова Елена Михайловна Тел.: 8 (928) 814-30-07, 8(962) 440-00-03



№ 1 || MAPT 2017 г. **ХРОНИКА З**

Оперативное лечение заболеваний органов мочеполовой системы

26–27 января 2017 г. в Москве прошла IX Всероссийская урологическая видеоконференция «Оперативное лечение заболеваний органов мочеполовой системы», посвященная освоению новых оперативных методик в области онко- и эндоурологии, лапароскопической и реконструктивной урологии. В ней приняли участие более пятисот специалистов из России, Белоруссии, Казахстана и Узбекистана.



онкологического НЦ им. Н. Н. Блохина «Нефрэктомия и тромбэктомия из правого предсердия без применения аппарата искусственного кровообращения», который представил профессор В. Б. Матвеев. В очередной раз была отмечена прекрасная серия докладов А. Д. Кочкина как великолепное обучающее пособие.

Во время работы конференции лучшим хирургам были вручены дипломы лауреатов

рганизатором конференции выступила кафедра урологии ФГБ УДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ при поддержке Российского общества урологов, Российского общества урологов, Московского общества урологов, Российского общества эндоурологии и новых технологий.

Председателями конференции стали руководитель клиники и кафедры урологии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, председатель Российского общества урологов, заместитель директора Научно-исследовательского института уронефрологии и репродуктивного здоровья человека членкорр. РАН Юрий Геннадьевич Аляев; ректор ФГБ УДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ профессор Евгений Витальевич Есин; заведующий кафедрой урологии ФГБ УДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ профессор Сергей Петрович Даренков.

Открывая мероприятие, Ю. Г. Аляев отметил, что урология сегодня благодаря эволюции технологий является одной из наиболее динамично развивающихся областей медицины. Под эгидой различных профессиональных объединений урологов проводится множество научных форумов,

которые помогают специалистам обмениваться опытом, вырабатывать единую позицию по наиболее важным научным и практическим вопросам. Формат видеоконференции, предложенный организаторами, позволяет участникам наглядно проследить ход операции, обсудить все технические приемы ее выполнения, получить полное представление об анатомических ориентирах и демонстрируемой методике оперативного лечения.

В качестве модераторов и докладчиков на конференции выступили ведущие отечественные и зарубежные специалисты в области оперативной урологии: профессора Р. Г. Биктимиров, Э. А. Галлямов, В. Б. Матвеев, В. Л. Медведев, Д. В. Перлин, Б. К. Комяков, Б. У. Шалекенов, С. М. Алферов, И. В. Чернышов, д.м.н. С. В. Котов, доцент А. А. Живов. За два дня работы было показано 107 фильмов-докладов, во время которых выступающие демонстрировали основные принципы выполняемого оперативного вмешательства, делились со слушателями особенностями проведения каждого этапа операции, разбирали типичные осложнения, с которыми может встретиться хирург при ее выполнении. Подробный, шаг за шагом, разбор хода операции чрезвычайно важен для урологов, начинающих



проф. Ю. Г. Аляев и проф. С. П. Даренков

осваивать новые методики оперативного чения. Не случайно неформальным девизом конференции стало меткое выражение одного из докладчиков профессора И. В. Каганцева (Сыктывкар): «Технические тонкости операции проще продемонстрировать, чем объяснить».

В ходе конференции возникали оживленные дискуссии на самые животрепещущие темы. В частности, проходили дебаты о целесообразности выполнения радикаль ой цистэктомии лапароскопическим доступом, в результате которых участники пришли к выводу о необходимости накопления опыта в этой области, несмотря на трудности, связанные с деривацией мочи, которые возникают при лапароскопической методике данной операции.

Впервые в этом году была широко представлена серия докладов на тему «Лазеры в урологии». В разделе «Эндоурология» интерес вызвал доклад Д. А. Мазуренко, посвященный имплантации металлических мочеточниковых стендов. В разделе «Онкоурология» повышенного внимания удостоился фильм немецкого профессора Х. Келлера, посвященный перинеальной простатэктомии. Интересен он был тем, что операция сопровождалась лимфаденэктомией промежностным доступом. Большой интерес также вызвал фильм Российского

«За лучшую оперативную технику». Награды получили И.В. Семенякин (Москва), С.В. Попов (Санкт-Петербург), Б.К. Комяков (Санкт-Петербург), В.Л. Медведев (Краснодар), Х. Келлер (Германия), Пьер Мано (Франция), Б.У. Шалекенов (Казахстан).

Прошедшая конференция стала хорошей школой современной оперативной урологии. Подводя итоги ее работы, профессор С. П. Даренков отметил высокий уровень представленных видеодокладов, который, по его мнению, связан с тем, что они являются отражением слаженной работы целых коллективов. Правильный образовательный подход, когда о достижениях хирургии судят по записанным на видео операциям, ведет к тому, что год от года в нашей стране растет число хирургов, выполняющих высокотехнологичные и сверхсложные операции.

Материалы конференции были опубликованы на DVD-дисках. Была также организована онлайн-трансляция конференции на сайт ФГБ УДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ, позволяющая врачам в любой точке мира ознакомиться с инновационными оперативными методиками, чтобы успешно применять их в своей работе.



От скальпеля – к литотрипсии

Третья Научно-практическая конференция «Лопаткинские чтения» в этом году состоялась 17 февраля и была посвящена современным аспектам диагностики, лечения и профилактики мочекаменной болезни. По традиции форум прошел в Медицинском научно-образовательном центре МГУ им. М. В. Ломоносова.

В память об академике Н. А. Лопаткине

Открытие конференции на этот раз было не совсем обычным – оно проходило одновременно в двух местах: на территории МНОЦ МГУ, где собрались участники «Лопаткинских чтений», и в НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина, где в это же время была открыта мемориальная доска в память о выдающемся российском урологе, нефрологе и ученом, основателе и первом руководителе НИИ урологии Минздрава России Николае Алексеевиче Лопаткине.

От имени ректора Московского университета слушателей чтений приветствовал декан факультета фундаментальной медицины МГУ, академик РАН, профессор, д.б.н. Всеволод Арсеньевич Ткачук: «Мы гордимся тем, что свои последние годы жизни Николай Алексеевич Лопаткин провел в нашем коллективе и что он органично влился в жизнь университета. Это было очень важно для студентов, с которыми профессор делился своей мудростью не только в отношении медицины, но и вообще жизненных ситуаций. Поэтому мы были рады пригласить выдающегося ученого для руководства одной из кафедр первого вуза страны. И хотя Николай Алексеевич уже не мог возглавить кафедру урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины, он рекомендовал на место заведующего Армаиса Альбертовича Камалова, который по сей день прекрасно с этим справляется. Кстати, именно по предложению академика А. А. Камалова в этом здании была открыта аудитория им. Н. А. Лопаткина, где сегодня



Президиум. Слева направо – проф. В. В. Дутов, академик А. А. Камалов, проф. Т. И. Деревянко

Открытие мемориала транслировалось в режиме видеоконференции в университетской аудитории: в это время на связи с мероприятием находились 15 регионов России, где в разные годы великий ученый вел свою работу. Генеральный директор ФГБУ Национального медицинского исследовательского радиологического центра Минздрава РФ, профессор кафедры урологии с курсом онкоурологии ФПКМР РУДН, д.м.н., академик РАН Андрей Дмитриевич Каприн сообщил о том, что гипсовый макет мемориальной доски сначала будет рас-

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина, профессор Олег Иванович Аполихин.

Из истории отечественной урологии

Первым докладом научной части конференции стало выступление директора Медицинского научно-образовательного центра МГУ им. М. В. Ломоносова, заведующего кафедрой урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ, академика РАН, д.м.н., профессора Армаиса Альбертовича Камалова об истории развития урологии в Московском университете. Он рассказал о том, как после открытия медицинского факультета МГУ в 1865 г. лечение урологических заболеваний перешло в руки хирургов, а видные врачи того времени – Ф. А. Гильденбрандт, А. И. Поль, Ф.И. Иноземцев – уделяли большое внимание не только хирургии, но и урологическим проблемам, в т.ч. мочекаменной болезни.

Так, в 1866 г. открылась первая в России урологическая клиника, с которой в разные годы были связаны имена видных врачей – И. П. Матюшенкова, Ф. И. Синицына. Р. М. Фронштейна. И. М. Эпштейна, внесших огромный вклад в развитие урологии. Иван Петрович Матюшенков – доктор медицины, ординарный профессор кафедры теоретической хирургии Московского университета защитил свою докторскую диссертацию по проблемам урологии на латыни, некоторые его работы были посвящены наблюдениям успешного камнелробления в мочевом пузыре. С именем его ученика Федора Ивановича

Синицына связано создание первой андрологической клиники в МГУ. Ученик Ф. И. Синицына Петр Федорович Богданов изучал функции предстательной железы, занимался проблемами, связанными с камнями простаты, острой задержкой мочеиспускания и многими другими расстройствами мочеполовой системы. С именем Рихарда Михайловича Фронштейна связано создание крупной урологической школы, куда входили выдающиеся ученые А. М. Гаспарян, Г. И. Гольдин, Я. Г. Готлиб, В. И. Порудоминский, И. М. Эпштейн, Я. В. Гудынский и др. До конца своей жизни Р. М. Фронштейн уделял внимание урологии, ему принадлежат известные работы начала XX века, посвященные урологическим проблемам, им был основан журнал «Урология» и в соавторстве с профессором С. П. Федоровым издано руководство для врачей «Оперативная урология». Последователем Р. М. Фронштейна был Иосиф Моиссевич Эпштейн, работы которого посвящены туберкулезу почки и мочевой системы. Он также был одним из пионеров, внедрившим в урологическую практику рентгенралиологические метолы исследования и издал учебник «Урология».

В 1930 г. медицинский факультет был выведен из состава МГУ и стал именоваться Первым Московским медицинским институтом. Сегодня – это Первый МГМУ им. И. М. Сеченова. В 1949 г. урологической клинике Первого Московского института было присвоено имя профессора Р. М. Фронштейна. В 1969 г. заведующим кафедрой урологии этого института стал Юрий Антонович Пытель, сегодня ее воз-

«...»

Академик Н. А. Лопаткин – «человек государственного масштаба, создатель самой большой школы урологии не только в России, но, возможно, и в мире»

размещены мемориальные вещи Николая Алексеевича и его фотографии».

В своем приветствии ректор Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова, лауреат Государственной премии РФ, академик РАН, д.б.н., профессор Сергей Анатольевич Лукьянов назвал академика Н. А. Лопаткина «человеком государственного масштаба, создателем самой большой школы урологии не только в России, но. возможно, и в мире».

положен в холле НИИ урологии, а затем переместится на парадный фасад и позже будет отлит в бронзе. Академик Лопаткин изображен на композиции в медицинском халате под хирургической лампой на фоне здания созданного им НИИ урологии Минздрава России. «В меру своих сил мы стараемся продолжить дело, которое начал Николай Алексеевич Лопаткин в нашем институте. И, надеюсь, что открытие памятной доски также послужит развитию отечественной урологии», — сказал директор



академик РАН А. А. Камалов

главляет член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор Юрий Геннадиевич Аляев. Также в Первом МГМУ был открыт институт уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, который сейчас возглавляет академик РАН, д.м.н., профессор Петр Витальевич Глыбочко.

Во второй половине XIX века стала развиваться хирургия почки, и это направление было связано с именами А. А. Боброва, Н. В. Склифософского, С. П. Федорова. Клиника МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского также имеет славную историю и уникальные традиции благодаря своим научным исследованиям, которые выполняли крупные ученые Старо-Екатерининской больницы. Здесь же работали Петр Александрович Герцен (чья докторская диссертация была посвящена проблемам оперативного лечения заболеваний почек) и выдающийся хирург Владимир Николаевич Розанов, известный тем, что извлекал пули из тела Ленина. Дальнейшее развитие клиники МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского связано с именами ее основателя Я.Г.Готлиба и его ученика А. Я. Абрамяна, под руководством которого впервые в СССР стали применять методы радиоизотопной диагностики. Одним из приоритетных направлений урологической клиники МОНИКИ всегда была мочекаменная болезнь, здесь же был испытан и внедрен отечественный аппарат для дробления камней мочевого пузыря «УРАТ-1». В 1975 г. А. Я. Абрамян передал руководство клиникой своей ученице академику РАМН, профессору Маргарите Федоровне Трапезниковой. После ее ухода из жизни урологическую клинику МОНИКИ и кафедру урологии ФУВ МОНИКИ возглавили ее ученики, профессора В. В. Базаев и В. В. Дутов.

В истории развития урологии навсегда останутся имена Льва Львовича Левшина, написавшего для студентов «Основы хирургии», Сергея Ивановича Спасокукоцкого, который разработал трансабломинальный лоступ к мочеточнику при мочекаменной болезни, Петра Дмитриевича Соловова, создавшего рентгенологический атлас урологических заболеваний, Сергея Петровича Федорова – «отца русской урологии», Анатолия Павловича Фрумкина, который во время 2-й мировой войны был назначен главным урологом Красной Армии. А. П. Фрумкин создал большую урологическую школу, и сегодня этой кафедрой урологии и оперативной андрологии РМАПО руководит д.м.н., академик РАН, профессор Олег Борисович Лоран.

В 1981 г. правительство Москвы предложило создать на базе 47-й многопрофильной больницы специализированную урологическую клинику, выделив ее как базу НИИ урологии Минздрава России, а уже через три года институт стал самостоятельным учреждением. История образования НИИ урологии неразрывно связана с кафедрой урологии и оперативной нефрологии 2-го МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова и именем ее заведующего, а впоследствии директора института, академика РАМН, профессора Николая Алексеевича Лопаткина. Уже в 80-х гг. прошлого столетия здесь проводились пластические операции на почечных артериях, в т.ч. при ее аневризмах, трансплантация почки, экстракорпоральная реконструкция почки и ее сосудов с последующей аутотрансплантацией, различные методы экстракорпоральной детоксикации. Четвертого ноября 1987 г. в НИИ урологии был проведен первый в СССР успешный сеанс дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ) на опытном образце литотриптора «Урат П». В дальнейшем после внедрения ДУВЛ в повседневную практику НИИ урологии это направление исследований возглавил один из учеников Н. А. Лопаткина, профессор Николай Константинович Дзеранов. В 1990 г. было начато серийное производство литотриптора «Урат-П».



проф. В. В. Дутов

Н.А. Лопаткин являлся основоположником и создателем школы отечественной урологии. Под его руководством в СССР было организовано три института урологии, 35 кафедр урологии и 20 доцентских урологических курсов в медицинских вузах. Он воспитал плеяду блестящих ученых, его учениками являются ведущие урологи во всех регионах Российской Федерации и многих странах СНГ. В 2003 г. на факультете фундаментальной мелицины Московского университета был организован курс урологии при кафедре многопрофильной клинической подготовки, а в апреле 2010 г. образована кафедра урологии и андрологии, на которой Н.А. Лопаткин работал профессором свои последние годы жизни. «Лопаткиным нельзя стать, им надо родиться», – таково было резюме профессора А.А. Камалова после его исторического доклада, завершенного цитатой знаменитого учителя: «Спешите делать добро – жизнь коротка».

Дистанционная ударно-волновая литотрипсия в России: история и современность

Заведующий кафедрой урологии факультета усовершенствования врачей МОНИКИ, д.м.н., профессор Валерий Викторович Дутов перешел от экскурса в историю урологии к достижениям в области отечественной ДУВЛ, которой в нынешнем году исполнилось 30 лет. История ДУВЛ началась в 1984 г., когда академик РАМН Н. А. Лопаткин возглавил работу по созданию отечественного литотриптора, первые успешные испытания которого удалось провести три года спустя, а 4 ноября 1987 г. врачи-урологи впервые выполнили в НИИ урологии сеанс ДУВЛ больному мочекаменной болезнью на отечественной установке «Урат-П». Первые сеансы ДУВЛ в НИИ урологии выполнял один из создателей литотриптора «Урат П» профессор Валентин Яковлевич Симонов, который вместе с другими создателями комплекса «Урат-П» для бесконтактного разрушения камней в почках (Н. А. Лопаткин, академик АМН СССР, директор НИИ урологии; М. М. Шокуров, нач. отдела; В. Н. Захаров, В. А. Уваров, начальники секторов; В. С. Саушкин, нач. отделения Московского радиотехнического института Академии наук СССР; В. А. Голубчиков, ведущий уролог 7 ЦВНИАГ; В. П. Петухов, нач. отделения ЦНИИ автоматики и гидравлики) были удостоены Государственной премии СССР. Серийное производство первого отечественного литотриптора «Урат П» было начато оборонным ПО «Машприбор» в Ярославле

В дальнейшем работа над усовершенствованием литотриптора «Урат П» продолжилась, и в настоящее время в России выпускается компактный вариант литотриптора «Медолит», медико-техническую часть разработки которого курировал профессор Н. К. Дзеранов. По словам докладчика, основная «изюминка» «Медолита» – полигенераторная технология дробления, сущность которой заключается в принципе «свой генератор – для своего камня». Параллельно в нашей стране был разработан и запущен в серийное производство литотриптор «Компакт-01-У-ЛГК» с эндоурологическим комплексом «Эндо-Мит». В 2000 г. коллектив авторов, которые изобрели этот литортиптор, был удостоен премии Правительства РФ в области науки и техники.

В. В. Дутов отметил, что по мере накопления опыта урологами были решены важные теоретические и практические аспекты ДУВЛ камней почек и мочеточников: судьба резидуальных фрагментов камня после литотрипсии (являются ли они значимыми для врача и пациента), риск развития артериальной гипертензии и других осложнений литотрипсии, подходы к лечению одиночных, множественных и коралловидных камней, а также камней мочеточника, особенности лечебной тактики при сочетании уролитиаза с инфравезикальной обструкцией, особенности литотрипсии у детей, а также пациентов с единственной и аномалийными почками. Были разработаны рамки ограничения применения ДУВЛ, учтены экономические аспекты современных метолов лечения уролитиаза и определено место открытых вмешательств в лечении больных мочекаменной болезнью.

Тему современных аспектов клинической эффективности ДУВЛ продолжил профессор кафедры урологии ФГБОУ ВО Минздрава РФ, заведующий отделением НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, д.м.н. Вадим Игоревич Руденко. Он напомнил о требованиях, которые сегодня предъявляются к современным дистанционным литотрипторам: эффективность (полное разрушение камней за один сеанс) и безопасность, многофункциональность, модульность с гибкостью конфигу-



проф. В. И. Руденко

раций и удобное управление. Докладчик напомнил о том, что высокая доля полного разрушения мочевых камней достигается за счет хорошего качества изображения для точного позиционирования камня. Так, рентгеновское наведение позволяет удобно локализовать камень с помощью моторизованной ангуляции С-дуги и снимков идеального качества. По словам В. И. Руденко, при этом следует помнить, что при рентгеновской визуализации контроль нахождения камня в фокусе ударной волны должен осуществляться через каждые 250-500 импульсов. Ультразвуковое (УЗ) наведение позволяет локализовать камень без лучевой нагрузки и сделать мониторинг высочайшего качества для рентген-негативных камней. При У3-наведении контроль положения камня в фокусе должен осуществляться постоянно.

Наряду с этой информацией, докладчик также сказал о противопоказаниях к ДУВЛ, перечисленных в рекомендациях Европейской Ассоциации урологов 2016 г. К ним относятся беременность (в связи с возможным влиянием ударной волны на плод), нарушения свертываемости крови, мочевая инфекция, серьезные деформации опорно-двигательного аппарата или тяжелая степень ожирения, которые не позволяют точно вывести камень в фокус ударной волны, аневризма аорты, расположенная в зоне проекции распространения ударной волны, анатомическая обструкция мочевыводящих путей дистальнее расположения камня. При этом В. И. Руденко отметил, что ДУВЛ не приводит к выраженному и необратимому повреждению почек и сопровождается лишь умеренным и обратимым (в течение недели) повышением в крови концентрации ряда маркеров повреждения почечной паренхимы.

Материал подготовила Людмила Боева

б НОВОЕ В УРОЛОГИИ № 1 || МАРТ 2017 г.

Новые исследования в диагностике мочекаменной болезни

Первое заседание научной части III Научно-практической конференции «Лопаткинские чтения», состоявшейся 17 февраля в МНОЦ МГУ им. М. В. Ломоносова, было посвящено фундаментальным исследованиям в диагностике мочекаменной болезни.

Урологу необходим единый диагностический алгоритм

Научный сотрудник кафедры урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова Алексей Николаевич Низов в своем докладе рассказал о новых маркерах рецидива мочекаменной болезни (МКБ). Он напомнил слушателям о том, что МКБ является одним из самых распространенных урологических заболеваний, склонных к рецидивам и тяжелому течению и занимающих



А. Н. Низов

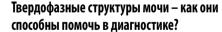
первое место (38%) в структуре урологического стационара. Также докладчик представил эпидемиологическю сводку о том, насколько МКБ распространена в различных странах мира: в США распространенность уролитиаза возросла за последние 20 лет с 3,8 до 5,2%, в Великобритании МКБ является растущей проблемой с распространенностью 4,2%, при этом рецидив камнеобразования происходит в течение 3 лет у 40% больных, в России абсолютное число зарегистрированных пациентов с МКБ за период с 2002–2009 гг. увеличилось на 17,3%.

Остановившись на урологических факторах риска развития МКБ, А. Н. Низов упомянул среди них мочевую инфекцию, атонию мочевыводящих путей, повреждение уротелия, аномалии развития почек, механическое или динамическое нарушение пассажа мочи, а также снижение скорости клубочковой фильтрации на фоне хронической почечной недостаточности. По словам докладчика, патогенез МКБ является сложной и малоизученной проблемой. При этом существует огром-

ное число теорий, пытающихся объяснить причину образования конкрементов, но ни одна из них в полной мере не может ответить на вопрос: почему образуются камни в мочевыводящих путях? Однако в последнее время набирает популярность точка зрения, согласно которой, в патогенезе камнеобразования большую роль играет изменение свойств самого переходно-клеточного эпителия. Эти изменения могут быть различного происхождения, в т.ч. и следствием нарушения экспрессии определенных белков-переносчиков, формирующих каналы в переходно-клеточном эпителии и выполняющих транспортную функцию в канальцах. «За последние годы было открыто немало новых белков, которые могут быть потенциальными маркерами МКБ с достаточно высокой чувствительностью, специфичностью, прогностической ценностью положительного результата. К числу возможных «кандидатов» относятся бикунин, нефрокальцин, остеопонтин. А образование точек клисталлизации неотъемлемо сопряжено с изменением самих свойств транзитного эпителия, например с гиперэкспрессией Т- и Е-кадгеринов, - подчеркнул А. Н. Низов. – В лаборатории на базе нашей кафедры мы с коллегами планируем провести исследование электрофореза белков мочи с целью определения других белковых молекул, по изменению концентрации которых можно будет судить о патологических изменениях в моче, которые свидетельствуют о возможности камнеобразования и тяжести течения МКБ». Докладчик объяснил, что выполнение электрофореза белков мочи обосновано тем, что кристаллы оксалата кальция, фосфата кальция в ассоциации с переходно-клеточным эпителием могут приводить к нуклеации, росту агре-

гации и адгезии кристаллов. «Вероятнее всего, изолированное повышение концентрации солей в моче не может приводить к образованию камней – должна быть субстанция, которая способна выполнить роль «клея»», – сказал он.

Далее А. Н. Низов подчеркнул, что сегодня лабораторная диагностика МКБ носит бессистемный характер, поскольку не существует единого алгоритма, которому должен следовать уролог. «Поэтому ключевой целью проекта, проводимого на нашей кафедре, является разработка алгоритма диагностики МКБ с использованием достижений в области информационных технологий (анализа данных и машинного обучения) на основе структурированных данных о пациентах, полученных в результате проведения исследования, - отметил докладчик. – Мы планируем решить две задачи, связанные с персонифицированной медициной: подобрать наиболее адекватное лечение, приемлемое именно для данного пациента, и спрогнозировать его состояние с помощью web-приложения, использующего алгоритм автоматического нахождения закономерностей в эмпирических данных о состоянии данного пациента. Результатом этой методологии станет понимание того, с какой вероятностью возможен рецидив заболевания».



Технологию получения качественно новой диагностической информации – «Литос-систему» – представила участникам чтений д.м.н., профессор Клиникодиагностической лаборатории МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского Светлана Николаевна Шатохина. Смысл новой технологии, по ее словам, заключается в переводе биологической жидкости в твер-



дофазное состояние и последующее

проф. С. Н. Шатохина

наблюдение за формированием структур и их оценкой. «Если методы исследования клеточных структур широко применяются в практике, то методы исследования структур биологических жидкостей до наших исследований, проведенных в лаборатории биокристалломики НИИ общей патологии и патофизиологии РАМН, ранее небылиизвестны», -подчеркнула Светлана Николаевна. Затем С. Н. Шатохина рассказала о методе клиновидной дегидратации биологической жидкости, при которой, по ее словам, происходит следующее: во время нанесения на подложку капли жидкости вода начинает испаряться с ее поверхности, при этом соли стремятся к центру капли, а органические вещества «выдавливаются» на периферию. Эти наблюдения и лежат в основе диагностической технологии, основанной на синергетике – теории, рассматривающей процессы самоорганизации, устойчивости, распада и возрождения структур живой и неживой материи. Практическая ценность метода клиновидной дегидратации была впервые показана сотрудниками лаборатории биокристалломики при лиагностике обменных нарушений, которым принадлежит ведущая роль в этопатогенезе МКБ в 1997 г.: «Впервые мы увидели формирование структуры капли мочи буквально на предметном стекле, - объяснила профессор С. Н. Шатохина. – Мы заметили, что в норме все кристаллы формируются в твердофазном состоянии: при наличии белка становится видна краевая белковая зона, а при наличии глюкозы формируется «леденец». Однако уже вскоре после



Существует огромное число теорий, пытающихся объяснить причину образования конкрементов, но ни одна из них в полной мере не может ответить на вопрос: почему образуются камни в мочевыводящих путях

№ 1 || МАРТ 2017 г. НОВОЕ В УРОЛОГИИ

начала исследований мы столкнулись со следующим парадоксом, изучив фации (высушенные капли) мочи двух пациентов с протеинурией. Анализ показал идентичность белка у обоих больных – 0,42 г/л. Однако при рассмотрении микроскопии осадка мочи мы заметили, что хотя у обоих пациентов лейкоциты и эритроциты покрывали все поля зрения, фация мочи второго больного выглядела как у здорового человека, будто в ней отсутствовал белок. Именно так был открыт феномен патологической кристаллизации солей в белковой среде». Светлана Николаевна также пояснила, что, фактически, исследователи получили тонкий срез неклеточной ткани, которая была зафиксирована с целью получения структуры для наблюдения процесса, происходящего в данной биологической жидкости.

Однако в ходе исследования перед учеными возник вопрос: что является более важным в живых системах - составляющие их элементы или связи между этими элементами? Отвечая на него, С. Н. Шатохина заметила, что по своей сущности биоминерализация является защитно-приспособительным механизмом, направленным на перевод биологически активных органических метаболитов в инертные минерализованные формы. «Таким образом, – заключила докладчик, – патогенез МКБ представляет собой цепь последовательно формирующихся патологически прочных связей между определенными белковыми (пептидными) и солевыми компонентами». По ее словам, технология «Литос-системы» позволяет определять наличие возможности процесса камнеобразования в почках, степень активности процесса кристализации мочи (высокая, умеренная, слабая) и вид солей (оксалаты, фосфаты, ураты), которые могут быть составными частями образующихся в моче камней.

Подводя итог докладу, профессор С. Н. Шатохина отметила, что стимуляторами камнеобразования в почках являются поливитамины (особенно с содержанием аминокислот), избыточное применение витаминных комплексов, антибактериальные препараты при обострении хронического пиелонефрита без сопутствующего назначения противогрибковых препаратов. «Все эти стимуляторы камнеобразования способствуют накоплению органо-минеральных агрегатов в почках, а поэтому при малейшем нарушении уродинамики формируется ядро будущего конкремента», – сказала в заключение Светлана Николаевна.

Физико-химические методы и информационные технологии в решении проблем МКБ

Проблема МКБ не случайно была названа междисциплинарной – наряду с врачами разных специальностей и генетиками, профессиональные химики, физики, математики и программисты также подключились к ее решению. Об этой работе рассказала д.х.н., профессор Московского технологического университета (МИТХТ) Галина Михайловна Кузьмичева. В начале своего доклада она сообщила о цели своей работы, сказав об установлении корреляционной связи между химическим составом мочи,

мочевых камней и другими факторами, которые оказывают влияние на камнеобразование. Также Галина Михайловна сказала о том, что методологии, разработанные ею и ее коллегами, опираются на концепцию современной медицины, основанную на персонализированном подходе. Сущность данной методологии, по словам Г. М. Кузьмичевой, заключается в обследовании больных МКБ до лечения на первом этапе, через месяц после лечения - на втором, через 3 и затем через 6 месяцев после проведения метафилактических мероприятий – на третьем и, наконец, в создании банка данных и обработки информации – на четвертом.



проф. Г. М. Кузьмичева

Затем профессор Г. М. Кузьмичева более подробно остановилась на каждом из этапов. Рассказывая о первом этапе - физико-химических методиках исследования анализа мочи, она обратила внимание аудитории на то, что данная методика позволяет получить гораздо более широкую информацию по сравнению с традиционным клиническим анализом мочи. Так, безреагентная ионная хроматография с кондуктометрическим детектированием способна определить в одном процессе анализа мочи до 14 ионов и катионов, среди которых присутствуют известные ионы-катализаторы и ионы-ингибиторы образования кристаллов в моче: цитратион, изоцитрат-ион, урат-ион, оксалат кальция, мочевая кислота и другие. При этом Галина Михайловна заметила, что несмотря на то, что химики хорошо владеют данными методиками, в России пока не существует ни одной клинической организации, которая бы их применяла, в отличие от зарубежных специалистов, широко использующих безреагентную ионную хроматографию. Другая физикохимическая методика, озвученная докладчиком, представляет собой ферментативный способ, дающий количественное определение оксалат-ионов и цитратионов. Результатом третьей методики, которая называется масс-спектрометрия с индуктивно-связанной плазмой, по словам Г. М. Кузьмичевой, является количественное определение катионов практически всей таблицы Менделеева.

«На втором этапе (через месяц после лечения пациента) у нас в руках появляется сам мочевой камень, который мы анализируем со всех сторон, определяя его фазовый и элементный состав.

«...»

К настоящему времени достаточно убедительно доказана тесная взаимо-связь генетических нарушений с клиническими проявлениями практически всех заболеваний человека, в т.ч. МКБ

микроструктуру, твердость, содержание в нем белка и органической (небелковой) составляющей», - сказала Галина Михайловна. Говоря о видах мочевых камней, Г. М. Кузьмичева отметила, что при проведении анализа мочевых камней ею и ее коллегами-химиками, среди известных видов уратов впервые был обнаружен гидрат мочевой кислоты - самый твердый камень, содержащий минимальное количество воды. Также среди апатитов были обнаружены гидроксилапатит, карбонат гидроксилапатит и карбонатапатит, среди органических камней - гипоксантин. В период исследований специалистами был собран банк данных, включающий 60 видов мочевых камней.

«После проведения третьего и четвертого этапов проанализированная с помощью 8 алгоритмов распознавания информация дает возможность составить блок-схему с прогнозом риска камнеобразования, — сказала Галина Михайловна. — При этом выбираются алгоритмы, адекватно разделяющие признаки по результатам. Таким образом устанавливаются связи между видами мочевых камней и составом мочи, бактериями, содержащимися в моче и сопутствующими заболеваниями».

Генетические подходы к МКБ

О том, как медико-генетическое обеспечение помогает в диагностике МКБ, рассказала заведующая отделением медицинской генетики УКБ №2 ФГБОУ ВО Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, д.м.н., профессор кафедры медицинской генетики Тамара Владимировна Филиппова. Она сообщила о том, что к настоящему времени достаточно убедительно доказана тесная взаимосвязь генетических нарушений с клиническими проявлениями практически всех заболеваний человека, в т.ч. МКБ. Она отметила, что основную долю МКБ следует отнести к мультифакторным патологическим состояниям. И лишь несколько десятков заболеваний, сопровождаюшихся уролитиазом, имеют моногенную природу наследования. «Точное число моногенных наследственных синдромов назвать сложно, но многие из них хорошо известны практикующим врачам-урологам», - сказала Тамара Владимировна, отметив при этом болезнь Дента, синдром Барттера, синдром Леша-Нихана и др. Среди наиболее важных факторов риска МКБ профессор Т. В. Филиппова назвала гиперкальциурию (наблюдается у 40–50% больных) и гипероксалурию. Моногенные формы МКБ, сопровождающиеся гиперкальциурией, являются редкими заболеваниями и проявляются сразу после рождения ребенка или в первые годы

его жизни. «Сегодня достигнут большой прогресс в выявлении генов, вовлеченных в этиологию этого заболевания в случае моногенных форм МКБ, связанных с гиперкальциурией», — сообщила Т. В. Филиппова.

Так, мутация генов CLCN5 и SLC34A1 способна вызвать болезнь Дента, а мутация CLDN16, CLCNKB, SLC4A1 - гипофосфатемический нефролитиаз, семейную гипомагниемию с гиперкальциурией и нефрокальцинозом, синдром Барттера, дистальный канальцевый ацидоз. Моногенные синдромы, сопровождающиеся другими видами камнеобразования, встречаются реже, чем заболевания с кальциевыми конкрементами, однако они могут манифестировать в разное время, а, значит, встречаться в разных возрастных группах урологических пациентов. Применение молекулярно-генетических методов при моногенной природе МКБ позволяет идентифицировать весь спектр геномных



проф. Т. В. Филиппова

нарушений, точно установить причину заболевания и предсказать возможность его проявления в потомстве».

Ситуация с этиопатогенезом мультифакториальных заболеваний, по словам Тамары Владимировны, обстоит сложнее, поскольку в него вовлечены десятки генов, что значительно усложняет их диагностику. Однако развитие технологий анализа ДНК привело к разработке методов секвенирования нового поколения и других постгеномных технологий, в т.ч. полногеномного исследования ассоциаций, что позволяет выделять редкие генные варианты, вносящие значительный вклад в риск развития многих заболеваний, включая МКБ.

Материал подготовила София Девятова **8** НОВОЕ В УРОЛОГИИ № 1 || МАРТ 2017 г.

Передовые технологии против мочевых камней

То, как новые технологии способны помочь в диагностике и лечении пациентов с мочекаменной болезнью, специалисты обсудили на втором заседании научной части III Научно-практической конференции «Лопаткинские чтения», состоявшейся 17 февраля в МНОЦ МГУ им. М. В. Ломоносова.

Коралловидный нефролитиаз: как диагностировать и лечить?

Первый из докладов, представленный руководителем Урологического центра НКЦ ОАО «РЖД», заведующим кафедрой эндоскопической урологии Российской медицинской академии непрерывного последипломного образования (РМАНПО), д.м.н., профессором Олегом Валентиновичем Теодоровичем, был посвящен современным принципам



проф. О. В. Теодорович

лечения коралловидного нефролитиаза.

Он напомнил аудитории о том, что мочевые камни в основном состоят из кальциевых (фосфаты, оксалаты) и некальциевых (струвит, цистин) компонентов. Основной причиной образования полных коралловидных камней, по мнению докладчика, является инфекция. Как правило, это уреаза-проецирующие бактерии родов Proteus, Pseudomonas, Klebsiella. Поэтому основной терапевтической целью в подобной ситуации является полная санация почки при инфекционных коралловидных камнях: т.к. инфекционный агент расположен во всей толще конкремента, резидуальные камни способны привести к быстрому

Какие методы визуализации сегодня необходимы для диагностики и последующего лечения данных пациентов? Отвечая на этот вопрос, О. В. Теодорович назвал мультиспиральную компьютерную томографию, которая позволяет определить наиболее точный и правильный выбор доступов к камню при оперативном лечении пациентов с крупными и коралловидными камнями. Также докладчик отметил, что большинству пациентов с данным диагнозом показано оперативное лечение, а динамическое наблюде-

ние необходимо прекращать в случаях, когда возникают признаки ретенции, при длительной лейкоцитурии с выявленной бактериурией, при появлении и развитии хронической почечной недостаточности, а также при стойком болевом симптоме.

Сегодня предметом дискуссии является вопрос – какими способами надо лечить больных коралловидным нефролитиазом? По моему мнению и моих коллег, традиционное оперативное вмешательство, люмботомию, необходимо практически исключить из способов лечения больных коралловидным нефролитиазом, - считает профессор О. В. Теодорович. - А дискутировать стоит по поводу выбора положения пациента на операционном столе для наиболее удобного и безопасного доступа к камню (в положении лежа на спине или на животе), способа доступа (через верхнюю или нижнюю чашечку) при чрескожной нефролитотрипсии (ЧНЛТ), а также о том, каков должен быть диаметр и число доступов, какой контактный литотриптор выбрать, устанавливать ли нефростомический дренаж после операции. При этом докладчик подчеркнул, что на выбор контактного литотриптора влияют такие показатели, как безопасность, эффективность, степень фрагментации камня, способ элиминации его фрагментов, стоимость оборудования и расходных материалов.

По словам докладчика, для контактной литотрипсии в большинстве случаев специалисты используют отечественный лазерный хирургический комплекс «Лазурит» и его составляющую – лазерный литотриптор. Для того, чтобы продемонстрировать возможности механизма лазерной фрагменатции камня с помощью данного литотриптора, докладчик показал аудитории слайд, где отечественным аппаратом обрабатывается сырое куриное яйцо с тонкой белковой оболочкой. «Именно наш отечественный литотриптор обладает минимальной травматичностью при разрушении мочевых камней». - отметил профессор О. В. Теодорович.

Среди основных особенностей эндоскопических операций при лечении больных коралловидным нефролитиазом докладчик назвал многоэтапность и необходимость создания нескольких доступов. При этом он отметил, что множественные калико- и нефростомические дренажи у пациентов с осложненным течением множественного и коралловидного нефролитиаза в ряде случаев устанавливаются до основного этапа операции: в частности при пиелонефрите в активной фазе и при пиокаликсе требуется раздельное дренирование чашечек.

После создания основного доступа, по словам докладчика, при эндоскопической операции могут быть дополнительно созданы еще несколько, не обязательно такого же большого диаметра, это могут быть мини- и микродоступы. При этом в процессе операции могут сочетаться антеградный и ретроградный доступы в положении пациента Вальдивиа-Галдакао, а также широко применяться фиброскопы. В ряде случаев для коррекции аномалий развития и склеротических процессов в шейке чашечки профессор О. В. Теодорович рекомендует применять лазерную инфуидибулотомию. Также он заметил: «Чем больше камень, тем больше времени требуется для извлечения его осколков. И в этом урологам помогает миниперкутанная лазерная нефролитотрипсия, при помощи которой можно произвести тотальную санацию почки от коралловидного камня».

Возможности лапароскопической пиелолитотомии

В своем докладе врач-уролог клиники урологии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова Дмитрий Олегович Королев остановился на возможностях лапароскопического доступа при удалении камней почек.

Дмитрий Олегович еще раз напомнил слушателям об актуальности проблемы мочекаменной болезни (МКБ): доля пациентов с МКБ в контингенте урологического отделения составляет 30–35%, по данным ВОЗ этим заболеванием страдают 2–3%

ходилось выполнять лапароскопическую пиелолитотомию в следующих ситуациях: при крупных и коралловидных камнях аномалийных почек (при этом в большинстве наблюдений почка была подковообразной и в одном – пояснично-дистопированной), при «гигантском монолитном камне крупной внепочечной лоханки, при множественных камнях ЧЛС, суммарный объем которых не позволял произвести чрескожное пособие в рекомендованные временные интервалы, при крупных рецидивных (после ЧНЛТ) камнях почек у больных с риском бактериотоксических осложнений чрескожной нефроскопии.

Далее докладчик продемонстрировал несколько видео-слайдов с клиническими примерами всех вышеперечисленных операций, которые затем проанализировал и прокомментировал. По словам доктора Д. О. Королева, среднее время лапароскопической пиелолитотомии составило 118 минут, а длительность гибкой трансабдоминальной пиелокаликоскопии - около 31 минуты. Мочеточниковый стент хирурги удаляли на 25-40-е сутки после операции, а нефростомический дренаж на 10-е сутки после операции. При этом активизации воспалительного процесса отмечено не было, а осложнение произошло лишь в одном наблюдении в виде тампонады ЧЛС и большой паранефральной

«Таким образом, на основании проведенных исследований мы можем заключить, — резюмировал О. Д. Королев, – что показани-

«...»

Сегодня предметом дискуссии является вопрос – какими способами надо лечить больных коралловидным нефролитиазом? Традиционное оперативное вмешательство, люмботомию, необходимо практически исключить из способов лечения

людей от общей популяции, камни чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) наиболее часто становятся объектом оперативного вмешательства, при этом дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ), ретроградная интраренальная хирургия и ЧНЛТ практически вытеснили из применения традиционную пиелолитотомию.

Доктор Д. О. Королев рассказал, что в процессе работы ему и его коллегам при-

ями к лапароскопической пиелолитотомии являются все продемонстрированные нами наблюдения камней почек. Поэтому лапароскопическая пиелолитотомия является достойным дополнением современного арсенала оперативных методик при лечении больных нефролитиазом, демонстрируя высокий показатель освобождения пациентов от камней (Stone Free) и низкую частоту осложнений. А комбинация лапа-

роскопической пиелолитотомии с гибкой трансабдоминальной пиелокаликоскопией позволяет оказывать эффективную квалифицированную помощь больным практически вне зависимости от локализации конкрементов и строения ЧЛС.

Тонкости трансуретральной уретеролитотрипсии

О том, какие трансуретральные эндоскопические вмешательства возможны на современном этапе развития урологии, рассказал заместитель главного врача по детской урологии Клинического госпиталя Лапино «Мать и дитя», к.м.н. Александр Андреевич Лисенок. Он начал доклад с выдержки из Рекомендаций Европейской Ассоциации урологов-2007, из которой следует, что ДУВЛ при МКБ применяется несколько реже, а трансуретральная уретеролитотрипсия, при которой для разрушения камней применяются лазеры и другие источники энергии, занимает лидирующие позиции. «Так трансуретральная методика является единственным методом для разрушения и удаления камня мочеточника и ЧЛС у пациентов с особым анатомическим ее строением, а также с выраженным ожирением», - отметил А. А. Лисенок. При этом докладчик сообщил, что трансуретральная контактная литотрипсия не показана при удалении коралловидных камней крупных размеров, в т.ч. у детей, имеющих очень узкий мочеиспускательный канал, при котором диаметр инструментов не позволяет осуществлять необходимые манипуляции. «В данных ситуациях разрушение камней верхних мочевыводящих путей мы выполняли при помощи различных источников энергии – лазеров Аурига и Люменис, пневматического электрокинетического литотриптора, а также с помощью комбинации электрозвуковой и пневматической литотрипсий», – разъяснил доктор А. А. Лисенок.

Далее докладчик рассказал о показаниях для трансуретральной фибролитотрипсии, которыми являются локализация камней в нижних и средних чашечках (в основном – до 1 см) и особенности анатомического строения мочеточника, в частности, когда устье мочеточника находится в такой проекции, что крайне затруднительно выполнить вмешательство ригидным инструментом. Также А. А. Лисенок отметил, что наличие рентген-телевизионной навигации при выполнении трансуретральной фибролитотрипсии значительно ускоряет и облегчает выполнение каликоскопии и литотрипсии.

Говоря об осложнениях, возможных после выполнения трансуретральной уретеролитотрипсии, докладчик упомянул повреждение устья или перфорацию мочеточника, отрыв мочеточника, миграцию камня за пределы мочеточника. повреждение сосудов аденомы простаты, кровотечение, тампонаду сгустками мочевого пузыря, острую задержку мочеиспускания, тампонаду лоханки и мочеточника сгустками, почечную колику, термическое повреждение уротелия при лазерной литотрипсии.

Доктор А. А. Лисенок сообщил, что коллективом урологов Клинического госпиталя Лапино «Мать и дитя» было выполнено более 3000 операций с использованием метода трансуретральной уретеролитотрипсии при помощи самого современного оборудования – минископов, видеоуретерофиброскопов, лазерных литотрипторов в комбинации с электрокинетическими и ультрзвуковыми контактными литотрипторами, баллонных и тефлоновых дилататоров устья мочеточника (позволяющих нетравматично ввести инструмент), гидрофильных проводников и гидрофильных мочеточниковых кожухов, нитиноловых экстракторов и фиксаторов.

В конце своего доклада А. А. Лисенок поделился с коллегами тонкостями трансуретральной уретеролитотрипсии: «Не пренебрегайте рентген-телевизионной навигацией. Необходимо также помнить, что при «сложном» устье мочеточника показана баллонная дилатация, либо его бужирование. При «сложном мочеточнике» или «вколоченном камне» необходимо усиливать ирригацию и использовать нитиноловый интродьюссер. При трансуретральной пиелокаликолитотрипсии нужно установить в ЧЛС мочеточниковый катетер для улучшения качества оптической среды. При «серьезном» повреждении мочеточника операцию всегда нужно завершать установкой внутреннего стента на 2-3 месяца».

0 возможных осложнениях

Ассистент кафедры урологии ГБУЗ Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М. Ф. Владимирского (МОНИКИ), к.м.н. Элвин Аббасович Мамедов рассказал о том, какие осложнения возможны у пациента при выполнении контактной уретеролитотрипсии (КУЛТ). При этом он отметил, что общий уровень осложнений после КУЛТ варьируется от 20 до 30%, а частота наиболее грозных из них – от 0,4 до 5%. В своем докладе Э. А. Мамедов наиболее полно остановился на вопросах терминологии, классификации и алгоритме действия при осложнениях КУЛТ.

Касаясь вопросов терминологии, докладчик отметил, что наиболее актуальными для уролога являются проблемы травматического характера, где применяются следующие термины: полный отрыв мочеточника, неполный отрыв мочеточника, перфорация стенки мочеточника, экстравазация контрастного препарата за пределы мочеточника, подслизистый ход или туннель в стенке мочеточника, надрыв и разрыв слизистой мочеточника.

По словам Э. А. Мамедова, одна из групп ученых под полным отрывом мочеточника подразумевает дефект на двух уровнях – в проксимальной и дистальной его частях, другая же группа ученых рассматривает данный термин как дефект только на одном из уровней. «Из этого следует, - заметил докладчик, - что вторая группа ученых рассматривает отрыв мочеточника как перфорацию, которая может происходить из-за неаккуратных действий уретероскопом, мочеточниковым кожухом или катетером. И при каждом из этих повреждений диаметр перфоративного отверстия будет разным. Что касается экстравазации контрастного препарата за пределы мочеточника, то данная ситуация может, по всей видимости, также рассматриваться как осложнение КУЛТ, поскольку она всегда

«...»

Лапароскопическая пиелолитотомия является достойным дополнением современного арсенала оперативных методик при лечении больных нефролитиазом

является следствием нарушения целостности стенки мочеточника».

Далее доктор Э. А. Мамедов коснулся вопросов классификации осложнений, происходящих в результате КУЛТ. Говоря о классической градации данных осложнений, докладчик упомянул их разделение на интраоперационные и послеоперационные, а также сказал о том, что в зарубежной практике принято разделять осложнения на большие и малые.

По его словам, большими считаются уринома, уросепсис, стриктура мочеточника на месте его повреждения (отрыва), а к малым относятся ложный ход, экстравазация контрастного препарата за пределы мочеточника, ретроградная миграция камня или его осколков, гематурия, почечная колика и гипертермия. Докладчик отметил при этом, что постуретероскопическая шкала поражений основана на 5-ступенчатой оценке тяжести повреждений мочеточника с опорой на морфологическую картину глубины и объема этих повреждений. Данная шкала позволяет стадировать исключительно интраоперационные осложнения. А шкала Satava 2014 г. адаптирована под послеоперационные осложнения КУЛТ и основана на 3-ступенчатой оценке тяжести осложнений с опорой на конкретные методы их лечения. Еще одна классификация осложнений по шкале Clavien-Dindo 2004 г., основанная на пятиступенчатой оценке тяжести послеоперационных осложнений с опорой на конкретные методы лечения, в последнее время получила, по словам докладчика, наибольшую популярность. Однако Э. А. Мамедов отметил некоторые недостатки всех вышеназванных систем с клинической точки зрения. «Поэтому для улучшения результатов диагностики и лечения пациентов в МОНИКИ им. В.Ф. Владимирского была разработана собственная рабочая классификация осложнений КУЛТ, которая базируется на классической градации осложнений», – сообщил он.

Подготовила Людмила Боева

подписка

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

Уважаемые читатели!

Предлагаем Вам оформить подписку на газету «Московский уролог» непосредственно в Издательстве. Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.



Стоимость подписки на 2017:

Годовая подписка Первое полугодие 858 руб. 00 коп. 462 руб. 00 коп.

8 (495) 332-02-63.

Или по e-mail: subscription@bionika-media.ru.

Наши менеджеры подберут удобную для вас форму доставки издания, а так же выставят счет.

(16+) Реклама



10 АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА № 1 || МАРТ 2017 г.

Как эпидемиолог может контролировать инфекционнные осложнения, связанные с оказанием медицинской помощи

Заведующий кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, главный эпидемиолог Минздрава России, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор Николай Иванович Брико рассказал о роли госпитального эпидемиолога в контроле инфекционных осложнений, связанных с оказанием медицинской помощи и сдерживании антибиотикорезистентности. Этот доклад был представлен 9 февраля на XI Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии».



окладчик начал лекцию с демонстрации материалов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), сообщающих о рисках, которые наиболее часто приводят к смерти пациентов. Лидируют в этом списке сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, инфекционные болезни занимают в нем срединное положение. «Ежегодно появляются новые инфекции, которые мы пытаемся диагностировать, и, кроме того, «старые» инфекционные болезни принимают новое обличье, создавая проблемы в их четком определении. Меняются клинико-эпидемиологические проявления классических инфекционных болезней, увеличивается частота атипичных, затяжных и хронических их форм, меняется и этиологическая структура инфекционных болезней. В результате возрастает роль инфекционных агентов в различных областях клинической медицины – хирургии, онкологии, урологии, гинекологии, гастроэнтерологии и других областях, – сказал профессор Н. И. Брико. - Поэтому современный научно-обоснованный полхол к профилактике и контролю инфекций четко демонстрирует, что ни один тип учреждения здравоохранения ни в одной стране не может претендовать на то, чтобы быть свободным от риска возникновения инфекционных осложнений, связанных с оказанием медицинской помощи».

Николай Иванович привел статистику Европейского Центра по контролю и профилактике заболеваний, по данным которого в странах ЕС ежегодно регистрируется

примерно 37 тыс. смертельных случаев от инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), а в США это – одна из ведущих причин смерти, занимающая 10-е место. По российским данным 2015 г. (исследование ЭРГИНИ, С. В. Яковлев, 2015), в нашей стране было зарегистрировано 2 300 000 случаев ИСМП в год, что составляет 7,6 % от числа госпитализированных пациентов. В финансовом выражении это составило экономический ущерб в 15 млрд рублей. При этом инфекционно-воспалительные заболевания мочевыводящих путей (МВП) в структуре российских зарегистрированных и выявленных инфекционных болезней занимают всего 1,5%, тогда как в Европе они составляют треть, а в США – почти половину.

По словам профессора Н. И. Брико, почти половину от всех нозокомиальных инфекционных осложнений составляют катетер-ассоциированные инфекции МВП (КА-ИМВП): они могут приводить к бактерио- и токсинемии, сепсису и летальному исходу, увеличивая время госпитализации с 1 до 8 дней. Однако с помощью мер профилактики эти инфекционные осложнения могут быть предотвращены. Как заметил докладчик, около 80% пациентов с инфекционными осложнениями МВП имеют катетеры в мочевыводящих путях, но примерно половина срока нахождения катетеров в них не является необходимой.

Далее докладчик обратился к теме инфекционного контроля ИСМП. Он привел одну из рекомендаций ВОЗ с уровнем доказанности 1а из Руководства ВОЗ по основным компонентам программ инфекционного контроля (публикация 14.11.2016). Из нее следует, что «в каждой медицинской организации должна быть программа инфекционного контроля, включающая специально созданную обученную группу для профилактики ИСМП и борьбы с антимикробной резистентностью путем применения мер инфекционного контроля. Как минимум 1 специалист по контролю ИСМП должен приходиться на 250 коек. при этом рекомендовано стремиться к более высокому соотношению (например, 1 на 100 в зависимости от профиля стационара) в связи с усложнением современной медицинской помощи и увеличением количества обязанностей и повышением ответственности специалистов по инфекционному контролю».

Эпидемиолог, ежедневно находящийся в медицинской организации, интегрированный в общую систему оказания медицинской помощи, – основное звено в разработке эффективной системы профилактики ИСМП. Он обладает необходимыми профессиональными компетенциями для мониторинга критически важных параметров, определяющих риск присоединения ИСМП, технологиями управления риском. Этот специалист имеет навыки оценки эпидемиологической безопасности применяемых медицинских технологий и больничной среды, условий размещения пациентов. Он владеет методами эпидемиологической диагностики и компетентен в принципах применения антимикробных препаратов, своевременного выявления признаков формирования популяции госпитальных штаммов (клонов).

В связи с этим профессор Н. И. Брико сказал об условиях, определяющих эффективность системы эпидемиологического надзора. Среди них он отметил качество наблюдения (включающее мониторинг проявлений и условий развития эпидемиологического процесса, микробиологический, иммунологический мониторинги) и качество диагностики (включающее наличие стандартного определения случая, правильный выбор метода выявления случаев болезни и корректный расчет показателей). Важную роль в этом процессе, по словам докладчика, занимает информатизация медицины, поскольку использование компьютерных технологий позволяет не только получать сигнал-предупреждение об осложнении эпидемической обстановки, но и обеспечивать централизованный сбор и обработку информации по ИСМП, проводить текущий и ретроспективный анализ заболеваемости в больнице и ее отделениях, а также сравнивать заболеваемость в различных

лечебно-профилактических учреждениях и их отделениях, а затем сопоставлять эффективность методов лечения — оперативных вмешательств, инвазивных процедур, профилактического применения антибиотиков до операции и др.

Традиционный подход к оценке ИСМП по заболеваемости (т.е. по уже случившемуся нежелательному исходу) архаичен и признан малоэффективным. Современные молекулярно-генетические методы, биостатистика, эпидемиологический анализ и организационные технологии позволяют вмешиваться в эпидемический процесс до развития ИСМП на основе оценки потенциального риска и принятия мер по его минимизации.

Риск развития ИСМП определяется следующими основными компонентами: агрессией и инвазивностью лечебно-диагностического процесса, степенью эпидемиологической безопасности медицинских технологий и больничной среды, свойствами возбудителей и особенностями различных категорий пациентов. Эти ключевые положения лежат в основе стратегии совершенствования эпидемиологического надзора за этой группой инфекций на современном этапе.

В последние десятилетия произошли качественные и структурные изменения медицинских технологий: во врачебную практику прочно вошли эндоскопические методы диагностики и лечения, новые перинатальные технологии, в т.ч. технологии выхаживания новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела. Интенсивное развитие получили эндопротезирование суставов, экстракорпоральное оплодотворение, методы эндоваскулярной хирургии, операции с экстракорпоральным кровообращени-

«...»

Ежегодно появляются новые инфекции, которые мы пытаемся диагностировать, «старые» инфекционные болезни принимают новое обличье, создавая проблемы в их четком определении

ем и др., усовершенствовались методы респираторной поддержки, значительно повысилась доступность высокотехнологичных видов медицинской помощи.

Докладчик пояснил коллегам, зачем именно необходим микробиологический мониторинг на разных уровнях: «На организменном уровне он нужен для этиологической расшифровки ИСМП, оценки антибиотикорезистентности и принятия управленческих решений по лечению больного. На популяционном уровне – для оценки уровня колонизации пациентов и уровня контаминации объектов внешней среды, для изучения свойств циркулирующих в больничной среде микроорганизмов - степени их вирулентности, антибиотикорезистентности, устойчивости к дезинфицирующим средствам, а также для определения госпитальных штаммов и прогнозирования эпидемиологической ситуации по ИСМП». Кроме того, профессор Н.И. Брико заявил о необходимости совершенствования лабораторной диагностики и мониторинга возбудителей ИСМП и внедрении методов экспресс-диагностики. Также существует необходимость в создании региональных баз данных свойств и характеристик микроорганизмов – возбудителей ИСМП, и создании референс-лаборатории в структуре Минздрава России по микробиологической диагностике и мониторингу возбудителей с опорными базами в субъектах Российской Федерации.

Говоря об основных направлениях борьбы с антибиотикорезистентностью, определенных в Российской Федерации,

Н. И. Брико отметил, что в нынешнем году Минздрав России завершит разработку национального плана по борьбе с распространением лекарственной устойчивости бактерий, в основу которого войдут пять ключевых пунктов в соответствии с рекомендациями ВОЗ: повышение информированности о проблеме устойчивости к антибиотикам, улучшение эпидемиологического надзора за резистентными микроорганизмами, создание новых препаратов, улучшение диагностики, создание финансовой основы для того, чтобы исследования в этой области проводились постоянно.

Резюмируя сказанное, Николай Иванович напомнил о важности совершенствования кадрового обеспечения и системы обучения медицинского персонала профилактике ИСМП. При этом он подчеркнул необходимость изменения критериев оценки деятельности руководителей: «Чрезвычайно важна психологическая перестройка, осознание того, что профилактика ИСМП является главной задачей каждого сотрудника - от санитарки до главного врача. А отвечать за организацию, разработку и реализацию программы профилактики ИСМП в медицинской организации должен именно главный врач, но не только наказывая сотрудников за возникновение ИСМП у курируемых ими больных, но и поощряя их за своевременное выявление и регистрацию подобных осложнений, грамотно проведенное лечение больных ИСМП и положительный его исход». Абсолютной необходимой мерой является внедрение отношения к учету и



Решить многокомпонентную, многопрофильную, междисциплинар- ную проблему профилактики ИСМП и безопасности пациентов можно лишь комплексным подходом к ней

регистрации ИСМП как к инструменту, позволяющему проводить точную и своевременную эпидемиологическую диагностику, а не как к методу или поводу для административного наказания.

Основные направления в области профилактики ИСМП закреплены в Национальной Концепции профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 6 ноября 2011 г.). Таким образом, имеются все необходимые условия, силы и средства для перехода к качественно новому этапу профилактики ИСМП.

Стратегическая цель на современном этапе заключается в создании эффективной системы мониторинга, эпидемиологической безопасности и качества оказания медицинской помощи населению Российской Федерации.

Для ее достижения требуется мониторинг ИСМП и их возбудителей с высоким эпидемическим потенциалом, оценка риска развития ИСМП и разработка мер по его

минимизации, внедрение медицинских технологий, снижающих риск ИСМП, и технологий профилактики ИСМП с доказанной эффективностью.

В заключении своего выступления профессор Н.И. Брико также отметил: «Решить многокомпонентную, многопрофильную, междисциплинарную проблему профилактики ИСМП и безопасности пациентов можно лишь комплексным подходом к ней. Именно поэтому одной из задач НАСКИ (Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, президент – Н. И. Брико) является объединение врачейклиницистов, эпидемиологов, микробиологов, клинических фармакологов и, при необходимости, других специалистов. Ведь успех профилактики ИСМП определяется согласованностью действий всех ответственных за нее специалистов».

> Материал подготовила Мария Климова



1.Показания к применению линейки препаратов Витапрост составляют более 90% от всех заболеваний простаты - доля простатита и ДГПЖ по отношению ко всем заболеваниям простаты составляет до 95,74% [Аполихин О.И., Севрюков Ф.А., Сорокин Д.А., Карпухин И.В., Пучкин А.Б., Семёнычев Д.В., Кочкин А.Д. Динамика и прогнозы заболеваемости доброкачественной гиперплазией предстательной железы в Нижегородской области / Экспериментальная и клиническая урология, Номер №3, 2013: http://ecuro.ru/node/2907]
2. По данным Prindex Ipsos Comicon 2006—2016
3. Содержание простаты экстракта в препарате Витапрост суппозитории – 50 мг. в пересчете на водорастворимые пептиды – 10 мг. Содержание простаты экстракта в препарате Витапрост Форте – 100 мг. в пересчете на водорастворимые пептиды – 20 мг.

12 АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА № 1 || МАРТ 2017 г.

Антибиотикорезистентность: преодолеть барьер

О том, как преодолеть антибиотикорезистентность микроорганизмов за счет фармакокинетических особенностей антибактериальных препаратов, рассказал 9 февраля 2017 г. на XI Всероссийской научнопрактической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии» заведующий кафедрой общей и клинической фармакологии Российского университета дружбы народов, заместитель главного врача по терапии Городской клинической больницы №24 Департамента здравоохранения г. Москвы, доктор медицинских наук, профессор Сергей Кенсаринович Зырянов.



сновная тема доклада профессора С. К. Зырянова была связана с тяжелыми госпитальными инфекционными осложнениями и с тем, что может быть реализовано в стационаре для преодоления антибиотикорезистентности микроорганизмов и повышения эффективности лечения больных. Среди микроорганизмов, с которыми сложнее всего сегодня справиться в процессе лечения, докладчик выделил Staphylococcus epidermidis, Pseudomonas aeroginosa, Enterococcus spp., Stenotrophomonas maltophilia, Candida albicans. «К сожалению, наши стереотипы по ведению пациентов и традиционные подходы к их лечению в стационарах несколько изменили ту ситуацию с резистентностью микроорганизмов, которая существовала около 10 лет назад. И сегодня врач должен осознавать, что все его действия влияют на микрофлору, которая стремится приспособиться к этим действиям, изменяя чувствительность и структуру патогенов, – сказал он. – В частности, избыточное использование цефаллоспоринов III поколения, которыми урологи чрезвычайно «увлечены» в стационарах, привело к изменению структуры внутригоспитальных патогенов. Поэтому нам надо быть готовыми к возрастанию роли той флоры, которую мы часто не ожидаем встретить, к примеру метициллин-резистентного Staphylococcus aureus или пенициллин-резистентного Streptococcus pneumoniae, не говоря уже o Clostridium difficile». По мнению докладчика, современному урологу необходимо четко понимать, что значимость дополнительных высокорезистентных к антибактериальным препаратам патогенов во многом спровоцирована действиями врачей.

Так, метициллин-резистентный *S. aureus* (MRSA) может быть источником инфекционных осложнений самых разнообраз-

ных локусов. Существуют определенные факторы риска развития MRSA-инфекции и в большей степени ее можно ожидать у пациентов с исходными преморбидными состояниями (хроническая обструктивная болезнь легких, хроническая сердечная недостаточность, цирроз печени, сахарный диабет 2 типа). «Традиционно было считать, что проблема MRSA-инфекции решается достаточно просто потому, что существует антибактериальный препарат, который достаточно эффективен при ней. И это было правдой до определенного времени, пока эпидемиологические и микробиологические исследования не засвидетельствовали определенный шифтинг резистентности. чувствительности S. aureus к ванкомицину. Появились штаммы этого микроорганизма с промежуточной чувствительностью к данному лекарственному средству», - заявил С. К. Зырянов. Так. российское исследование Cerberus 2008–2012 гг. показало, что 88,2% штаммов MRSA в России имели высокие значения минимальной подавляющей концентрации к ванкомицину, что стало потенциальной клинической проблемой.

В связи с этим появились новые антибактериальные препараты, в частности даптомицин, который отличался низким объемом распределения, связыванием с белками равным 92%, с концентрацией в тканях от 70 до 90% от таковой в крови, не изменяясь у пациентов с сахарным диабетом. «Сегодня этот препарат является основным при лечении больных бактериальным эндокардитом и катетер-ассоциированным инфицированием кровотока и связанных с этим инфекционно-воспалительных осложнений, преодолевая механизмы резистентности S. aureus, которые существуют у него к ванкомицину. В 2016 г. появились новые работы о том, что даптомицин можно использовать еще более эффективно, назначая его в комбинации с В-лактамными антибиотиками», – сказал

Далее докладчик затронул проблему резистентности грамотрицательных микроорганизмов к антибактериальным препаратам на примере исследования коллег из Смоленска, которые свидетельствуют о том, что резистентность *P. aeroginosa* в России катастрофически растет, в т.ч. к тем карбапенемам, которые врачи считали жизнеспасающими резервными лекарственными средствами. Так, к имипенему по состоянию на 2014 г. резистентность составляла 88%, к меропенему – 70%. Также иссле-

дования показали изменение свойств *P. aeroginosa*, в частности развитие у нее новых механизмов рефлюксного насоса, определяющих резистентность данного микроба к антибактериальным препаратам. Аналогичная ситуация сложилась в отношении *Acinetobacter*: у него была обнаружена резистентность к имипенему равная 96% и резистентность к меропенему – почти 70%.

Как же преодолевать эти механизмы резистентности, если врачи традиционно считали, что карбапенемы разрушаются карбапенемазами? Отвечая на этот вопрос, профессор С. К. Зырянов отметил, что в настоящее время специалисты находятся в ожидании нового препарата, представляющего собой комбинацию цефтолозана с тазобактамом. По его мнению, именно наличие цефтолозана в данной комбинации позволяет преодолевать механизмы его резистентности к карбапенемазами, которые существуют v P. aeroginosa. «Цефтолозан сегодня является практически единственным β-лактамным антибиотиком, который обладает крайне высоким сродством к модицифицированным пенициллин-связывающим белкам P. aeroginosa и преодолевает механизмы рефлюксного насоса и механизмы утраты порина наружной мембраны. Микробиологические данные также свидетельствуют о том, что использование комбинации цефтолозана с тазобактамом в отношении резистентных возбудителей позволяет преодолевать их механизмы резистентности», сказал докладчик.

лей, которые продуцируют карбапенемазы? «Антибиотики, на которые мы рассчитываем, в частности полимиксин и колистин, лействительно, преодолевают проблему карбапенемаз, но, во-первых, это происходит не всегда, а во-вторых, увеличение применения полимиксинов сопровождается повышением риска формирования резистентности и к ним», – сказал С. К. Зырянов. Далее он привел в качестве выхода из подобной ситуации неожиланную комбинацию антибактериальных препаратов на примере работы по оценке эффективности терапии больных инфекционно-воспалительными заболеваниями, вызванных Acinetobacter. которые, как правило, протекают тяжело. Препаратами выбора, которые использовались для лечения больных в такой ситуации. были даптомицин в комбинации с колистином и имипенемом. Это позволило повысить эффективность лечения больных и их выживаемость. Еще одна работа, приведенная докладчиком, продемонстрировала эффек-

Что же делать в отношении тех возбудите-

тивность комбинации колистина с другими лекарственными средствами в отношении панрезистентного *Acinetobacter*, продуцирующего карбапенемазу ОХА-23. При этом, если чувствительность *Acinetobacter* к колистину была максимальной и составляла всего 50%, в отношении других антибиотиков она была еще меньше. Применение же колистина в комбинации с рифампицином при тяжелых инфекционно-воспалительных заболеваниях, вызванных *Acinetobacter*, продуцирующей карбапенемазу, позволяло повы-сить шансы пациентов на выживание до 92%.

Еще в одной работе, приведенной С. К. Зыряновым, было продемонстрировано применение режима двойной терапии карбапенемами при лечении инфекционновоспалительных заболеваний, вызванных К. pneumoniae, продуцирующей карбапенемазы, имеющей более высокую аффинность к эртапенему, что предотвращает гидролитическое воздействие на второй применяемый препарат и сопровождается повышением эффективности комбинированного воздействия. В ряде других работ также применяли режим двойной терапии карбапенемами при лечении больных инфекционно-воспалительными заболеваниями, вызванными К. pneumoniae. продуцирующей карбапенемазы с множественной лекарственной резистентностью. Дополнительные клинические наблюдения показали эффективность терапии комбинацией дорипенема с эртапенемом больных вентилятор-ассоциированной пневмонией, вызванной колистин-резистентными штаммами K. pneumoniae, продуцирующими карбапенемазы. Также исследования подтвердили синергизм и повышение эффективности лечения больных генерализованными инфекционными осложнениями, вызванных К. pneumoniae, продуцирующей карбапенемазы с множественной лекарственной резистентностью при использовании комбинации дорипенема с эртапенемом.

«К несчастью, мы получаем мало новых молекул антибактериальных веществ, а микроорганизмы адаптируются к воздействиям, которые мы на них оказываем. К счастью, у нас есть новые технологии, и развивающиеся исследования по их изучению повышают шансы наших пациентов на эффективную терапию при заболеваниях, вызванных различными резистентными к антибактериальным препаратам патогенами», — заключил профессор С. К. Зырянов.

№ 1 || MAPT 2017 г. **АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА** 13

Необходимо изменить отношение врачей к антимикробным препаратам

9 февраля в рамках XI Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии» главный внештатный специалист Минздрава России по клинической микробиологии и антимикробной резистентности, член-корреспондент РАН Роман Сергеевич Козлов рассмотрел проблему резистентности к антимикробным препаратам как предиктор их эффективности.



о мнению международных экспертов, резистентность бактерий, вирусов и грибов – это глобальная проблема, которая угрожает сегодня каждому пациенту. В России, как и во всем мире, в настоящее время проблема антимикробной резистентности обрела значительные масштабы и приблизилась к критическому уровню. Несмотря на то, что в нашей стране зарегистрировано более 200 антимикробных препаратов, эффективность многих из них резко снизилась в результате распространения резистентных микроорганизмов.

«Мы должны изменить свое отношение к этим препаратам: переоценить их роль, применяя более рационально, и, самое главное, обеспечить долгую жизнь современным препаратам и тем, которые появятся в будущем, – этими словами профессор Р. С. Козлов начал свое выступление. - Ведь представить сегодня лечение многих урологических больных без фторхинолонов и цефалоспоринов III поколения практически невозможно». Он отметил, что антибиотики для «Большой фармы» стали сегодня одними из невыгодных препаратов, ведь при существующей системе регистрации лекарственных средств (ЛС) для начала получения прибыли от разработки нового антибиотика фармацевтической компании требуется 23 года. Менее эффективными, с этой точки зрения, являются только

«При этом наше государство прилагает огромные усилия на сдерживание антибиотикорезистентности, однако переломным моментом является осознание того, что без эффективных антимикробных препаратов не будет эффективного лечения больных инфекционными заболеваниями», – сказал докладчик.

Он напомнил, что вопрос резистентности микроорганизмов к антимикробным препаратам возник по причине их эволюционирования, и эта проблема приняла политическую окраску во всем мире. Экономисты просчитали потери из-за неэффективности антимикробных препаратов по причине резистентности микроорганизмов к ним. При условии, если она будет нарастать теми же темпами, что и сегодня, к 2050 г. мировые потери валового внутреннего продукта по этой причине составят около 8%, а это более 100 трлн долларов. При этом потери человеческих жизней к 2050 г. составят более 300 млн в год.

С какими же микроорганизмами связаны все эти изменения? По мнению докладчика, самую большую угрозу в современных условиях представляют грамотрицательные бактерии, именно они вызывают три четверти инфекционных заболеваний и осложнений в стационарах России, в т.ч. урологических. «Поэтому, говоря о перспективах и предикторах эффективности, необходимо четко понимать, что к тому ограниченному спектру новых препаратов, которые появятся вскоре, мы должны относиться очень бережно, отметил Р.С. Козлов. - Однако и они не решат проблему резистентности полностью, поэтому нам необходимо беречь тот арсенал антимикробных препаратов, который у нас исторически существует».

Говоря о перспективных препаратах, докладчик отметил ЛС с эксклюзивной грамположительной активностью. Среди них был назван тедизолид, уже зарегистрированный в России: его активность выше против всех целевых микроорганизмов, он действует на штаммы с приобретенной устойчивостью к линезолиду, его дозирование составляет 1 раз в сутки, а гемотоксичность и митахондриальная токсичность ниже, чем у линезолида.

Также докладчик отметил телаванцин, являющийся липогликопептидом и обладающий двойным бактерицидным механизмом действия.

Еще один новый препарат – цефилаванцин – является гибридом гликопептида и цефалоспорина (внутривенная форма – завершена фаза 2a), который

ингибирует синтез клеточной стенки грамположительных бактерий.

Р. С. Козлов напомнил о том, что уже сегодня не существует ни одного клинически используемого препарата, к которому бы не было бы обнаружено возможности развития устойчивости.

Что касается препаратов, активных в отношении и грамположительных, и грамотрицательных бактерий, то большинство из них представлены группой β-лактамных антибиотиков. Несмотря на распространенность β-лактамаз, они проявляют бактерицидную активность, низкотоксичны и хорошо переносятся, имеют широкий терапевтический диапазон и большое разнообразие. Кроме того, β-лактамные антибиотики отличаются высокой клинической эффективностью.

Далее докладчик обратил внимание на дорипенем, обладающий бактерицидным действием и широким спектром, а также гарантированной активностью в отношении продуцирующих β-лактамазы расширенного спектра (БЛРС) бактерий. По словам Р. С. Козлова, его главными отличиями от других карбапенемов являются более высокая активность in vitro в отношении Pseudomonas aeruginosa, более низкий потенциал селекции резистентности у P. aeruginosa и гибкий режим дозирования вследствие большей стабильности.

Также среди перспективных препаратов докладчик назвал цефтобипрол и цефтаролин, являющиеся новыми цефалоспоринами с активностью в отношении метициллинорезистентных *Staphylococcus aureus* (MRSA). Однако, они не активны в отношении *P. aeruginosa*.

Среди препаратов, которых клиницисты очень ждут в ближайшее время. Р. С. Козлов назвал цефтолозан/тазобактам. По его словам, это новый оксииминоцефалоспорин в комбинации с ингибитором В-лактамаз. Он активен в отношении P. aeruginosa и энтеробактерий, кроме продуцентов БЛРС, АтрС-В-лактамаз (индуцируемые цефалоспориназы, закодированные в хромосомах многих видов бактерий) и карбапенемаз. Показаниями к его применению являются нозокомиальная и вентилятор-ассоциированная пневмония, инфекционно-воспалительные заболевания мочевой системы и осложненные интраабдоминальные инфекции.

Цефтазидим/авибактам является комбинацией цефалоспорина и ингибитора β-лактамаз. Препарат активен в отношении полирезистентных *P. aeruginosa* и энтеробактерий. Авибактам ингибирует БРЛС класса A, β-лактамазы класса C, карбапенемазы класса A и некоторые β-лактамазы класса D (ОХА-48). Этот антибиотик показан при инфекционновоспалительных заболеваниях мочевой системы, инфекционных поражениях кожи и мягких тканей, вентилятор-ассоциированной пневмонии.

Говоря о дальнейшей разработке препаратов в отношении грамотрицательных возбудителей, Р. С. Козлов назвал самым перспективным из них плазомицин, относящийся к группе аминогликозидов.

Он активен в отношении полирезистентных энтеробактерий и *S. aureus*, включая резистентные к аминогликозидам штаммы и продуценты металло-βлактамаз (включая NDM-1). Показания к его применению – осложненные (тяжелые) инфекционно-воспалительные заболевания мочевой системы и брюшной полости. Преимуществом препарата является отсутствие нефро- и ототоксичности.

Как отметил Р. С. Козлов, программа разработки новых антибиотиков в России сегодня рассматривается как приоритетная. И, конечно, большинство развитых стран придерживаются аналогичной политики.

«Если правительства не прореагируют сейчас, то через 10 лет мир столкнется с абсурдной ситуацией, когда склады будут переполнены препаратами для лечения редких инфекционных болезней, а обычные (часто встречаемые) – лечить будет нечем», – этими словами Р. С. Козлов завершил свое выступление и привел фразу знаменитого английского фармаколога Хоуарда Уолтера Флори, – «антибиотики ... не должны продаваться в аптеках, как аспирин». И затем резюмировал: «Резистентность неизбежна, и конечно, новые перспективные препараты появляются. Однако при рациональном и адекватном использовании тех препаратов, которые составляли, составляют и будут составлять основу лечения больных инфекционно-воспалительными заболеваниями мочевой системы эту проблему решить не удастся».

> Материл подготовила Алина Смирнова

Что необходимо для успешной терапии больных острым неосложненным циститом

На XI Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии» 9 февраля доктор медицинских наук, заведующий отделением урологии Клинического госпиталя Лапино Константин Леонидович Локшин выступил с докладом в рамках сателлитного симпозиума «Фокус на пациента». Его доклад был посвящен пациент-ориентированному подходу в терапии неосложненных инфекций нижних мочевыводящих путей.



начале своего доклада К. Л. Локшин обратился к Европейским рекомендациям 2015 г. по лечению больных инфекционно-воспалительными заболеваниями мочевой системы, напомнив коллегам о том, что в 2017 г. ожидаются обновления данного гайдлайна. Докладчик подчеркнул, что проблема острого цистита сама по себе не столько сложна, сколь сложны ее последствия в виде рецидивов заболевания, с которыми по статистике сталкивается половина женщин, впервые перенесших острый неосложненный цистит. По словам К. Л. Локшина, эти женщины испытывают три и более острых эпизодов цистита в год, что является результатом «современных» подходов к терапии этого заболевания. Проблема рецидивов цистита связана с тем, что урологи, во-первых, не всегда точно ставят диагноз (т.е. не всегда это инфекционно-воспалительное заболевание является неосложненным) и, во-вторых. острый цистит входит в гетерогенную группу

Доктор К. Л. Локшин привел в качестве примера двух пациенток с совершенно одинаковыми симптомами и диагнозом острого неосложненного цистита. Однако, несмотря на всю видимую общность, прогноз течения болезни и ее исход, по словам докладчика, у этих пациенток будут разными. «Как нам стратифицировать и правильно диагностировать данных пациенток, как правильно подобрать им препараты для лечения, учитывая, что не может быть одного лекарства для одной болезни?». Задавая этот вопрос, докладчик назвал его основной концептуальной задачей, которая стоит перед современным урологом.

Чтобы сформулировать ответ, К.Л.Локшин предложил вернуться к пропедевтике и напомнил коллегам, что первыми пунктами всех клинических рекомендаций являются

жалобы больного, анамнез заболевания и жизни. «Собирая анамнез данных пациенток, необходимо исключить осложняющие моменты (к примеру, сахарный диабет, иммунодефицит, тяжелые интеркуррентные заболевания, если пациенту проводились манипуляции на мочевыводящих путях, даже простая катетеризация), которые могут быть еще и факторами риска резистентного микроорганизма как возбудителя болезни», – сказал он.

В качестве примера доктор К. Л. Локшин привел клиническое наблюдение пациентки, у которой через две недели естественных и успешных родов вдруг возник острый цистит. «Практически 100% наших пациенток в процессе родов подвергаются катетеризации мочевого пузыря, что автоматически подразумевает риск внесения в него госпитальной флоры. Поэтому такую пациентку, скорее всего, стоит отнести к категории больных острым осложненным циститом», — сказал докладчик.

Еще одним из факторов риска К. Л. Локшин назвал госпитализацию и пребывание пациентов в домах престарелых. По его словам, достаточно трех дней, чтобы на коже и в желудочно-кишечном тракте пациента появились госпитальные микроорганизмы с резистентностью к обычным схемам терапии антибактериальными препаратами. Поэтому, собирая анамнез, уролог обязательно должен задать пациенту вопросы не только в рамках урологии: «Находились ли Вы в урологическом стационаре?», а в целом: «Были ли Вы в больнице по какойлибо причине, как долго и проводилась ли антибиотикотерапия?» Ведь если пациенту проводилась терапия антибиотиками в течение последних трех месяцев, то данный факт повышает риск возникновения цистита при наличии резистентных микроорганизмов, и значит, такому пациенту необходимо провести бактериологическое исследование мочи, рекомендовал К. Л. Локшин.

Далее докладчик привел мировую статистику амбулаторной практики в отношении продуцирующей β-лактамазы расширенного спектра (БЛРС) кишечной палочки: в США произошел рост ее устойчивости к большинству цефалоспоринов в 10 раз за последние 5 лет. Также он упомянул об исследованиях, которые показали наличие факторов риска резистентного микроорганизма, вызвавшего болезнь у пациента, пришедшего на амбулаторный прием к врачу «с улицы». «Если в его организме существует микроб, продуцирующий БЛРС, в связи с чем он обладает устойчивостью к целафоспоринам, то, скорее всего, он будет устойчив и к фторхиноло-

нам. Статистика демонстрирует увеличение рисков наличия устойчивых к антибактериальным препаратам микроорганизмов в 2-3 раза, поэтому подбор эмпирической терапии даже для пациентов с острым неосложненным циститом должен проходить с учетом этих факторов, – сказал доктор К. Л. Локшин. – Каждый уролог знает, что если у пациента были любые инвазивные вмешательства на мочевыводящих путях, то к факторам БЛРС-резистентности и фторхинолон-резистентности может также добавиться вероятность присутствия других госпитальных микроорганизмов (к примеру, Pseudomonas aeruginosa или Acinetobacter) с труднопредсказуемой чувствительностью».

Также докладчик упомянул о необходимости физикального обследования, которое подразумевает осмотр пациентки в гинекологическом кресле. По его словам, это один из важных способов выявить анатомические аномалии, вагинальные выделения и тем самым заподозрить болезни гениталий.

«Что касается лабораторного обследования, то при подозрении на острый цистит, согласно Европейским рекомендациям, необходимо выполнить общий анализ мочи, но ее бактериологическое исследование при этом считают необязательным. Второй пункт этих рекомендаций я считаю не очень правильным, – сказал доктор К. Л. Локшин.– Ведь только сделав бактериологическое исследование мочи, мы можем понять, почему некоторым пациенткам не помогло назначенное лечение по поводу острого цистита. Кроме того, сегодня уже появились методики, которые в течение трех часов помогают урологу не только определить возбудителя болезни, но и его чувствительность к антибактериальным препаратам. Надеюсь, что уже вскоре мы сможем использовать данные методы в нашей клинической практике, чтобы перестать назначать антибиотики эмпирически. пытаясь «угадать», какой именно препарат подойдет данной пациентке».

В отношении антибиотикотерапии острого цистита докладчик высказал следующие аргументы: «При всех ее недостатках мы пока не можем отказаться от терапии антибиотиками, хотя и понимаем, что каждое назначение делает их менее эффективными в целом для популяции».

«В предыдущих Европейских рекомендациях в качестве арсенала для лечения пациентов с острым неосложненным циститом урологам предлагались фосфомицин, нитрофурантоин и фторхинолоны, однако в них отсутствовали цефалоспорины, весьма эффективные при мочевой инфекции», – сказал К. Л. Локшин. Докладчик обратил

внимание на изменения, произошедшие в данных рекомендациях 2015 г.: из них был удален немакрокристаллический нитрофурантоин, обладающий плохой биодоступностью (50% препарата остается в кишечнике) и включены цефалоспорины.

При этом, по данным самого большого российского эпидемиологического исследования, проводившегося в 2010-2011 гг., в ходе которого собрано порядка 1000 штаммов микроорганизмов, установлено, что при острых циститах самая лучшая эффективность у российских пациенток наблюдается при применении фосфомицина, цефаллоспоринов III поколения (в частности, цефиксима) и фурантоина. В ближайшее время с целью определения изменений в бактериологической ситуации в нашей стране планируется повторно провести подобное эпидемиологическое исследование. «Поэтому, несмотря на Европейские рекомендации (в которых сказано, что «если в популяции микроорганизмов определяется устойчивость к цефалоспоринам и фторхинолонам, то при тяжелом течении пиелонефрита мы должны начинать лечение с карбапенемов»), выбирая препараты для эмпирической терапии, мы должны знать, что именно происходит в популяции микробов, вызывающих заболевания органов мочевой системы в нашей стране, – заметил докладчик. - Конечно, нам все сложнее выбирать препараты, поскольку FDA (Food and Drug Administration) в прошлом году потребовало ограничить использование фторхинолонов при неосложненных инфекциях, в т.ч. мочевыводящих путей. И если раньше мы очень часто их назначали, то сегодня приходится задуматься, прежде чем рекомендовать данную группу препаратов».

«Итак, чтобы быть наиболее успешными в лечении больных острым неосложненным циститом, урологу необходимо изучить жалобы больных, собрать у них анамнез заболевания и жизни, исключить осложняющие факторы, понять, какие уропатогены могут быть у данной пациентки. учесть все факты известных нам сегодня резистентных микроорганизмов а также некоторые другие нюансы, выявленные на основе беседы с пациенткой. И только затем назначать антибактериальную терапию кратковременными курсами. поскольку более длительные не улучшают результатов лечения. Также урологу необходимо помнить о том, что выбор препарата может повлиять на возможность решилива заболевания», – резюмировал докладчик.

Подготовил Арсений Климашин

№ 1 || MAPT 2017 г. ПРАКТИКА 15

Применение Фитолизина в комбинированной терапии и профилактике неосложненных инфекционно-воспалительных заболеваний у женщин



Е. А. ПРОНКИН

к.м.н., клиника урологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова, Москва

нфекционно-воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей принадлежат к числу наиболее распространенных, уступая лишь респираторным инфекциям. Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) - собирательный термин, характеризующий воспалительный процесс в мочевыделительной системе без указания его локализации. Выделяют инфекционно-воспалительные заболевания почек, нижних и верхних мочевыводящих путей. По характеру течения ИМП делятся на неосложненные и осложненные. Неосложненная ИМП развивается, как правило, у людей без обструктивных уропатий и структурных изменений в почках и мочевыводящих путях при отсутствии фоновых заболеваний. Женщины страдают ИМП намного чаще мужчин, 60% женщин сталкиваются с эпизодами ИМП на протяжении жизни, у каждой четвертой женщины из этой категории ИМП носит рецидивирующий характер [1]. Причиной развития неосложенного ИМП у женщин в 77,7% является *Echerichia coli* [2].

История фитотерапии насчитывает несколько тысяч лет. В России первый манускрипт, посвященный лечению травами, был переведен с немецкого (книга издана в 1492 г. в г. Любек) в 1534 г. во времена Ивана IV Грозного. Травник «Благопрохладный вертоград здравию» являлся сборником прочилюстрированных лекарственных растений и природных минералов.

В последние десятилетия отмечается повышенный интерес к применению растительных препаратов, в т.ч. и в урологической практике. В настоящее время эффективность применения лекарственных растений доказана с помощью научно обоснованных методов – биохимических, биологических, структурно-аналитических. Накопленная база научных исследований позволяет рекомендовать лекарственные растительные препараты к применению в рутинной практике. Эффективность ряда препаратов во многом не уступает синтетическим химическим веществам при лечении больных неосложненными формами урологических заболеваний.

Основой лечения больных неосложненными ИМП является короткий курс антибактериальной терапии. Препараты группы фторхинолонов занимают ведущую роль в рекомендациях Европейской и Американской ассоциаций урологов для лечения больных неосложненными ИМП. Однако рост антибактериальной резистентности к уропатогенной *E. coli,* являющейся одной из самых распространенных причин ИМП, приводит к неэффективности стандартного лечения в ряде случаев [3]. В связи с этим применение фитопрепаратов на основе лекарственных растений в настоящее время рассматривается как альтернативная возможность лечения этой категории больных в рамках комбинированной или монотерапии.

Фитолизин – препарат в который входит комбинация из 9 активных растительных компонентов, таких как корень любистока (levisticum officinale), корневише пырея

«...»

Лекарственные растения, входящие в состав Фитолизина, содержат вещества, обладающие широким прямым или косвенным антимикробным действием

(argopyrum repens), листья березы (betula pendula Roth) и 4 эфирных масла, благодаря чему проявляются антисептическое, противовоспалительное и спазмолитическое действия на органы мочевой системы, улучшается функция почек. Широкий спектр действия Фитолизина обусловлен входящими в его состав эфирными маслами. Эфирные масла расширяют сосуды почек, что способствует улучшению кровоснабжения почечной паренхимы, в т.ч. и эпителия, а также влияют на процессы обратного всасывания клетками почечных канальцев. Это проявляется в основном уменьшением реабсорбции ионов натрия и соответствующего количества воды. На фоне развивающейся полиурии повышается концентрация антибактериальных препаратов в зоне воспаления, а именно в паренхиме. Эфирные масла также разрушают цитоплазматическую мембрану бактерий и уменьшают активность аэробного дыхания, что приводит к уменьшению выделения энергии, необходимой для синтеза ими различных органических соединений. Это обеспечивает активность препарата даже при устойчивой к синтетическим антибактериальным средствам микрофлоре. Выделение органических и сульфатированных метаболитов с мочой сопровождается изменением кислотности мочи. В результате формируются условия, препятствующие образованию бактериальных пленок, способствующие элиминации микроорганизмов, восстановлению естественных зашитных свойств мочи, уменьшению воспаления.

Лекарственные растения, входящие в состав Фитолизина, содержат вещества, обладающие широким прямым или косвенным антимикробным действием. Сочетание противомикробного и противовоспалительного действий особенно благоприятно для лечения больных неосложенными ИМП [4].

Бессимптомная бактериурия во время беременности выявляется у 2–11% женщин [5]. Выбор антибактериальных препаратов сложен из-за тератогенного действия многих из них. Фитолизин является безопасным

и эффективным выбором у женщин этой категории

Препарат имеет форму пасты для приготовления суспензии, что обеспечивает легкость его дозирования и применения. Взрослым назначают внутрь по 1 чайной ложке пасты, растворенной в 1/2 стакана теплой подслащенной воды, 3–4 раза в сутки после еды. Фитолизин может применяться в составе комбинированного лечения больных ИМП вместе с антибактериальными препаратами или после их применения на этапе противорецидивной терапии. Курс терапии Фитолизином составляет 2–6 недель и при необходимости может быть продлен.

Действие экстрактов и эфирных масел лекарственных растений в составе Фитолизина в рамках современных исследований представляется нам в новом свете, прежде всего, с точки зрения преодоления антибиотикорезистентности и способности разрушать микробную биопленку на слизистой оболочке мочевыводящих путей. Фитолизин является эффективным и безопасным средством, может быть рекомендован к широкому применению больными ИМП.

«...»

Накопленная база научных исследований позволяет рекомендовать растительные препараты к применению в рутинной практике. Эффективность ряда препаратов во многом не уступает синтетическим химическим веществам

ЛИТЕРАТУРА

- Lindsay E.N. Managing recurrent urinary tract infections in women. Women's Health. 2005;1:39–50.
- Kahlmeter G. Prevalence and antimicrobial susceptibility of pathogens in uncomplicated cystitis in Europe. The ECO. SENS study. Int. J. Antimicrob. Agents. 2003;22(Suppl. 2):49–52.
- 3. Wagenlehner F.M., Weidner W., Perletti G., Naber K.G. emerging drugs for bacterial urinary tract infections. Expert. Opin. Emerg. Drugs. 2010;15(3):375–97.
- Nicolle L.E., Bradley S., Colgan R., et al. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. Clin. Infect. Dis. 2005;40:643–654.
- Mazzuli T. Resistance trends in urinary tract pathogens and impact on management.
 J. Urol. 2002;168:1720–1722.

16 АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА № 1 || МАРТ 2017 г.

Почему урологу необходимо помнить о связи инфекции с нарушением фертильности?

О современных подходах к лечению обострения хронического простатита и влиянии внутриклеточных возбудителей на фертильность рассказал на одном из симпозиумов в рамках XI Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии», состоявшейся 9 февраля в Москве, к.м.н., врач-уролог, руководитель отдела клинических исследований НИИ уронефрологии Леонид Григорьевич Спивак.



ак отметил докладчик, несмотря на регулярное обсуждение проблем, связанных с хроническим простатитом (ХП), внутри этой темы все еще остаются неразрешенные вопросы и тонкости, которые стоит почаще обсуждать урологам.

«Мы многое знаем о XП, однако в процессе диагностики часто упускаем, к примеру такой момент, как присутствие симптомов болезни на протяжении трех месяцев. Только в этом случае мы можем поставить диагноз XП», – напомнил доктор Л. Г. Спивак. Далее докладчик представил результаты трех исследований. В первом из них специалисты пытались установить параллели между образом жизни и ХП в когорте мужчин-медиков. В исследовании приняли участие более 50 тыс. человек в возрасте от 40 до 75 лет, однако оно не выявило связи ХП с индексом массы тела, курением и артериальной гипертензией. Другое исследование было направлено на выявление взаимосвязи ХП с физической активностью. В нем приняли участие более 20 тыс, человек, и его результаты подтвердили зависимость болезни от «сидячего» и лежачего» образа жизни. В следующей публикации, приведенной докладчиком, было доказано, что гипертрофированная крайняя плоть повышает риск возникновения ХП.

Что касается патогенеза ХП, то, по мнению Л. Г. Спивака, урологи уже пришли к определенному консенсусу и пониманию того, что роль уретро-простатического рефлюкса мочи в его патогенезе весьма высока. Также он подчеркнул, что самой сложной когортой пациентов, с которой приходится ежеденевно сталкиваться урологу, – это пациенты с воспалительным и невоспалительным ХП.

Относительно лабораторной диагностики XП Л.Г. Спивак не отметил каких-либо существенных изменений за последние годы, однако с сожалением обратил внимание на отсутствие теста, который мог бы дифференцировать типичный для XП микроорганизм от бактерий из уретры, выявляемый при ПЦР-диагностике секрета предстательной железы. Продолжая эту тему, докладчик попросил коллег вспомнить о ежегодной конференции Ассоциации специалистов консервативной терапии в урологии, которая состоялась в декабре прошлого года. По просьбе компании «Астеллас» был проведен опрос врачей, посетивших форум, где специалистов просили ответить на вопрос «Какая часть пациентов с простатитом обрашаются к вам с повторным эпизодом заболевания в течение года?», на который был получен ответ о 40% повторных обращений. Это говорит о том, что та терапия, которую мы осуществляем, возможно, недостаточно эффективна в отношении увеличения безрецидивного периода. На второй вопрос «У какой части пациентов, которые обратились по поводу ХП, есть основания подозревать наличие хламидийной либо микоплазменной инфекции?» 49% врачей ответили, что таких пациентов более 60%. И это косвенно говорит о том, что роль этих микроорганизмов у пациента с ХП весьма велика. Эти ответы коллег подтверждают исследование А. И. Неймарка, где с помощью ПЦР исследовали не только секрет, но и биоптат простаты у пациентов с ХП и синдромом хронической тазовой боли с целью определения числа пациентов, у которых выявлены хламидии, либо микоплазма [Ю.С. Кондратьева, А.И. Неймарк, А.А. Еркович и др. Клинико-морфологические особенности хронического уретропростатита, ассоциированного с хламидийной и микоплазменной инфекцией. Бюллетень сибирской медицины. 2012;2:24-30]. Это исследование выявило 73,3% лиц с подобной инфекцией. У остальных 23.4% мужчин были проведены электронно-микроскопические исследования биоптата, также подтвердившие наличие у них хламидий и микоплазм. При этом докладчик подчеркнул, что, разумеется, не стоит делать каждому из пациентов с ХП биопсию простаты, чтобы убедиться в наличии микроорганизмов и их типа, т.к. вышеуказанное исследование демонстрирует, что вероятность их присутствия весьма велика. Кроме того, и другие исследования показывают, что наличие, к примеру Chlamydia trachomatis, ассоциировано с повышенным уровнем лейкоцитов. воспалением и интенсивностью боли у мужчин с воспалительной формой хронической

Все вышесказанное, по словам докладчика, говорит о том, что ХП сегодня мало представлен в медицинской литературе, а возрастающая антибактериальная резистентность заставляет урологов искать новые стратегии

лечения, в т.ч. для предотвращения регулярных обострений заболевания у пациентов.

Далее Л. Г. Спивак обратился к той части рекомендаций Европейской ассоциации урологов, где говорится об антибиотиках фторхинолонах, рекомендуемых при бактериальном XП. «При наличии или подозрении на внутриклеточные бактерии (а выше было сказано о 97% таких пациентов) должны назначаться тетрациклины или макролиды», - сказал он. При этом докладчик напомнил о способности указанных антибиотиков проникать в ткань предстательной железы и способности создавать в ее тканях концентрации, которые превышают минимально подавляющие концентрации возбудителей простатита, а также широкий спектр действия этих лекарственных средств. В связи с этим Л. Г. Спивак упомянул об экспериментальном исследовании, показавшем, что α-адреноблокаторы способны увеличивать концентрацию антибиотика непосредственно в тканях предстательной железы. При этом никаких отличий по концентрации антибиотиков в плазме крови, почках и печени они не демонстрируют. «Таким образом, – сказал докладчик, - мы можем говорить о некоем патогенетическом синергизме комбинированного лечения α-адреноблокаторами и антибиотиками пациентов с XП».

Относительно критериев выбора антибактериального препарата при ХП докладчик упомянул об известных лекарственных средствах, создающих хорошую концентрацию в тканях предстательной железы после перорального приема – фторхинолонах, макролидах, тетрациклинах. «В ряде исследований на первом месте в отношении активности к хламидиям и микоплазмам находятся джозамицин (Вильпрафен®) и доксициклина моногидрат (Юнидокс Солютаб®). В отношении Mycoplasma hominis достаточно высокие концентрации в тканях предстательной железы создают джозамицин и доксициклин. в значительно меньшей степени – фторхинолоны. В отношении уреаплазм активны джозамицин и доксициклин. Благодаря высокой концентрации, эти препараты обеспечивают высокую эффективность терапии больных XП». – отметил докладчик.

Говоря о длительном исследовании по поводу изменения степени резистентности микроорганизмов – возбудителей ХП, в отношении различных антибиотиков, Л. Г. Спивак привел немецкую работу, которая продолжалась 20 лет: «За этот период не изменилась чувствительность возбудителей ХП ни к джозамицину, ни к доксициклину (в отличие от азитромицина (Krausse R. et al. Clin Microbiol Infect 2010;16:1649-1655). И этот момент необхо-

димо учитывать урологу и помнить о связи хронического воспаления, обусловленного бактериями, с нарушением фертильности у мужчин», - сказал Л. Г. Спивак Он также упомянул об исследованиях, в которых оценивали влияние уреаплазменной инфекции на сперматозоиды: на фоне наличия этого микроорганизма снижалась подвижность, повреждалась мембрана сперматозоида и изменялась структура хроматина (Reichart M. et al. Biol Reprod 2000;63:1041-1048). Это исследование состояло из 2 частей: in vitro (когда изучали повреждение сперматозоидов при добавлении культуры уреаплазм в тот раствор, где они находились) и клинической части, где при применении доксициклина у мужчин, которые были исходно инфицированы уреаплазмой, отмечалось значительное улучшение параметров, отражающих структуру генетического материала сперматозоидов (Reichart M. et al. Biol Reprod 2000;63:1041-1048).

Также, по словам докладчика, важно знать, что ряд препаратов, в т.ч. и фторхинолоны, отрицательно влияют на показатели спермограммы и, следовательно, на фертильность. Экспериментальные и клинические исследования показывают, что возвращение к исходным параметрам спермограммы после приема фторхинолонов у пациентов происходило только на третий месяц после окончания терапии (Andreessen R. et al. Andrologia. 1993;25(6):377-83). Это особенно важно для тех пациентов, которые в ближайшее время готовятся к зачатию ребенка, поэтому для них стоит выбирать те препараты, которые не ухудшают фертильность, а напротив, влияют на нее положительно. К примеру, терапия бесплодных мужчин доксициклином приводила к увеличению частоты естественной беременности у партнерш в 2,4 pasa (Hamada A. et al. Urology. 2011; 78: 1320-1325). В исследовании, посвященном джозамицину, показано улучшение подвижности сперматозоидов (Schramm P. et al. Andrologia. 1988;20(6):521-525). «Кроме того, урологу надо помнить о том, что генерики доксициклина бывают разными, поэтому врачу нало четко представлять не только преимущества доксициклина моногидрата перед доксициклина гидрохлоридом, но и побочные эффекты со стороны желудочнокишечного тракта, которые может вызвать прием некоторых генериков доксициклина гидрохлорида. И об этом обязательно надо предупреждать наших пациентов, которым рекоменлуется тот или иной генерический препарат», – заключил Л. Г. Спивак.

Материал подготовила Людмила Боева

№ 1 || MAPT 2017 г. ПРАКТИКА 17

Препараты выбора для лечения больных острым пиелонефритом

В рамках XI Всероссийской научно-практической конференции «Рациональная фармакотерапия в урологии», которая прошла в Москве 9–10 февраля 2017 г., состоялась секция симпозиума, посвященная антибактериальной терапии урологических заболеваний. Первым на ней прозвучал доклад доктора медицинских наук, профессора кафедры урологии и хирургической андрологии РМАНПО на базе Городской клинической больницы им. С.П. Боткина Любови Александровны Синяковой о лечении больных острым пиелонефритом в эру растущей резистентности возбудителей к антибактериальным препаратам.



о словам Любови Александровны, острый пиелонефрит является заболеванием, способным привести к тяжелейшим осложнениям – сепсису, острой почечной недостаточности, а у беременных женщин – к рождению детей с низкой массой тела и преждевременным родам. «Поэтому мы должны говорить не просто о рациональной антибактериальной терапии, а о соблюдении принципов лечения данного заболевания, которые заключаются в необходимости восстановления адекватной уродинамики, для чего на современном этапе мы используем малоинвазивные методы. Это может быть чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС), а если речь идет о беременной женщине – стентирование мочеточника. Также это адекватное дренирование гнойных очагов – абсцесса почки или карбункула с абсцедированием. Но если обструкция мочевыводящих путей или гнойные очаги отсутствуют, то на первый план выходит рациональная антибактериальная терапия, которая необходима для лечения всех форм и стадий пиелонефрита у всех категорий больных», – сообщила лектор.

На чем же должен основываться выбор антибактериальных препаратов? Отвечая на этот вопрос, профессор Л. А. Синякова сказала следующее: «В последнее время мы чаше всего сталкиваемся с острыми пиелонефритами, которые возникают у больных без обструкции мочевыводящих путей (чаще всего – это женщины с рецидивирующими инфекционно-воспалительными заболеваниями нижних мочевыводящих путей), которым часто и не всегда обоснованно проводится антибактериальная терапия. Поэтому врач должен выбирать антибактериальный препарат для такой больной с учетом наиболее вероятного возбудителя, предшествующей антибактериальной терапии, инвазивных методов диагностики и лечения, а также сопутствующих заболеваний, которые могут влиять на течение заболевания».

Далее Л. А. Синякова привела клинический пример, показавший сложность всей проблемы острого пиелонефрита и неоднозначность ее решения. Первый клинический пример был посвящен пациентке 31 года, беременной, со сроком беременности 21 неделя, которая поступила в ГКБ им. С.П. Боткина с жалобами на боль в поясничной области справа, повышение температуры до 39°C. Это была третья беременность пациентки. Ультразвуковое исследование показало дилатацию чашечно-лоханочной системы справа, однородность паренхимы, сохраненную подвижность почки. Был диагностирован правосторонний острый обструктивный пиелонефрит. Пациентке было выполнено стентирование мочевыводящих путей справа, начата антибактериальная терапия цефалоспоринами III генерации, в результате чего была отмечена положительная динамика. Однако через сутки у пациентки вновь возникла боль в поясничной области справа, озноб, появилась температура 39,5 °C, снижение артериального давления до 70/40 мм рт. ст., что было обусловлено миграцией стента и развитием бактериотоксического шока. На фоне противошоковой терапии больной была выполнена ЧПНС, лечение продолжено в реанимационном отделении. Имели место выраженные изменения лабораторных показателей: лейкоцитоз – 22×10⁹/л, прокальцитонин – 10 нг/мл. Антибактериальная терапия меронемом и линезолидом на фоне адекватного дренирования мочевых путей привела к стабилизации состояния больной, нормализоции лабораторных показателей, признаки прерывания беременности отсутствовали.

По словам Л. А. Синяковой, пиелонефрит – это настолько серьезное заболевание, что даже в неосложненной форме у больных, у которых нет обструкции мочевыводящих путей, он может приводить к необходимости органоуносящей операции. «Поэтому в рекомендациях по выбору антибактериальной

терапии, которая составляет основу лечения при необструктивном остром пиелонефрите, сказано, что для выбора препарата мы должны основываться на предполагаемой этиологии заболевания. При этом возбудители могут быть самыми различными: и кишечная палочка, и стафилококк. Так что мы должны учитывать резистентность возбудителя и клинические данные, которые подтверждают эффективность именно этого антибактериального препарата», – сказала Л. А. Синякова.

Далее профессор привела результаты зарубежных исследований, показавших, что в течение 10 лет (с 2000 по 2010 г.) применение антибиотиков в мире выросло на 36%: наибольший рост продемонстрировали Бразилия, Россия, Индия, Китай, Южная Африка и Западная Африка – 76% прироста. Индия стала самым большим потребителем антибиотиков в 2010 г., Китай - вторым, США - третьим. «Такое бездумное применение антибиотиков провоцирует возрастание резистентности возбудителей инфекционных заболеваний, в связи с чем была просчитана предполагаемая ежегодная смертность, ассоциированная с антимикробной резистентностью, с 2014 до 2050 г. Это колоссальные цифры потерь, которые может претерпеть Азия в масштабе 4 730 000 человек, около 300 тыс. - Северная Америка, 400 тыс. – Европа и более 4 млн – Африка», – констатировала Любовь Александровна.

Далее она отметила что, в проблеме лечения больных острым пиелонефритом врачу необходимо рассматривать несколько аспектов: антибактериальный препарат и возбудитель, антибактериальный препарат — стадия и форма пиелонефрита, антибактериальный препарат — резистентность возбудителя. «Говоря о выборе антибактериального препарата с учетом предполагаемого возбудителя, мы должны сотрудничать с клиническими фармакологами, подбирая наиболее рациональную терапию. Также при подборе препарата необходимо учитывать форму и стадию острого пиелонефрита: такие

лекарственные средства, как левомицитин, тетрациклины, нитрофураны, нефторированные хинолоны не подходят для лечения больных острым пиелонефритом, т.к. создают низкие тканевые концентрации», — сказала она. Также профессор обратила внимание на необходимость учета роста резистентности возбудителей, в результате чего из назначений для лечения больных острым пиелонефритом необходимо исключить незащищенные аминопенициллины, цефалоспорины I поколения, ко-тримоксазол.

Л. А. Синякова сообщила, что сегодня существуют две наиболее применяемые группы антибиотиков для лечения больных. страдающих инфекционно-воспалительными заболеваниями мочевой системы, в т.ч. пиелонефритом. Первая – это цефалоспорины III поколения. Однако, начиная с 2001 г., наблюдается рост резистентности кишечной палочки к этой группе препаратов: с 1 до 25% в большинстве стран Европы, что делает нецелесообразным их эмпирическое использование. Вторая группа – фторхинолоны. С их применением ситуация обстоит еще хуже, чем с цефалоспоринами, ведь резистентность к ним в большинстве стран Европе растет, составляя от 25 до 50%. При этом докладчик подчеркнула, что цефуроксим (цефалоспорин II поколения) может использоваться для начальной эмпирической терапии острого пиелонефрита, особенно в регионах с низкой частотой патогенов, которые продуцируют β-лактамазы расширенного спектра действия. Однако предпочтение следует отдавать цефалоспоринам III поколения, особенно при доказанной чувствительности возбудителей и нетяжелом течении пиелонефрита.

Резюмируя сказанное, профессор Л. А. Синякова сказала о Российских рекоменлациях, созданных на основе Европейских 2015 г.: «Если это острый неосложненный пиелонефрит нетяжелого течения, то препаратами выбора становятся фторхинолоны (при этом продолжительность лечения зависит от назначаемой дозы), а альтернативными – цефалоспорины III генерации При остром неосложненном пиелонефрите тяжелого течения препаратами выбора являются или зашишенные пенициллины (либо в виде монотерапии, либо в сочетании с амикацином), либо карбапенемы І и ІІ групп. Для альтернативной терапии рекомендованы цефалоспорины III и IV генераций в виде монотерапии или в сочетании с амикацином, а также фторхинолоны».

«...»

Мы должны говорить не просто о рациональной антибактериальной терапии, а о соблюдении принципов лечения данного заболевания

18 ПРАКТИКА № 1 || МАРТ 2017 г.

Силденафил – только ли лекарство для мужчин?

Общеизвестно, что на сегодняшний день силденафил представляет собой хорошо изученный, высокоэффективный препарат, ставший почти классическим для применения при эректильной дисфункции (ЭД). Вопреки широко установившейся традиции рассматривать ЭД, в первую очередь, как «мужскую» проблему, авторы провели исследование, в котором оценили не только эффективность препарата, но и его потенциальное влияние на взаимоотношения супругов в семье. В представленной работе оценивается удовлетворенность женщин качеством терапии ЭД, проведенной их партнерам.

Е.В. КУЛЬЧАВЕНЯ^{1,2}, А.А.БРЕУСОВ³

¹ФГБУ Новосибирский НИИ туберкулеза Минздрава России, Новосибирск ²ФГБУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Новосибирск ³МЦ «БИОВЭР», Новосибирск

ервое упоминание об эректильной дисфункции (ЭД) отмечено в манускриптах древнего Египта. С тех пор непрерывно предпринимались попытки улучшить сексуальный потенциал мужчины, но революционный прорыв наступил после открытия роли оксида азота (NO) в функционировании сердечно-сосудистой системы. Авторы получили Нобелевскую премию и в ходе дальнейших исследований создали силденафил, который с 1998 г. продолжает триумфальное шествие по планете.

Силденафил многим знаком как препарат для лечения больных ЭД, однако спектр его терапевтических возможностей шире. Систематический обзор современных баз данных показал эффективность применения силденафила при сердечной недостаточности, кистозном фиброзе, раке, нарушении функции головного мозга, сахарном диабете, дисфункции нижних мочевыводящих путей у мужчин. Эффективность и безопасность силденафила оценивались по результатам 48 рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований

в параллельных группах, охватывающих 11 364 мужчин с ЭД. Показано, что во всех возрастных группах, включая лиц старше 75 лет, эффективность применения силденафила была высока при низкой частоте побочных эффектов, среди которых преобладали головная боль и приливы. Прием силденафила приводит к улучшению эректильной функции у больных разного возраста независимо от этиологии, тяжести и длительности течения ЭД. Лечение силденафилом сопровождается улучшением кавернозной электрической активности, что оправдывает его применение и при нейрогенной форме заболевания. В целом рекомендуют подходить к подбору дозы персонифицировано.

Систематический обзор 17 хорошо организованных клинических исследований подтвердил эффективность и безопасность применения силденафила у больных сахарным диабетом с ЭД. Появилась тенденция добавлять силденафил к базовой терапии некоторых урологических заболеваний (гипогонадизм, доброкачественная гиперплазия предстательной железы), поскольку отмечено потенцирование лечебного эффекта.

Известно, что ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (иФДЭ-5) вызывают эрекцию только при наличии сексуальной стимуляции. Однако даже у пациентов с переломами костей таза с повреждением уретры, что закономерно приводит к развитию ЭД, ежедневный прием силденафила был эффективен в 61,5% наблюдений. Гипотетически можно ожидать положительного влияния силденафила при простатите, т.к. было показано, что силденафил влияет на течение воспалительного процесса, поскольку снижает активность провоспалительных факторов. Однако наряду с противовоспалительным эффектом силденафил также понижал активность ципрофлоксацина при лечении больных хроническим простатитом, осложненным ЭД, что необходимо учитывать при назначении терапии таким пациентам.

Ханжески настроенные личности уверяют, что проблема ЭД преувеличена, и человек вполне может быть счастлив, занимаясь любимой работой или хобби. Однако наши исследования показали положительную корреляцию между качеством сексуальной функции мужчин и уровнем их общей успешности. У женщин, впрочем, такая зависимость не прослеживается, отчасти, видимо, потому, что гендерная роль женщины не зависит от ее сексуальной удовлетворенности.

С целью изучения оценки половыми партнершами мужчин с ЭД своей сексуальной жизни до начала применения иФДЭ-5 и после завершения курса лечения было проведено моноцентровое когортное исследование. В исследование были включены 128 мужчин с ЭД легкой и средней степеней в возрасте от 32 до 54 лет (в среднем 42,1 года). Все пациенты ранее не принимали иФДЭ-5. Больным был назначен силденафил 50 мг (Динамико, Тева) «по требованию», с приемом за 1 час до предполагаемого полового акта. Второй визит осуществлялся через 2 недели терапии для возможной коррекции дозы. Третий, финальный визит, состоялся через 3 месяца от приема первой дозы силденафила. Эффективность лечения оценивали по баллам шкалы Международного индекса эректильной функции, побочные эффекты пациенты фиксировали в своих дневниках. Если проявление побочного эффекта терапии было сильным или продолжительным (более 6 часов), пациенты приходили на незапланированный визит. Через 3 месяца постоянные половые партнерши мужчин были опрошены на предмет удовлетворенности качеством лечения их мужей. С этой целью им предлагалось самостоятельно по опроснику оценить исходную половую жизнь пары

и произошедшие после лечения изменения. Конечной целью исследования был анализ полученной оценки.

Из 128 мужчин только один (0,78%) был вынужден прекратить прием препарата из-за сильной заложенности носа, нарушения цветовосприятия и головной боли. У 15 (11,7%) были выявлены незначительные побочные эффекты, не требовавшие отмены терапии, 24 (18,75%) пациентам с очень хорошей эрекцией, но с побочными эффектами доза была уменьшена до 25 мг, что не сказалось на эффективности, но улучшило переносимость. Для 32 (25%) пациентов, мы, напротив, посчитали необходимым увеличить дозу до 100 мг, остальные 72 (56,25%) продолжили терапию с исходной дозой 50 мг. Прием силденафила и, соответственно, половой акт (или попытку) участники исследования совершали в среднем с частотой 2,7 раза в неделю.

Из всех мужчин, включенных в исследование, положительный эффект силденафила отметили 83 (64,84%) пациента, 43 партнерши пациентов согласились ответить на вопросы, касающиеся их половой жизни. Исходно половую жизнь пары 38 (88,37%) женщин оценили как «плохую», хотя 5 женщин ЭД мужа проблемой не считали, поскольку сами обладали низким «сексуальным аппетитом». Через 3 месяца, терапии силденафилом 19 (44,18%) женщин посчитали семейную сексуальную жизнь хорошей, 22 (51,16%) – отличной. Вместе с тем, по мнению 2 (4,65%) женщин, она не изменилась, что лишний раз доказывает, что для женщины в сексе одной хорошей эрекции полового партнера недостаточно (рисунок). Таким образом, 41 (95,35%) женшина была удовлетворена результатами проведенной терапии и считала, что улучшение качества эрекции позитивно сказалось на семейной жизни.

Полученные результаты позволили не только подтвердить эффективность силденафила (Динамико, Тева) при ЭД, но и сделать выводы о его важной роли в семейной жизни супружеской пары. Повышение качества эрекции полового партнера женщины оказывает положительное влияние на ее сексуальную жизнь. Указанные факторы имеют первостепенное значение и для улучшения репродуктивного статуса женшины.

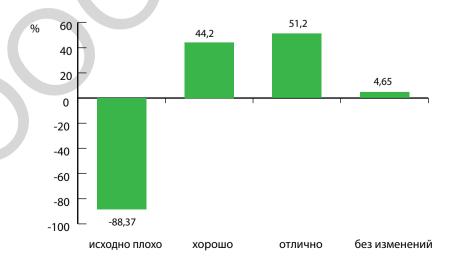


Рисунок. Удовлетворенность женщин сексуальными отношениями до и после курса терапии силденафилом

77370

За дополнительной информацией о препаратах оброщай тесь в представительство компании 000 «Теза» по адресу 115054, Москва ул. Валовая, д. 35; гел. 47 (495) 644 22 94 (35) DVNF-Rti-00932-FHARM-DDK.

Service of the servic

СЕКС БЕЗ ВОДЫ

ПЛЁНКА

QUHAMUKO

1 100 Mr TEEN

для лечения эректильной дисфункции. Быстро растворяется на языке и не требует запивания. Подробности на HAPPYEND.RU

20 ИНТЕРВЬЮ № 1 || МАРТ 2017 г.

С пациентом надо говорить подробно и обо всем

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – хорошо известное и часто обсуждаемое специалистами заболевание. Основные препараты, которые применяются для лечения больных ДГПЖ – это ингибиторы 5-альфа-редуктазы, способные предотвратить прогрессирование заболевания. Вместе с тем появляются все новые стратегии в отношении группы пациентов, страдающих от симптомов нарушения функции нижних мочевыводящих путей (СНМП). Одна из них – активное наблюдение и смена образа жизни. Иногда этот подход рекомендуется даже в качестве единственной стратегии у таких пациентов. В частности, данной теме было посвящено исследование Conduct 1, которое продолжалось два года, в нем приняли участие более 700 пациентов с СНМП средней степени тяжести. Исследование показало, что в 39% наблюдений смена образа жизни помогла уменьшить тяжесть проявления СНМП. Но применим ли подобный опыт в России? Насколько наши паценты с СНМП привержены вышеуказанной выжидательной стратегии? Как быть с прогрессированием заболевания? Ведь известно, что смена образа жизни в данном случае не способна остановить дальнейшее увеличение предстательной железы. Какая стратегия является наиболее эффективной и удобной для пациента? Эти и другие вопросы мы задали академику РАН, профессору, д.м.н., директору университетской клиники МГУ, заведующему кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М. В. Ломоносова Армаису Альбертовичу Камалову.



– Армаис Альбертович, какие новые терапевтические стратегии используются у пациентов с СНМП при ДГПЖ?

– Если говорить о лечебных стратегиях при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), то они могут серьезно варьироваться. Все зависит от правильной диагностики и верного понимания факторов, влияющих как на симптоматику заболевания, так и на его прогрессирование. У определенной группы пациентов, действительно, можно ограничиться динамическим наблюдением. Но в большинстве случаев, в связи с тем, что пациенты обращаются к врачу уже с определенными жалобами, все-таки необходимо назначать лекарственные препараты, в т.ч. и комбинированные.

- Какие пациенты имеют право на динамическое наблюдение? Насколько эффективна эта стратегия у пациентов с умеренно выраженными СНМП и риском прогрессирования ДГПЖ?

Как правило, динамическое наблюдение приемлемо у тех пациентов, которые на фоне незначительного увеличения размеров предстательной железы (ПЖ) имеют невысокий уровень простатического специфического антигена (ПСА) – ниже 1,5 нг/мл. И, главное, у них отсутствуют СНМП, которые требуют назначения медикаментозной терапии для их коррекции. Необходимо понимать очень важный момент: ПСА, который долгие годы рассматривался только как маркер рака ПЖ, может также быть и показателем прогрессирования ДГПЖ. Доказано, что уровень ПСА коррелирует

с пролиферативной активностью железистого эпителия, что является причиной ДГПЖ. Поэтому, если у нас есть пациенты с ДГПЖ, у которых на момент исследования нет никаких симптомов, а есть только увеличение ПЖ и уровень ПСА выше 1,5 нг/мл, их можно отнести к группе риска дальнейшего прогрессирования болезни. У них с большой долей вероятности через некоторое время могут появиться симптомы этого заболевания. Но надо ли этого ждать? Конечно, в данном случае встает вопрос о необходимости назначения монотерапии ингибиторами 5-альфа-редуктазы (5-АРИ), которые снижают пролиферативную активность железистого эпителия ПЖ, а тем самым и уровень ПСА, приводя к тому, что в дальнейшем ПЖ не будет увеличиваться в размерах. В результате значительно снижается риск необходимости оперативного лечения пациента с ДГПЖ в будущем.

Тем не менее, многие пациенты обращаются к врачу уже с наличием СНМП, и чаще всего они у них достаточно выражены. В таких случаях на первый план выходит вопрос о том, чтобы уменьшить выраженность симптомов болезни и улучшить качество жизни человека. Поэтому лечение больных ДГПЖ начинается с назначения α-адреноблокаторов, особенность которых заключается в том, что положительный эффект от их приема наступает достаточно быстро, уже через несколько дней. Но тут возникает другой вопрос: все ли пациенты с СНМП после обследования и постановки диагноза нуждаются в комбинированном лечении? Нужно четко понимать. что терапия только α-адреноблокаторами не предотвращает прогрессирования ДГПЖ. и поэтому на фоне стабилизации симптомов

ДГПЖ в результате их приема мы упускаем дальнейшее прогрессирование заболевания в виде гиперплазии ПЖ. Поэтому правильной лечебной стратегией у больных ДГПЖ является одновременное применение ингибиторов 5-АРИ и α-адреноблокаторов. Это дает возможность, с одной стороны, нормализовать состояние пациента с ДГПЖ и уменьшить выраженность СНМП, с другой – предотвратить дальнейшую гиперплазию ПЖ. Таким образом, комбинированная терапия ингибиторами 5-АРИ и α-адреноблокаторами у пациентов с ДГПЖ клинически вполне обоснована.

– Привержены ли пациенты с ДГПЖ рекомендациям по коррекции образа жизни по сравнению с комбинированной терапией?

Да, действительно, сейчас для таких пациентов появились рекомендации о необходимости изменить образ жизни. Честно говоря, я не совсем понимаю, что мы в данном случае хотим рекомендовать нашим пациентам с СНМП на почве ДГПЖ! Чего он не должен делать? Не пить много жидкости? Но ведь есть и другие рекомендации. Например, о том, что в пожилом возрасте надо употреблять не менее двух литров жидкости в сутки, чтобы не иметь проблем с сердечно-сосудистой системой. Существует много рекомендаций разных специалистов, которые противоречат друг другу. С моей точки зрения, изменение образа жизни не может быть основной стратегией ведения пациентов. Например, если бы речь шла о сахарном диабете, то особенность этого заболевания несколько иная. т.к. оно в значительной степени связано с питанием и характером употребляемой пиши. Поэтому у пациентов с сахарным

¹Roehrborn C.G., Oyarzabal Perez I., Roos E.P., Calomfirescu N., Brotherton B., Wang F., Palacios J.M., Vasylyev A., Manyak M.J. Efficacy and safety of a fixed-dose combination of dutasteride and tamsulosin treatment (Duodart) compared with watchful waiting with nitiation of tamsulosin therapy if symptoms do not improve, both provided with lifestyle advice, in the management of treatment-naive men with moderately symptomatic benign prostatic hyperplasia: 2-year CONDUCT study results. BJU Int. 2015;116(3):450-459.

№ 1 || MAPT 2017 г. ИНТЕРВЬЮ 21

диабетом, особенно 2 типа легкой степени тяжести, одна только диета может привести к нормализации его состояния. А вот что касается больных ДГПЖ, то здесь изменение образа жизни влияет на их состояние в значительно меньшей степени.

Теперь хочу сказать несколько слов по поводу комбинированной терапии больных ДГПЖ. Наши пациенты в определенном возрасте уже коморбидны. Они имеют несколько заболеваний и должны принимать много различных лекарственных средств. Здесь очень важно, чтобы препараты, которые назначает уролог, могли сочетаться с теми, которые уже принимает пациент. Например, нередко бывает, что лекарства, которые используются при артериальной гипертензии, в сочетании с α-адреноблокаторами дают реакцию в виде артериальной гипотонии. Это обязательно надо учитывать. Но есть и еще один важный момент – насколько будет удобно пациенту принимать еще два препарата? Пациент, особенно пожилой, может что-то забыть или перепутать. Появление новых высокоэффективных комбинированных лекарственных средств, у которых есть две составляющие (например, ингибитор 5-АРИ и α-адреноблокатор, пожалуй, ярким примером является Дуодарт), позволяет сделать лечение больных более комфортным для них. Эти средства позволяют одновременно воздействовать на симптомы заболевания и предотвращать дальнейшее его развитие. Пациенту всегда проще выпить одну таблетку, чем две. Вполне естественно, что это повышает приверженность лечению. Имеет значение и экономический аспект. Покупать один комбинированный препарат выгоднее, чем два отдельных лекарственных средства. Это может быть очень важно для человека, который и без того вынужден тратить значительную часть своего бюджета на лечение.

– Снижает ли динамическое наблюдение больных ДГПЖ с/без добавления тамсулозина риск ее прогрессирования?

Прием а-адреноблокаторов – очень важная оставляющая лечения больных ДГЖП. Тамсулозин помогает устранить симптомы ДГПЖ, но, к сожалению, не предотвращает дальнейшего прогрессирования заболевания. В этом случае важно обратить внимание на возможность снижения риска прогрессирования заболевания, в т.ч. контролируя уровень ПСА в сыворотке крови. Если он низкий, то монотерапия тамсулозином вполне может быть использована. В случае, когда уровень ПСА выше 1,5 нг/мл, этот факт нельзя игнорировать ни пациенту, ни врачу. Сегодняшнее благополучие через какое-то время может привести к тому, что размеры ПЖ прогрессивно будут увеличиваться и справиться с ситуацией можно будет только при помощи оперативного лечения.

– Каково влияние на качество жизни разного вида терапии у пациентов с ДГПЖ? (α-адреноблокаторы, М-холинолитики, иФДЭ-5 и их комбинации)

Бытует мнение, что использование ингибиторов 5-АРИ приводит к снижению половой функции. На этот счет нами проведено клиническое исследование, которое показало, что этот побочный эффект наблюдается не более чем у 2–3% пациентов, длительно принимающих ингибиторы 5-АРИ. Но данная проблема может лежать и в области психологии. Прочитав в аннотации, что препарат дает побочный эффект в виде эректильной дисфункции, мнительный пациент с большой долей вероятности ее у себя обнаружит. С другой стороны, даже если эта проблема действительно существует, и есть необходимость коррекции половой функции, сделать это возможно при помощи ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа (иФДЭ-5). Таким образом, эректильная дисфункция, в т.ч. и в результате приема ингибиторов 5-АРИ, достаточно легко устраняется. Конечно, основополагающим является индивидуальный подход к выбору терапии и назначению лекарственных препаратов. Препараты данной группы могут использоваться как в режиме ежедневного применения, так и по требованию.

Бывает еще ситуация другого характера, когда СНМП связаны с наличием у пациента гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП). Эта проблема может быть самостоятельным патологическим состоянием, но у мужчин она чаще встречается на фоне инфравезикальной обструкции. В такой ситуации появляются аргументы в пользу оперативного лечения. Мы должны понимать, что если не избавить пациента от инфравезикальной обструкции, то, как правило, нельзя решить и вопрос с ГАМП. В данном случае М-холинолитики могут быть использованы после устранения инфравезикальной обструкции. Последнее, к сожалению, не всегда может быть достигнуто при помощи лекарственной терапии. Тогда необходима операция, наблюдение за этим пациентом, а также применение в послеоперационном периоде М-холинолитиков до нормализации состояния.

– Целесообразна ли выжидательная тактика у пациентов с ДГПЖ, при которой могут нарастать СНМП, вплоть до тяжелой степени, что повышает риск оперативного лечения?

Нет, считаю, что нецелесообразно ждать, когда проявления заболевания будут усиливаться. Это может в конечном счете привести к тяжелым последствиям и необходимости более серьезного лечения. Если мы видим, что на фоне динамического наблюдения за пациентом со временем начинает



Правильной лечебной стратегией у больных ДГПЖ является одновременное применение ингибиторов 5-АРИ и α-адреноблокаторов

нарастать симптоматика болезни, увеличиваться в размерах ПЖ, то зачем чего-то ждать? Ждать, когда будет острая задержка мочеиспускания? Или когда возникнет нарушение функции детрузора? В настоящее время у нас есть все возможности для того, чтобы предотвратить нарастание СНМП. Конечно, не нужно ждать, надолечить.

– Но ведь, наверняка, и частота развития различных нежелательных эффектов выше при приеме лекарств, чем при использовании динамического наблюдения в сочетании со сменой образа жизни? Что, по Вашему мнению, стоит в приоритете у пациента?

Практически у каждой группы препаратов встречаются те или иные побочные эффекты, в т.ч. эректильная дисфункция, которые носят индивидуальный характер. Безусловно, комбинированная терапия ДГПЖ может чаще вызывать такие побочные эффекты, но, как я уже отмечал, их частота не превышает 3% из нашего исследования. При наличии тех или иных побочных эффектов всегда возникает вопрос: что лучше – перестать принимать препараты или все же найти возможность справиться с ними? Ведь если отказаться от лечения (и чувствовать себя мужчиной на определенном отрезке времени), то симптомы основного заболевания будут только нарастать. А потом может потребоваться оперативное лечение. Я считаю, что допускать такую ситуацию непозволительно. Могу для сравнения привести такой пример: некоторые препараты для лечения сердечно-сосудистых заболеваний также могут привести к снижению эректильной функции. И что же в этом случае отказаться от приема жизненно важных лекарственных средств? Подвергнуть себя риску инфаркта миокарда или инсульта только ради сохранения половой функции? При том, что, как я уже отмечал, это состояние легко устраняется препаратами иФДЭ-5.

– Целесообразно ли раннее начало применения комбинированной терапии в качестве первой линии терапии у пациентов с СНМП средней тяжести и риском их прогрессирования?

Если у пациента имеются СНМП и данные обследования свидетельствуют о возможном риске их прогрессирования, конечно, лучше назначать комбинированное лечение. Впоследствии оно может быть заменено на монотерапию.

Возьмем такую ситуацию: к врачу обратился пациент с СНМП, которые требуют назначения α-адреноблокаторов. Все это происходит уже на фоне некоторого увеличения ПЖ и необходимости применения дутастерида. При этом ингибиторы 5-АРИ начинают действовать не так быстро. Но на каком-то этапе, как правило,

через несколько месяцев, прогрессирование заболевания приостанавливается и даже может произойти его регрессия, т.е. ПЖ начинает уменьшаться в размерах. Возникает вопрос: можно ли отказаться от α-адреноблокатора на определенном этапе лечения? Например, если было достигнуто достаточно выраженное снижение объема ПЖ. Важно определить, необходимость дальнейшего приема α-адреноблокаторов, определив качество мочеиспускания во время их приема и через некоторое время после их отмены. Если мочеиспускание не ухудшается, то можно перевести пациента на монотерапию ингибитором 5-АРИ.

Когда только появились ингибиторы 5-АРИ, считалось, что их можно принимать в течение определенного промежутка времени – полгода, год. Многие полагали, что такой курс лечения позволит достичь максимального эффекта. В настоящее время есть доказательства того, что отказ от приема этих препаратов приводит к появлению тех же симптомов, с которыми пациент обратился в самом начале, а затем происходит их дальнейшее нарастание. Стратегия лечения должна, конечно, обсуждаться с пациентом. Но я думаю, что тут может стоять вопрос о пожизненной терапии. ДГПЖ следует рассматривать как хроническое рецидивирующее заболевание. Соответственно и лечение должно быть долгим и постоянным. Многое зависит от мнения пациента. Кто-то категорически не хочет оперироваться и согласен получать пожизненную терапию ингибиторами 5-АРИ. Другой, наоборот, считает, что быть постоянно связанным с лекарственными препаратами неприемлемо, а лучше подвергнуться радикальному, т.е. оперативному лечению. Я абсолютно уверен, что с пациентом надо говорить очень подробно и обо всем. Если есть альтернативные варианты лечения, они должны полностью быть разъяснены пациенту.

В заключение хочу напомнить, что с 26 по 28 апреля этого года в Кисловодске состоится XII конгресс «Мужское здоровье». В ходе Конгресса будут обсуждаться актуальные вопросы профилактики и лечения различных заболеваний у мужчин, в т.ч. и ведение пациентов, страдающих СНМП. Участники Конгресса смогут получить самую современную информацию по этой теме. Конечно, не останется без внимания и вопрос применения лекарственных препаратов, различных схем и подходов к лечению больных андрологическими заболеваниями. В рамках Конгресса будут проводиться круглые столы, дискуссионные клубы, школы и мастер-классы.

«...»

Если мы видим, что на фоне динамического наблюдения за пациентом со временем начинает нарастать симптоматика болезни, увеличиваться в размерах ПЖ, то зачем чего-то ждать?

Метастазирование аденокарциномы желудка в половой член

Половой член является крайне редкой зоной метастазирования злокачественных опухолей. Источником метастазирования чаще являются опухоли предстательной железы, мочевого пузыря, почки, яичка, толстой кишки, легкого и др. В статье представлено наблюдение метастатического поражения полового члена при HER2-позитивной аденокарциноме желудка.

Е.В. ТРУСИЛОВА, А.М. ИВАНОВ, Н.С. БЕСОВА, И.Я. СКВОРЦОВ, Н.Ц. ЦЫМЖИТОВА

ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина Минздрава РФ, Москва

▼ ольной Ф., 71 год. В августе 2014 г. появились жалобы на общую слабость, снижение аппетита и снижение массы тела (на 27 кг за 4 месяца). В ноябре 2014 г. присоединились боли в мезогастрии и впервые появился черный стул. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), выполненная по месту жительства, показала наличие опухоли в желудке. В декабре 2014 г. появились жалобы на непостоянные боли в половом члене, спустя неделю самостоятельно обнаружил уплотнения в головке, корне и теле полового члена, по поводу чего обратился к урологу по месту жительства, была диагностирована болезнь Пейрони.

При обследовании в РОНЦ, куда был направлен больной по поводу выявленной опухоли желудка, в январе 2015 г. при ЭГДС в желудке на уровне субкардиального отдела и тела определялось контактно кровоточащее циркулярное экзофитное образование плотной консистенции. Дистальная граница опухоли визуализировалась в нижней трети тела желудка. При гистологическом исследовании биоптата из опухоли выявлена низкодифференцированная аденокарцинома.

По данным рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) выявлено утолщение стенок желудка до 1 см, а в области выходного отдела – до 2,5 см с распространением на парагастральную клетчатку. В брюшной полости визуализировались множественные увеличенные лимфатические узлы: вдоль малой кривизны желудка – до 2,5 см, в области выходного отдела желудка – до 1,5-2,5 см, по ходу общей и собственно печеночной артерий – от 1.2 до 3,5 см, в панкреатодуоденальной зоне – 1–1,5 см. В паренхиме печени выявлены множественные метастазы от 0,5 до 2,5 см, наибольшие в субкапсулярных отделах S5 - 3,7 см, в S4b -5,7 ×4,5 см. Также визуализировались забрюшинные лимфатические узлы до 1 см.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) в паховой области слева определялся со́лидный лимфатический узел размерами 2×1,4 см. В области корня полового члена с распространением на тело обнаружен инфильтрат размером до 7×2 см с активным кровотоком.

При магнитно-резонансной томографии (МРТ) органов малого таза и полового члена в мягких тканях полового члена визуализировались множественные узлы сливного характера. Опухолевых патологических изменений других органов малого таза выявлено не было (рисунок).

При пальпации в толще тела полового члена определялись несколько болезненных образований каменистой плотности диаметром от 5 до 20 мм, тесно прилегающих друг к другу. Кожа над ними была не изменена за исключением очага в головке полового члена, над которым отмечалась умеренная гиперемия кожи.

При пальцевом ректальном исследовании опухолевые образования в предстательной железе не определялись. Уровень общего простатического специфического антигена не превышал допустимых значений и был равен 0.76 нг/мл.

Для верификации образований в половом члене была выполнена их пункция с последующим цитологическим исследованием пунктата, и получено заключение: аденокарцинома, преимущественно папиллярного строения, а при гистологическом исследовании – мелкие фрагменты тела полового члена с метастазом умеренно дифференцированной аденокарциномы желудка.

При иммуногистохимическом исследовании биоптата полового члена на HER2 статус получен положительный результат: 3+.

Таким образом, у больного была диагностирована HER2-позитивная низкодифференцированная аденокарцинома желудка с метастазами в печень, забрюшинные лимфатические узлы, половой член.

Сопутствующие заболевания: Ишемическая болезнь сердца. Атеросклероз коронарных артерий, сосудов головного мозга. Гипертоническая болезнь 3-й степени, 2-й стадии, риск 3. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Хроническая железодефицитная анемия.

С учетом диссеминации опухолевого процесса с 02.02.2015 г. по 06.03.2015 г. больному провели 3 курса химиотерапии по схеме: оксалиплатин 85 мг/м² внутривенно (в/в) капельно в 1-й день, лейковорин 200 мг/м² в/в капельно в 1-й день, 5-фторурацил (5-ФУ) 2000 мг/м² в/в в виде 48-часовой инфузии. Доза 5-ФУ была исходно редуцирована с учетом возраста пациента и соматического статуса по шкале ECOG2 (Eastern Cooperative Oncology Group – 5-балльная шкала оценки общего состояния онкологического больного) на момент начала лечения. Планировались инфузии трастузумаба, но они на этот момент не были осуществлены в связи с отсутствием препарата. Лечение сопровождалось тошнотой и рвотой 2-й степени, несмотря на антиэметическую терапию.

На фоне проводимого лечения боли в области полового члена нарастали. Наряду с нестероидными противовоспалительными средствами пациенту был назначен трамадол по 100 мг до 3–4 раз в сутки внутримышечно. Однако боли не купировались, и с 10.03.2015 г. по 25.03.2015 г. с паллиативной целью был проведен курс дистанционной лучевой терапии на область полового члена (РОД 2,5–3 Гр, СОД 45 Гр.), на фоне чего наблюдалось лишь незначительное уменьшение болей.

При контрольном обследовании после трех курсов химиотерапии первой линии выявлена отрицательная динамика в виде увеличения размеров метастазов в S4 печени с 5,7×4,5 до 7×5,2 см, в S5 – с 3,7 до 4,3 см, в забрюшинных лимфатических узлах – до 3 см, а также появление очагов в легких размерами до 0,7 см, подозрительных на метастазы.

В связи с прогрессированием болезни 20.03.2015 г. проведен 1 курс химиотерапии второй линии иринотеканом в монорежиме в дозе 165 мг/м². Лечение осложнилось выраженной астенией 3-й степени в течение 1 недели, тошнотой и рвотой 2-й степени. Несмотря на проводимую терапию, пациент продолжал прогрессивно худеть: с начала химиотерапии отмечено снижение массы тела на 19%. В связи с подозрением на стеноз выходного отдела желуд-

ка была выполнена ЭГДС, при которой данных за стеноз желудка не получено, а клинические проявления (обильная рвота застойным содержимым) были, вероятно, обусловлены ригидностью стенок желудка и отсутствием нормальной перистальтики.

С учетом тяжелой переносимости иринотекана 9.04.2015 г. начата терапия паклитакселом в дозе 80 мг/м² в 1-й, 8, 15-й дни каждые 28 дней, однако после одного введения пациент вновь отметил усиление слабости до 3-й степени, тошноту 2-й степени.

Терапия трастузумабом в нагрузочной дозе 8 мг/кг начата 15.04.2015 г., на фоне чего уже через неделю пациент отметил значительное уменьшение болей, снижение потребности в обезболивающих препаратах, уменьшение частоты рвоты, улучшение аппетита и стабилизацию массы тела. Пальпируемые очаги в теле полового члена уменьшились, стали менее плотными, гиперемия над очагом в головке полового члена почти полностью исчезла.

Однако с 01.05.2015 г. появились жалобы на выраженную слабость, тошноту и обильную рвоту съеденной пищей. В связи с выявленным декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка 10.05.2015 г. по месту жительства выполнена паллиативная операция – наложение гастро-энтерои энтеро-энтероанастомозов. Питание восстановилось, но сохранялись жалобы на выраженную слабость, отсутствие аппетита, снижение массы тела, возобновились боли в паху. По данным УЗИ подтверждено прогрессирование болезни в виде увеличения размеров паховых лимфатических узлов слева до 2,2×2,1 и 1,5×1,1 см, а также метастазов в печени. Была рекомендована симптоматическая терапия. При осмотре пациента 13.07.2015 г.: ЕСОС – 3. жалобы на выраженную слабость, отсутствие аппетита, боли в эпигастрии и паховой областях.

28.07.2015 г. пациент умер от прогрессирования заболевания.

В данном случае ни один из проводимых режимов химиотерапии не оказал лечебного эффекта. Только после введения трастузумаба клинически наблюдалась кратковременная положительная динамика в виде умень-

шения болей. Продолжительность жизни пациента от момента начала лечения составила 6 месяцев. Неэффективность химиотерапии в нашем клиническом наблюдении подтверждает данные мировой литературы о крайне неблагоприятном прогнозе у пациентов со злокачественными новообразованиями и метастазами в половой член.

Как упоминалось выше, половой член является крайне редкой зоной метастазирования злокачественных новообразований. Как правило, источником метастазирования являются опухоли мочеполовой системы, в первую очередь, предстательной железы, мочевого пузыря, реже почки (7% от описанных наблюдений). Описаны также наблюдения метастазирования в половой член злокачественных опухолей яичка, рака ректосигмоидного отдела толстой кишки, легкого, при гемобластозах и пр. В отдельных случаях злокачественная опухоль может манифестировать этим редким и иногда единственным проявлением болезни, приводя пациента к врачу. Наиболее часто метастазы в половой член встречаются у мужчин 60-80 лет, сопровождая наиболее распространенные в этом возрасте опухолевые заболевания, такие как рак предстательной железы, прямой кишки, мочевого пузыря, а также могут быть и проявлением прогрессирования злокачественного процесса, по поводу которого пациент получал лечение несколько лет назад.

Для клинициста важно знать особенности проявления метастазов в половой член, чтобы своевременно провести дифференциальный диагноз с другими заболеваниями как опухолевой, так и неопухолевой природы со сходными проявлениями.

При метастатическом поражении полового члена, как правило, отмечают глубокое расположение метастазов в обоих кавернозных телах (в 70% случаев), одностороннее поражение встречается намного реже. Губчатые тела и головка полового члена вовлекаются у 10% процентов пациентов, а крайняя плоть только у 5% больных. Приапизм, также называемый злокачественным приапизмом, встречается, согласно наблюдениям, в 20–53% случаев.

Кожа над опухолевыми узлами в основном бывает не изменена, смещаема, целостность кожных покровов не нарушена. Наличие подобных симптомов и жалоб у больного требует проведения дифференциальной диагностики с некоторыми инфекционными заболеваниями, такими как туберкулез, сифилис, а также с болезнью Пейрони, незлокачественным приапизмом и первичным опухолевым процессом (рак полового члена, меланома, саркома).

Клинически метастатическое поражение полового члена может проявляться различными вариантами дизурии. Наиболее часто встречаются выраженные боли, плохо купирующиеся, в т.ч. и наркотическими анальгетиками, что и наблюдалось у нашего пациента.

С целью уточнения диагноза могут быть использованы УЗИ, МРТ органов малого таза. Окончательным этапом, безусловно, является биопсия образований полового члена с последующим гистологическим исследованием.

На сегодняшний день неясно, с чем связано достаточно редкое появление метастазов в половом члене. Теоретически, учитывая хорошо развитую сеть кровообращения органа, имеются предпосылки для более частого его поражения. Существует несколько предположений, почему этого не происходит. По видимому, ткани полового члена являются неподходящей «почвой» для фиксации и развития опухолевой клетки. Более того, хорошее сообщение между артериальным притоком и венозным оттоком может объяснять трудность фиксации опухолевой клетки в нормальных условиях. Однако при затруднении оттока при венозной или лимфатической окклюзии (например, при опухолях органов мочеполовой системы) процесс фиксации микрометастазов может быть облегчен. Венозный кровоток, по-видимому, является основным путем распространения метастазов в половой член.

Метастазы злокачественных опухолей в половой член являются крайне редким проявлением онкологических заболеваний. Большая часть описанных наблюдений относится к метастазам из опухолей органов малого таза, в первую очередь, предстательной железы, мочевого пузыря и ректосигмоидного отдела толстой кишки.



Рисунок. **МРТ органов малого таза больного Ф., 71 года.** Метастазы опохоли в кавернозных телах полового члена (указаны стрелками)

Необходимо помнить, что появление плотных, каменистой плотности узлов в тканях полового члена у лиц с онкологическими заболеваниями в анамнезе может указывать на прогрессирование опухоли.

Окончательный диагноз устанавливается по результатам гистологического исследования биоптата. Прогноз у пациентов с метастазами в половой член остается неблагоприятным. Локальные методы лечения, как правило, малоэффективны. При наличии молекулярно-генетических маркеров может быть перспективна таргетная терапия, что должно быть предметом дальнейшего изучения.



К 70-летию Рязанцева Николая Ивановича

27 апреля 2017 г. ученому секретарю Общества урологов Северо-Кавказского федерального округа (СКФО) Николаю Ивановичу Рязанцеву исполнилось 70 лет.



Н. И. Рязанцев окончил Ставропольский государственный медицинский институт в 1971 г. Его трудовая деятельность начиналась от рядового врача-хирурга на амбулаторном приеме в сельских и городских больницах. В 1972–1975 гг. обучался в клинической ординатуре в Ленинграде. В последующие 10 лет возглавлял

работу ВТЭК в системе социального обеспечения от председателя до главного эксперта.

В 1974 г. Н. И. Рязанцев был избран делегатом 1-го Всесоюзного съезда нефрологов, который состоялся в Минске, где он впервые выступил с научным докладом. С этого времени его профессиональная деятельность связана с курортной урологией и смежными медицинскими дисциплинами.

С 1986 г. работает в санаториях Кавказских Минеральных Вод, где широко применяет современные методы и методики физиотерапии для лечения больных различными урологическими заболеваниями. Николай Иванович принимает активное участие в научнопрактической работе. По его инициативе в 1987 г. была восстановлена работа научно-практического общества урологов на Кавказских Минеральных Водах.

Он был делегатом на 12 съездах, пленумах, симпозиумах, проводимых

в России и за рубежом, из них на восьми он являлся докладчиком.

В 2006 г. Николай Иванович был избран Ученым секретарем Общества урологов СКФО. В 2013 г. он избран руководителем секции курортологии и восстановительной медицины Ставропольского краевого общества урологов и с этого же года назначен председателем Северо-Кавказского отделения Русского бальнеологического общества.

Н. И. Рязанцев, имеет практические и теоретические навыки в работе по различным областям курортной медицины, его общий медицинский стаж составляет 43 года.

За активную и плодотворную работу Н.И. Рязанцев награжден почетным знаком «Отличник здравоохранения» в 1983 г., знаком «Отличник курортов профсоюзов» в 1987 г. Имеет награды и поощрения от вышестоящего руководства: грамота Министерства

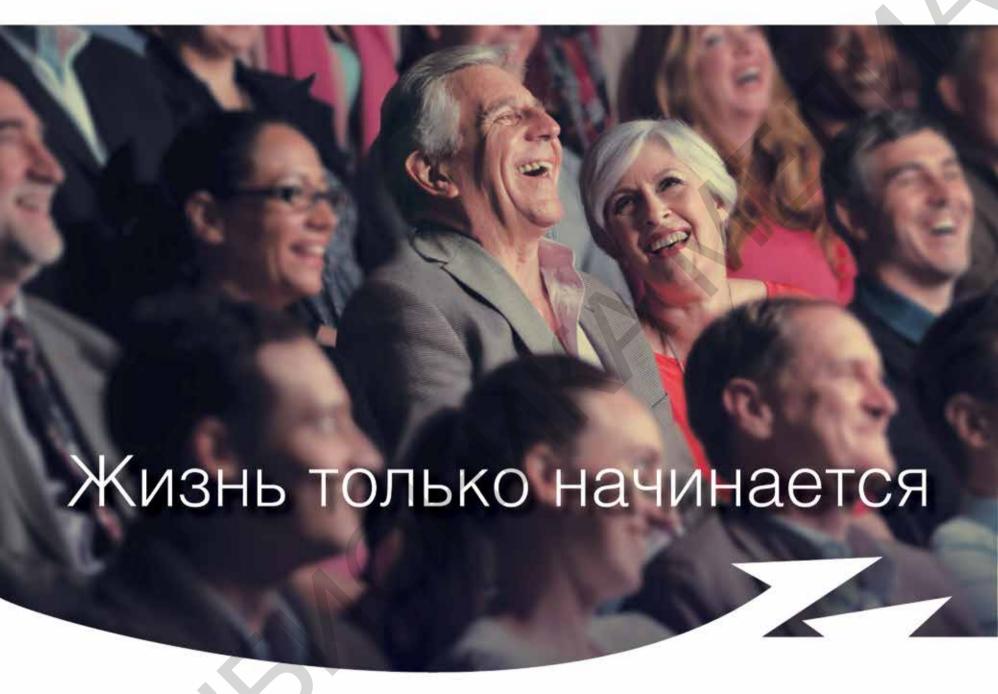
сельского хозяйства России, грамота Министерства геологии России, грамота Администрации Кавказских Минеральных Вод и др.

В настоящее время работает врачом-урологом в санаториях «Россия» Внутренних войск Министерства внутренних дел, Центральном военном санатории «Джинал» в Кисловодске, санатории «им. И. М. Сеченова» в г. Ессентуки.

Российское общество «Мужское здоровье», редакция и редакционная коллегия газеты «Московский уролог», коллектив кафедры консервативной урологии и традиционной медицины Северо-Кавказской академии инновационных технологий в образовании и науке сердечно поздравляют Николая Ивановича с прекрасным юбилеем и желают ему крепкого здоровья, благополучия, дальнейших творческих успехов и долгих лет активной плодотворной жизни на благо отечественной урологии.

КОГДА К ВАМ ПРИХОДИТ ПАЦИЕНТ С РИСКОМ ПРОГРЕССИИ ДГПЖ, НАЧНИТЕ С ПРЕПАРАТА





КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА 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-а 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 СҮРЗА4 (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 фосфодиостеразы 5-го типа и другие а1-адреноблокаторы. Не следует применять препарат Дуодарт в комбинации с другими а1-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 РГЖ. 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.

*ДГПЖ - доброкачественная гиперплазия предстательной железы. 1. Инструкция по применению препарата Дуодарт 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/0013/17 09/03/17



