стр. 4
Один из самых успешных образовательных проектов «Московская урологическая школа» всегда на высоте!

стр. 10
«Мужская» онкология: классические подходы к лечению и новые направления

стр. 18
Урология Санкт-Петербурга: от XVIII века до наших дней

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

№ 2
ИЮНЬ 2019 г.

В НОМЕРЕ

ИНТЕРВЬЮ
Профессор Д.Ю. Пушкарь: «Урология сегодня – это большая реконструктивная специальность» стр. 2

ШКОЛА
Каков он – «типичный андрологический пациент» 2019 года? стр. 6

ОБЗОР МЕРОПРИЯТИЯ
XV Конгресс «Мужское здоровье»: «Что хочет мужчина и что может медицина?» стр. 8

ДЕТСКАЯ УРОЛОГИЯ
Современные направления лечения детей с мочекаменной болезнью стр. 16

AUTOCON® III 400
Новейшие технологии для ТУР

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE
THE DIAMOND STANDARD

KARL STORZ SE & Co. KG, Dr.-Karl-Storz-Straße 34, 78532 Tuttlingen/Germany, **www.karlstorz.com**

Уважаемые коллеги!

Настоящий номер газеты «Московский уролог» публикует отчеты о состоявшихся в первом полугодии 2019 г. научно-практических мероприятий с международным участием (XV юбилейный Конгресс «Мужское здоровье», VIII Московская урологическая школа, VIII Всероссийская Школа по детской урологии-андрологии).

Стало хорошей традицией обсуждать в ходе этих мероприятий важные вопросы диагностики, лечения и профилактики урологических и андрологических заболеваний. В этом году заседания, обмен мнениями, диалог между специалистами, разбор сложных клинических наблюдений, видеосекции были посвящены проблемам доброкачественной гиперплазии предстательной железы, хронического простатита, эректильной дисфункции, урогинекологии, нейроурологии, мочекаменной болезни, онкоурологических заболеваний, реконструктивно-пластической урологии, юридическим вопросам в работе детского уролога-андролога и др. Интерес представляют и материалы, опубликованные в разделах «Интервью», «История урологии» и «Наблюдение из практики».

Важно отметить то, что научная программа пленарных заседаний на XV Конгрессе «Мужское здоровье», лозунгом которого стал вопрос: «Что хочет мужчина и что может медицина?», включала в себя доклады не только ведущих российских урологов, но и врачей смежных с урологией специальностей, что еще раз подтвердило необходимость работы в единой команде и междисциплинарного взаимодействия специалистов в сохранении здоровья мужской популяции нашей страны.

Напоминаю, что в 19–21 сентября в Ростове-на-Дону состоится главное профессиональное мероприятие урологов нашей страны – XIX Конгресс Российского общества урологов, в ходе которого будут обсуждаться многие важные проблемы нашей специальности.

Главный редактор, академик РАН А.А. Камалов

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

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

Заместитель главного редактора
Алексей Георгиевич МАРТОВ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и андрологии ИППО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; заведующий урологическим отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнева» ДЗМ, в.н.с. отдела урологии и андрологии МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова

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
Дутов В.В., д.м.н., профессор
Зубань О.Н., д.м.н., профессор
Каприн А.Д., академик РАН, д.м.н., профессор
Кривобородов Г.Г., д.м.н., профессор
Лоран О.Б., академик РАН, д.м.н., профессор
Матвеев В.Б., член-корр. РАН, 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: Москва, Ломоносовский проспект, д. 27, к. 10
Телефон: +7 (903) 295-66-81
Лалабекова Марина Валерьевна
E-mail: mosurolog@bk.ru

УЧРЕДИТЕЛЬ и ИЗДАТЕЛЬ
Межрегиональная общественная организация «Мужское и репродуктивное здоровье»

4 номера в год
Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
Регистрационный номер ПИ No ФС77–72661 от 16 апреля 2018 г.

Распространение федеральное
Газета отпечатана в ООО «BSPost».
Москва, Рязанский проспект, д. 8А.
Тираж 5000 экз.

Цена свободная

Номер подписан 28 июня 2019 г.
Время подписания в печать:
по графику 10:00
фактическое 10:00

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

Профессор Д.Ю. Пушкарь: «Урология уже не ассоциируется с кровавым изъятием камней из почек. Сегодня это большая реконструктивная специальность»

Прошло более 120 лет с того момента, как посетивший медицинский факультет Московского университета немецкий ученый Рудольф Вирхов на проходившем в 1897 г. в Москве XII Международном съезде врачей перед лицом тысяч клиницистов и ученых со всего мира воскликнул: «Учитесь у русских!». Да, мы знаем, что сегодня медицинская наука развивается колоссальными темпами, требуя от врача не только знаний, но и способности научно мыслить, опыта, умения принимать решения в нестандартных ситуациях. И мы знаем о том, что отечественным специалистам наконец удалось сломать барьер недоверия со стороны пациентов, доказав, что по своим знаниям и врачебному мастерству российские врачи ничуть не уступают зарубежным коллегам. Преодолев «техническое отставание» от стран Запада, современные урологи смело могут заявить, что сегодня российская медицина идет в ногу со временем. Но, как это обычно бывает, движение вперед всегда рождает новые вопросы. Каковы тенденции, свойственные российской урологической отрасли? Почему система «Электронного здравоохранения» – это не просто «удобный сервис», а нечто гораздо большее? Какими должны быть современные отечественные клинические рекомендации по урологии? И останется ли урология в номенклатуре современных медицинских специальностей? На эти и другие вопросы отвечает в специальном интервью для «Московского уролога» заведующий кафедрой урологии МГМСУ, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, главный уролог МЗ РФ и ДЗМ **Дмитрий Юрьевич Пушкарь.**

– Дмитрий Юрьевич, как Вы оцениваете современное состояние здравоохранения в России по основным показателям оказания медицинской помощи урологическим больным? И можно ли вообще говорить в связи с этим про Россию в целом?

И да, и нет. Нет, потому что Москва и Россия – это два разных «государства», и оценивать состояние здравоохранения в них надо по отдельности. Да – потому что в России уже сложились определенные тенденции, свойственные именно урологической отрасли. К примеру, сегодня поход к урологу уже не вызывает страха у пациента. И я считаю, что это настоящий прогресс, за который пациентам стоит быть благодарными нашим российским специалистам. Ведь именно в результате участия в огромном количестве мероприятий (Конгресс Российского общества урологов, Российский онкоурологический конгресс, Конгресс «Мужское здоровье», Московская урологическая школа и т.д.) происходит не просто общение урологов между собой, а их мобилизация, объединение, обмен опытом. И, как следствие, использование этого опыта на благо пациентов.

– Насколько сегодня доступна для урологических больных стационаров и поликлиник высокоинформативная медицинская техника – КТ, МРТ, роботизированные хирургические системы и т.п.? И насколько «укомплектованы» эти системы квалифицированными кадрами?

Новой и доступной медицинской техники в нашей стране более чем достаточно. Но открытым остается вопрос: кто ее может использовать? Сегодня для работы на очень большом и тяжелом оборудовании (МРТ, КТ и т.д.) нужны кадры очень высокого уровня смежных с урологией специальностей. А их в России не так много. Что касается урологов, то они сегодня работают в основном на мелком оборудовании (уретероскопах и т.д.), которого во многих клиниках не хватает и которое часто ломается. Но пока российские урологи не привыкли к мысли о том, что сломанную часть прибора необходимо заменить. Оборудование должно меняться достаточно часто, и к этому наша система должна привыкнуть.

– Насколько эффективным Вы считаете проект «Электронное здравоохранение»?

Конечно, работать с электронной базой проще и удобнее, чем заполнять бумажные карты. Однако система «Электронного здравоохранения» – это не просто «удобство» и облегчение работы врача (о нем профессионал как раз думает в последнюю очередь), а в первую очередь возможность аккумулировать наши российские медицинские данные.

Ведь если взглянуть правде в глаза, то в большинстве своих работ и докладов наши урологи, как правило, ссылаются на зарубежных авторов, поскольку своих в России попросту нет. Да и откуда им взяться, если возможность такого авторства может появиться только из тех статей,

которые принимаются и имеют уровень доказательности «А»? Однако такой уровень доказательности возникнет лишь в том случае, если мы будем использовать данные не из «бумажной» истории болезни, а из электронного носителя.

Это очень важный момент, который имеет отношение не к «комфорту» в работе врача, а к регистрации мониторинга больных с той целью, чтобы мы не упускали ни одного из них из своего поля зрения.

Кроме того, электронные данные, занесенные в базу, впоследствии могут быть использованы в аспирантских и докторских работах, в статьях и т.д., ведь они представляют собой огромную научную историю, основанную на практическом опыте.

– Над Российскими клиническими рекомендациями сегодня работают все профессиональные сообщества: и Российское общество урологов, и общество «Мужское здоровье», и Московская урологическая школа. Как Вы считаете, какими должны быть современные клинические рекомендации по урологии?

Мы с ведущими коллегами страны создали 800-страничную книгу под названием «Московская урологическая практика», ее получил каждый уролог Москвы, прошедший обучение в нашей Московской урологической школе. Однако это не клинические рекомендации, это руководство, где описан ежедневный практикум. И в связи с практической пользой, которую несет эта книга нашим специалистам, я выступаю не просто за написание клинических рекомендаций, а приветствую Приказ Министерства здравоохранения РФ №103н от 28 февраля 2019 г. «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации», зарегистрированный 8 мая 2019 г. В этом Приказе идет речь о клинических рекомендациях как о Федеральном Законе, на который смогут опереться врачи, когда у кого-то из них возникнут профессиональные неприятности.

Однако в связи с разработкой клинических рекомендаций существует и другой важный вопрос: кто может и должен их писать? Должны ли мы поручать делать это нашим ординаторам? Ответ: нет, поручать такую работу ординатору или аспиранту – это преступление. Потому что в лучшем случае они могут сделать «голый» перевод Европейских клинических рекомендаций, в худшем – создать полную «отсебятину».

Но много ли среди специалистов-урологов тех, кто способен написать клинические рекомендации? Нет, потому что в мире вообще мало цитируемых специалистов в области урологии, их можно буквально пересчитать по пальцам.

Поэтому по поводу создания клинических рекомендаций скажу следующее: они не должны быть «высосаны из пальца» и не должны быть ориентированы на фармацевтические компании. И если уж приводить адекватные примеры, то снова напомню о нашей книге «Московская урологическая практика»: в ней, как и в остальных наших монографиях, нет упоминания о фармкомпаниях. Это очень важно, потому что такого рода документы либо должны быть действительно высококачественными, либо не должны называться «клиническими рекомендациями».

– Как Вы считаете, какие экономически обоснованные диагностические методы и организационные мероприятия необходимо еще внедрить, чтобы существенно улучшить раннюю выявляемость уроонкологических заболеваний в России?

Это тема отдельного интервью, в котором главным будет вопрос «А нужно ли нам сегодня вообще говорить об урологическом скрининге, который включает в себя объемные программы?». Профессор Армаис Альбертович Камалов еще 15 лет назад разработал специальную программу «Мужское здоровье», которая предусматривает раннюю диагностику урологических заболеваний у мужчин. Несмотря на всю важность этой программы, она при этом недорога с финансовой точки зрения. А все описанные в этой программе скрининговые мероприятия теоретически могут быть внедрены в современную систему здравоохранения.

Однако на практике сделать это непросто, поскольку взаимодействие врачей все еще остается нашей главной проблемой. Когда коммуникация между врачами будет выстроена, тогда и ранняя диагностика перестанет быть неосуществимой.

Конкретный пример: если врач общей практики будет своевременно назначать мужчине анализ крови на простатический специфический антиген (ПСА) и помнить, при каких обстоятельствах его значения могут быть повышены – это и будет возможностью для пациента вовремя попасть к урологу. И это в разы повысит выявляемость ранних стадий рака простаты. Однако современные терапевты, на прием к которым приходят мужчины за 50, не задают им вопросов про эрекцию, не предлагают им заполнить анкету Международной шкалы оценки симптомов заболеваний простаты (IPSS) и не назначают анализ крови на ПСА. Отсюда и проблемы выявляемости рака, и слишком поздние обращения пациентов к урологу.

– В майских указах Президента России В.В. Путина поставлены важные задачи по увеличению продолжительности жизни россиян. Но поскольку продолжительность жизни мужчин в России остается существенно ниже, чем у женщин, то становится ясным, что без взаимодействия врачей эту задачу трудно будет выполнить...

Конечно. И то, о чем я сказал в предыдущем ответе на вопрос, и есть первый путь к выполнению указов Президента России. Ну а второй путь заключается в том, что качество жизни мужчины связано не только с урологией, а еще и с травматизацией на производстве, и с вредными привычками, и с неправильным питанием. Но всеми этими составляющими мужского здоровья должен заниматься отнюдь не уролог. Эти вопросы, связанные с внутренней культурой и здоровым образом жизни, необходимо «выращивать», начиная с семьи, воспитателя в детском саду, учителя в школе и врача общей практики. Именно врач общей практики должен задавать пациенту, обратившемуся к нему с насморком, вопросы о том, чем он питается, какой ведет образ жизни, предложить ему взвеситься, попросить отжаться от пола и сдать анализ крови на ПСА.

– В нынешнем году, созданная Вами Московская урологическая школа, проходила уже в восьмой раз. Как Вы оцениваете роль этого научно-практического мероприятия в повышении профессионализма урологов столицы?

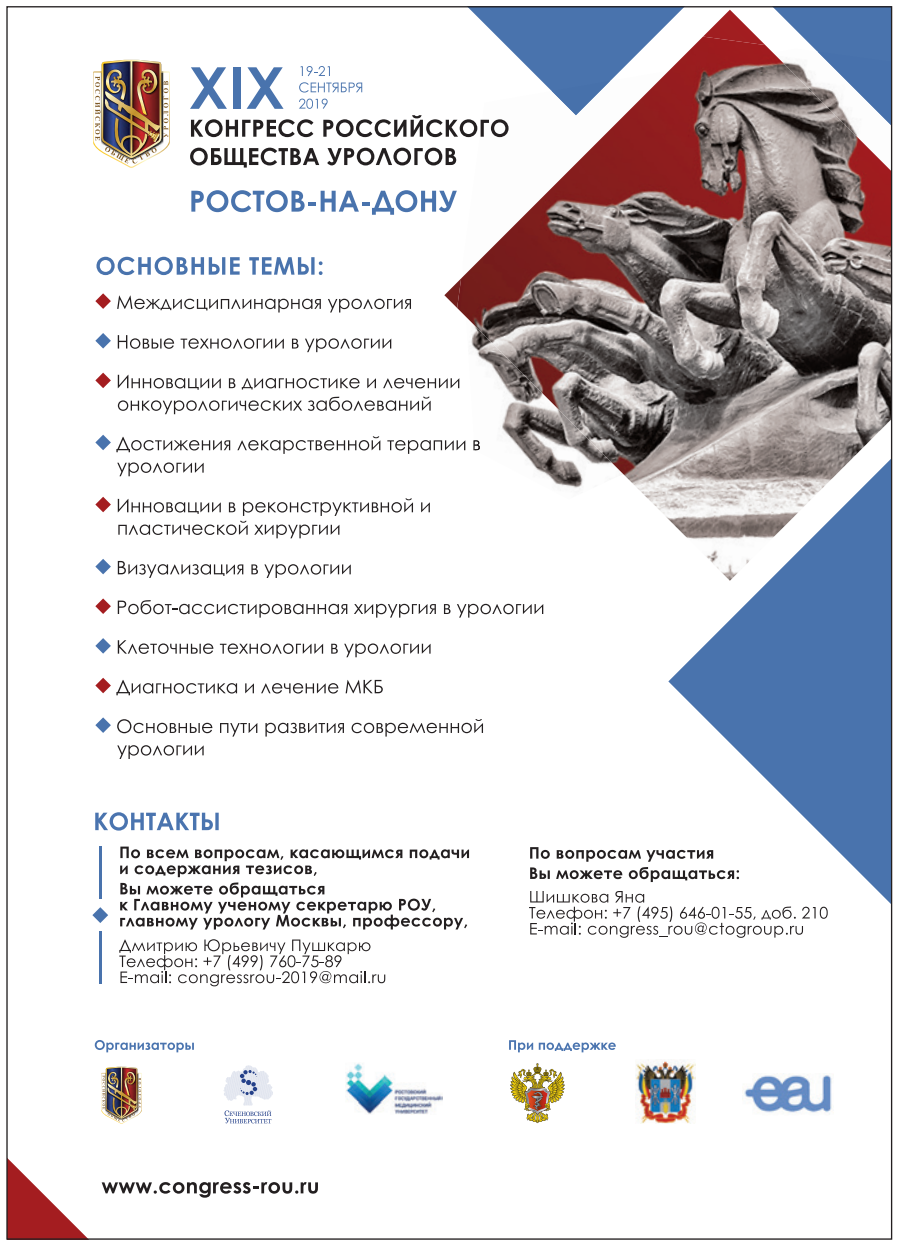
Наша Школа ориентирована на врачей-урологов, которые в Москве получают обязательное непрерывное медицинское образование. И это не просто необходимость, это приказ. И даже если завтра я перестану быть Главным урологом Департамента здравоохранения Москвы, этот приказ должен продолжать жить. Прежде всего, для того, чтобы московские урологи чувствовали, что о них заботятся силами Главного специалиста, организационно-методического отдела по урологии Департамента здравоохранения Москвы и столичной профильной комиссии по специальности «урология». Также как каждый уролог страны знает о работе Российского общества урологов и профильной комиссии Минздрава, которые объединяют и поддерживают наших специалистов на федеральном уровне.

– Как стало известно, Минздрав РФ планирует существенно сократить номенклатуру медицинских специальностей. Как Вы предполагаете, может ли это коснуться урологической специальности?

Номенклатура специальности «урология» не может быть сокращена, т.к. в нее сегодня входит ряд смежных специальностей – андрология, онкоурология, урогинекология, метаболическая урология, эндокринология и др. И также урология в свою очередь входит в эти специальности. Причем расширение границ нашей специальности сегодня происходит постоянно. Поэтому моя сегодняшняя задача как Главного специалиста Минздрава – отстоять урологию, чтобы она продолжала оставаться такой «объединяющей единицей». И, кстати, эту задачу по сохранению урологии нам удалось выполнить совсем недавно совместными усилиями академиков РАН Петра Витальевича Глыбочко, Армаиса Альбертовича Камалова и Андрея Дмитриевича Каприна.

– Что это дало нашим пациентам?

Буквально еще несколько лет назад урология у российских больных была ассоциирована с «пойти проверить, что именно выделяется из канала», «пролечить хроническую инфекцию» и еще со страшным и кровавым изъятием камней из почек. И лишь благодаря медицинским инновациям и консолидации наших специалистов современная урология стала большой, реконструктивной специальностью. Которая, я уверен, будет успешно развиваться и дальше.



Московская урологическая школа всегда на высоте!

В нынешнем году Московская урологическая школа проходила уже в восьмой раз, при этом в ее работе впервые приняли участие зарубежные докладчики. Конечно, российские специалисты уже прекрасно знакомы с этим успешным образовательным проектом, основанном на клинических рекомендациях, использующим европейские методы преподавания и решающим задачу стандартизации знаний московских урологов. Но каждый год происходят изменения. И на этот раз программа Московской урологической школы предполагала обмен мнениями, диалог между специалистами, разбор с коллегами сложных наблюдений из собственной практики, живое обсуждение полученной от преподавателей-экспертов информации, проведение видеосекций. Как и всегда своими знаниями с коллегами поделились лучшие российские специалисты, а основными темами, рассмотренными в процессе работы Школы, стали онкоурология, андрология, доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), мочекаменная болезнь, реконструктивно-пластическая урология, урогинекология, нейроурология.

Экзамен на звание «Московский врач» теперь совмещен с сертификацией

Открывая работу VIII Московской урологической школы 18 апреля, главный внештатный специалист-уролог Минздрава Российской Федерации и Департамента здравоохранения г. Москвы, заведующий кафедрой урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, д.м.н.,

Член-корр., д.м.н., профессор Д.Ю. Пушкарь

профессор, Заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАН Дмитрий Юрьевич Пушкарь представил коллегам 5 новых пособий для урологов, где подробно изложены проблемы тазовых расстройств у мужчин и комбинированного лечения больных ДГПЖ. «Не ждите от этих пособий каких-то «прорывных» идей по этим темам, – предупредил профессор Д.Ю. Пушкарь. – Однако очень важно, что в них содержится много достоверной информации». Также Дмитрий Юрьевич ознакомил урологов с руководством «Московская урологическая практика», которое было издано в этом году и объединило все необходимые урологу методические пособия. Как отметил профессор Д.Ю. Пушкарь, все эти книги и брошюры будут бесплатно выданы каждому московскому урологу. Во время открытия VIII Московской урологической школы Дмитрий Юрьевич выразил отдельную благодарность Московскому научно-исследовательскому институту организации здравоохранения и медицинского менеджмента, который, по его словам, сегодня играет особую роль в организации исследований и образовательного процесса. Также он напомнил коллегам о том, что в 2019 г. экзамен на звание «Московский врач» будет совмещен с сертификацией: «Это очень важный момент, – отметил Д.Ю. Пушкарь. – И в связи с этим проведение Московской урологической школы приобретает особый смысл. А наша московская профессиональная группа сделает все, чтобы образовательная работа урологов не являлась для наших коллег проблемой. Поэтому к работе подключатся университетские клиники, которые будут готовить к экзаменам московских специалистов и каждые 5 лет продлевать их сертификаты. И, конечно, каждый специалист может в любое время получать необходимую ему информацию, пользуясь материалами в рамках медицинского *on-line* образования, которые находятся в открытом доступе на платформах https://med.studio и http://urostandart.moscow».

Ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа: особенности назначения сложным урологическим пациентам

Профессор кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, д.м.н., член рабочей группы Европейского общества урологов по клиническим рекомендациям по раку простаты **Александр Викторович Говоров** познакомил коллег с особенностями назначения ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа (ФДЭ-5) сложным урологическим пациентам.

«Урологи часто ведут прием пациентов, имеющих множество сопутствующих заболеваний и принимающих несколько лекарственных препаратов(ЛП)», – напомнил докладчик и предложил коллегам в зале ответить на вопрос: «Беспокоит ли вас или ваших пациентов тот факт, что при приеме ингибиторов ФДЭ-5 одновременно с другими ЛП могут возникать нежелательные реакции (побочные эффекты)?». Большинство урологов в зале ответили, что этот факт сильно беспокоит их и пациентов, потому что пациенты с эректильной дисфункцией (ЭД) и ДГПЖ часто имеют несколько сопутствующих заболеваний и уже принимают несколько препаратов. «Сегодня в интернете существуют т.н. «калькуляторы риска», куда можно ввести перечень препаратов и сразу получить информацию о нежелательных лекарственных взаимодействиях. Однако пока эти «калькуляторы» далеки от реальной клинической практики», – сообщил докладчик. При этом, как отметил профессор А.В. Говоров, из всех ингибиторов ФДЭ-5 наиболее полному и систематическому изучению при лечении пациентов с симптомами нарушения функции нижних мочевыводящих путей (СНМП) при наличии у них ДГПЖ/СНМП был подвергнут тадалафил 5 мг/сут. Однако при этом для многих урологов пока остаются открытыми вопросы безопасности и сочетанного применения тадалафила или других ингибиторов ФДЭ-5 с разными ЛП, в т.ч. для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, дислипидемии, артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа (СД2), депрессии, ЭД, ДГПЖ, инфекционно-воспалительных заболеваний, гипогонадизма.

Для того чтобы рассмотреть варианты выбора лечения пациентов с ЭД/ДГПЖ и сопутствующими заболеваниями, профессор А.В. Говоров сформировал два клинических варианта. В одном из них у пациента «Ивана Ивановича» в анамнезе была отмечена артериальная гипертензия продолжительностью 10 лет, при этом он принимал сопутствующие препараты – α_1-адреноблокатор и блокатор рецепторов ангиотензина. В другом примере пациент «Иван Никифорович» в течение 2 лет страдал СД2 и у него имелась дислипидемия продолжительностью 2 года, в результате чего мужчина принимал метформин 750 мг 2 раза в сутки и ЛП из группы статинов. При этом оба пациента были обеспокоены симптомами ЭД. Далее

Д.м.н., профессор А.В. Говоров

профессор А.В. Говоров рассмотрел различные варианты комбинированного лечения вышеописанных пациентов тадалафилом с другими ЛП.

Он отметил, что тадалафил может применяться в сочетании с большинством антигипертензивных ЛП без клинически значимого понижения артериального давления (АД). Далее докладчик привел исследования, в которых было показано, что использование ингибиторов ФДЭ-5 у пациентов с СД2 и ЭД приводило к уменьшению общей смертности с учетом контроля других факторов, в т.ч. применения пероральных сахароснижающих препаратов и статинов. В другом исследовании было показано, что статистически значимого терапевтического взаимодействия гиполипидемических средств и препарата тадалафил 5 мг/сут при их сочетанном применении не было выявлено. Результаты двух других исследований показали, что у пациентов, принимавших селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и тадалафил, отмечалось значительное улучшение половой функции при ограниченном числе побочных эффектов. А комбинированное лечение мужчин с гипогонадизмом с использованием ингибиторов ФДЭ-5 оказалось безопасным и эффективным. Что касается «идеального пациента» для назначения комбинированной терапии тадалафилом/ингибитором 5-α-редуктазы, то им докладчик назвал мужчину с ДГПЖ средней и тяжелой степеней с сопутствующей ЭД и объемом предстательной железы более 40 см^3. Говоря о совместном применении тадалафила и α-адреноблокаторов, докладчик подчеркнул, что клинически значимого воздействия на АД при комбинированной терапии тадалафилом и α-адреноблокаторами альфузозином и тамсулозином не наблюдалось. При этом исследования показали, что в комбинации с α-адреноблокаторами прием тадалафила 5 мг/сут уменьшал выраженность ЭД, СНМП и улучшал качество жизни у мужчин с ДГПЖ по сравнению с применением только α-адреноблокаторов.

Говоря о противопоказаниях к назначению тадалафила, докладчик отметил: «В исследованиях было показано, что тадалафил усиливает гипотензивный эффект нитратов, поэтому препарат противопоказан пациентам, принимающим какую-либо форму органических нитратов. Ингибиторы ФДЭ-5, включая тадалафил, также противопоказаны мужчинам, получающим активаторы калиевых каналов, к примеру риоцигулат. Следует с осторожностью назначать тадалафил пациентам, принимающим высокоактивные ингибиторы CYP3A4, поскольку при этом имеется повышенный риск чрезмерной экспозиции тадалафила».

Резюмируя сказанное, профессор А.В. Говоров отметил: «Лечение пациентов с ЭД и ДГПЖ тадалафилом в соответствую-

Д.м.н., профессор А.С. Духанин

щей дозировке приводит к выраженному клиническому улучшению и высокой степени удовлетворенности лечением. Тадалафил безопасен при использовании со многими назначаемыми другими специалистами ЛП. При этом побочные эффекты в большинстве своем носят транзиторный характер и соответствуют легкой или средней степени тяжести».

α_1-адреноблокаторы: о том, что «не лежит на поверхности»

Своим взглядом клинического фармаколога на α-адреноблокаторы поделился с коллегами д.м.н., профессор кафедры молекулярной фармакологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова **Александр Сергеевич Духанин.**

В своем докладе профессор А.С. Духанин затронул тему рецепторной уроселективности α_1-адреноблокаторов и задал коллегам вопрос: есть ли предел у селективности и как получить суперселективный блокатор α_1-адренорецепторов? Отвечая на этот вопрос, докладчик сказал следующее: «Лучше таргетного препарата может быть только биологический таргетный препарат (к примеру, индекс селективности у моноклональных антител составлял бы 100 тыс.). Значит ли это, что нам следует ожидать «новой эры» применения биологических α_1-адреноблокаторов? К сожалению, не стоит на это рассчитывать. И дело не в том, что препарат моноклональных антител сложно получить, и не в том, что стоимость такого препарата будет в 40–100 раз выше, чем у «классического» α_1-адреноблокатора. А в том, что биологические молекулы имеют большой размер, а в фармакологии размер имеет значение. У «большой» молекулы непременно будут иммуногенные свойства (она будет распознаваться иммунной системой), «большую» молекулу не положишь в таблетку (ведь тогда она будет инактивирована в желудочно-кишечном тракте) и у такой молекулы существенно снижена диффундирующая способность проникать в ткани предстательной железы и мочевого пузыря. То есть это будет «суперчемпион» в пробирке, однако в условиях организма он не проявит своих свойств».

Сравнивая фармакокинетическую уроселективность различных α_1-адреноблокаторов, докладчик обратил особое внимание на алфузозин, который, являясь антагонистом α_1-адренорецепторов, обладает высокой степенью диффузии в ткань простаты. Однако расплатой за рецепторную уроселективность

является нарушение эякуляции и олигоспермия, а за функциональную селективность – короткий период полувыведения. Поэтому, по словам профессора А.С. Духанина, режимом применения простой лекарственной формы алфузозина должен являться либо его 2-кратный прием (5 мг+5 мг), либо 3-кратный прием (2,5 мг+2,5 мг+2,5 мг).

Обращая внимание на суточную дозу приема различных α_1-адреноблокаторов, Александр Сергеевич отметил, что она определяется не только фармакодинамикой, но и фармакокинетикой: «К примеру, у тамсулозина маленький объем распределения (0,2 л/кг) по сравнению с силодозином (0,8 л/кг). Что это значит? Лекарственное вещество может распределяться только в жидкой среде организма, содержание воды в котором составляет около 70%, т.е. 0,7 л/кг. Получается, что силодозин распределяется во всем организме – и в клетках, и во внеклеточнном пространстве, а тамсулозин только во внеклеточном. Что касается алфузозина, то его объем распределения уникален и составляет 2,5 л/кг за счет того, что он выходит из русла и накапливается в тканях».

Также докладчик обратил внимание на важность лекарственной формы препарата: «Это могут быть либо пероральные лекарственные формы немедленного неконтролируемого высвобождения лекарственного вещества (на пиковых концентрациях которых формируется высокий риск побочного действия), либо лекарственные формы с модифицированным высвобождением вещества, содержащиеся в гранулах».

Подводя итоги своего доклада, профессор А.С. Духанин отметил: «Таким образом, благоприятный профиль эффективности и переносимости может быть достигнут двумя независимыми путями: путем рецепторной или функциональной селективности».

Пациент с впервые выявленным метастатическим раком простаты: как его обследовать и как правильно лечить?

На эти вопросы ответил в своем докладе на Московской урологической школе, прошедшей весной нынешнего года, онколог-уролог, ведущий научный сотрудник отделения онкоурологии Московского научно-исследовательского онкологического института (МНИОИ) им. П.А. Герцена, к.м.н. **Кирилл Михайлович Нюшко**.

Говоря о рекомендациях по обследованию больных метастатическим раком предстательной железы (РПЖ), доктор К.М. Нюшко напомнил, что при этом необходимо применить компьютерную томографию (КТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ) малого таза и брюшной полости для выявления метастазов в лимфатических узлах и висцеральных метастазов. Необходимо также выполнить КТ органов грудной клетки для выявления местастазов в легких и сцинтиграфию скелета для выявления местастазов в костях. «ПЭТ КТ и МРТ всего тела не рекомендованы в рутинной клинической практике у пациентов с первично выявленным местастатическим РПЖ», – подчеркнул он.

Далее докладчик остановился на лечении пациентов с впервые выявленным метастатическим РПЖ: «Долгое время «золотым стандартом» лечения такого больного являлась гормональная терапия. Сегодня используют несколько видов гормональной терапии, среди которых следует отметить двустороннюю орхидэктомию, применение эстрогенов, агонистов лютеинизирующего гормона рилизинг гормона (ЛГРГ), антагонистов ЛГРГ, стероидных и нестероидных антиандрогенов, максимальной андрогенной блокады (кастрация+антиандрогены), минимальной андрогенной блокады (антиандрогены+ингибиторы 5-α-редуктазы), ингибиторов синтеза андрогенов, антиандрогенов нового поколения».

Почему операция кастрация является основой лечения? Отвечая на этот вопрос, докладчик сообщил: «Потому что она позволяет быстро и эффективно снизить уровень тестостерона. Тем не менее химическая кастрация с использованием аналогов и антагонистов ЛГРГ является настолько же эффективной, как и оперативный метод. Это же показали и рандомизированные исследования применения медикаментозной кастрации, которые были равны по эффективности оперативному методу и в отношении сроков достижения кастрационного уровня тестостерона, и в длительности его супрессии. Кроме того, исследование не выявило различий по общей выживаемости больных, находящихся на длительной химической кастрационной терапии, и больных, которым была выполнена операция кастрация».

Доктор К.М. Нюшко отметил преимущества терапии агонистами ЛГРГ по сравнению с другими видами лечения: «Отсутствие физической и психологической травмы (по сравнению с оперативной кастрацией), меньшая сердечно-сосудистая токсичность (по сравнению с эстрогенами), более высокая эффективность (по сравнению с антиандрогенами), удобство применения (пролонгированные формы), обратимость эффекта супрессии тестостерона (по сравнению с оперативной кастрацией)». Среди недостатков терапии агонистами ЛГРГ докладчик назвал феномен «вспышки» (профилактикой которого является назначение антиандрогенов), а также более высокая стоимость лечения.

Говоря о преимуществах терапии антагонистами ЛГРГ, доктор К.М. Нюшко отметил отсутствие симптома «вспышки» (и, значит, нет необходимости назначать антиандрогены), увеличение выживаемости без прогрессирования в течение года по сравнению с лейпролерином и гозерелином, снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений у больных РПЖ с сердечно-сосудистыми заболеваниями на момент начала терапии по сравнению с агонистами ЛГРГ. Среди недостатков были отмечены: недоказанное увеличение опухолево-специфической выживаемости, более высокая частота аллергических реакций, форма депо только на протяжении месяца, болезненность в месте инъекции.

В конце своего доклада доктор К.М. Нюшко дал рекомендации по контролю уровня тестостерона: «Уровень тестостерона должен определяться через месяц после первого введения агониста/антагониста ЛГРГ, через каждые 6 месяцев терапии при ее эффективности и при прогрессировании процесса. При недостижении кастрационного уровня тестостерона необходима замена одного агониста ЛГРГ на другой или на антагонист ЛГРГ». Он также подчеркнул, что основным принципом проведения терапии у больных метастатическим кастрационно-резистентным раком РПЖ должно быть продолжение кастрационной терапии, направленной на снижение уровня нативного тестостерона.

Каков он – «типичный андрологический пациент» 2019 года?

Сессию по актуальным вопросам андрологии в рамках VIII Московской урологической школы провели два известных российских андролога – профессор кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, д.м.н., член Европейской, Американской ассоциаций урологов и Российского общества урологов, член Европейского и Международного обществ по сексуальной медицине **Ника Джумберович Ахвледиани** и д.м.н., профессор кафедры урологии ГОУ ВПО Российского государственного медицинского университета Росздрава, руководитель отделения андрологии ФГБУ НЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова МЗ РФ **Сафар Исраилович Гамидов.** Аудитории были представлены клинические наблюдения, в которых пошагово рассмотрены действия врача в сложных ситуациях. Представление данного материала было дополнено участием не только урологов, обладающих обширным опытом консервативного и оперативного лечения, но и мнением сексолога. По каждому из клинических наблюдений врачи представили и обосновали тактику диагностики и лечения, а также продемонстрировали, почему некоторые популярные клинические подходы в таких случаях оказываются неприменимы.

Болезнь Пейрони, ассоциированная с эректильной дисфункцией: что делать?

Одно из клинических наблюдений, которое продемонстрировал профессор Н.Д. Ахвледиани, касалось 42-летнего пациента, состоящего в браке (супруге 37 лет). Мужчина обратился к урологу в поликлинику по месту жительства с жалобами на отмечаемые в течение 4 месяцев болезненные ощущения в половом члене, возникающие во время эрекции. При анкетировании по шкале МИЭФ-5 (Международный индекс эректильной функции) мужчина набрал 24 балла. Пациент не курит и не злоупотребляет алкоголем. Из сопутствующих заболеваний – подошвенный фиброматоз. При осмотре полового члена у пациента был констатирован его нормальный размер (12 см в фазе покоя), а при пальпации отмечено небольшое (до 1 см) уплотнение белочной оболочки в средней трети по вентральной поверхности. При прицельном опросе пациент отрицал наличие эректильной деформации полового члена, но отмечал незначительное его укорочение за последние 2 месяца. Врач-уролог поставил данному пациенту предварительный диагноз «болезнь Пейрони» и назначил ультразвуковое исследование (УЗИ) полового члена с целью точного измерения размеров бляшки белочной оболочки. При УЗИ можно было увидеть размытую незрелую бляшку, которая не была гиперэхогенной. Пациенту была назначена терапия, которая включала токоферол (400 мг 2 раза в сутки), пентоксифиллин (400 мг 2 раза в сутки), L-карнитин (900 мг/сут) в течение 6 месяцев. Кроме того, была назначена ударно-волновая терапия (10 сеансов) и ношение пенильного экстендера также на протяжении 6 месяцев.

Профессор Н.Д. Ахвледиани прокомментировал действия врача-уролога: «Во-первых, при постановке диагноза в случае болезни Пейрони урологу необходимо было дифференцировать две фазы – острую и хроническую (об этом четко сказано в рекомендациях Европейской ассоциации урологов). Однако врач этого не сделал. Во-вторых, УЗИ полового члена при болезни Пейрони не выполняется, поскольку размеры бляшки каждый раз будут измерены по-разному, что может лишь обусловить беспокойство пациента, но никак не поможет урологу сделать верные выводы. В остальном доктор совершил правильные действия: он установил историю заболевания и его длительность, провел осмотр пациента и назначил лечение с целью скорейшей стабилизации процесса».

Председатели сессии: проф. Н.Д. Ахвледиани и проф. С.И. Гамидов

Что еще было сделано врачом-урологом правильно, а что – нет? Отвечая на этот вопрос, профессор Н.Д. Ахвледиани сказал следующее: «Верно было назначено консервативное лечение и ношение экстендера. Однако при отсутствии искривления не было необходимости использовать тракционную терапию для выпрямления полового члена. Также ошибочно не были использованы внутрибляшечные инъекции стероидов для уменьшения размеров бляшки и боли. И, к сожалению, были применены методы консервативной терапии, не рекомендованные при лечении болезни Пейрони – пероральный препарат пентоксифиллин».

Пациент прошел курс ударно-волновой терапии и принимал рекомендованную терапию, но отказался носить экстендер. Через месяц после визита к врачу у него появилось искривление полового члена во время эрекции в сторону нижних конечностей, которое не прогрессировало. Примерно через 3 месяца терапии возникла нестабильность эрекции, которая существенно усугублялась на протяжении 2 месяцев, при этом боль в органе прошла.

Далее пациент обратился за консультацией в Университетскую клинику МГМСУ. Во время беседы с ним сотрудники колл-центра рекомендовали ему принести на первый визит _ к врачу фотографии полового члена во время максимальной эрекции: на них длина полового члена по выгнутой стороне была 18 см. В клинике МГМСУ мужчине были сделаны лабораторные исследования (взятие крови утром натощак), которые показали следующее: глюкоза 4,3 ммоль/л, общий холестерин – 3,8 ммоль/л, общий тестостерон – 19,7 нмоль/л, пролактин – 5,6 нг/мл, эстардиол – 63 пмоль/л, тиреотропный гормон – 3,8 мЕд/л. Также был измерен индекс массы тела, который составил 24,7 кг/м^2.

Стоило ли предлагать мужчине оперативное лечение искривления полового члена? На этот вопрос были получены ответы сексологов-психологов из зала и комментарий профессора С.И. Гамидова: «В моей практике был случай, когда у мужчины при сохранении эрекции имелось выраженное искривление полового члена, в результате чего ему была предложена операция. Однако присутствующая на консультации уролога супруга высказывалась против оперативного лечения. В результате мы принимали совместное решение о необходимости психологической помощи вместо операции».

Далее пациенту была выполнена фармакодопплерография, при которой были обнаружены признаки выраженной дистальной венозной утечки. О необходимости назначения допплерографии пациенту с эректильной дисфункцией (ЭД) и болезнью Пейрони профессор Н.Д. Ахвледиани попросил высказать мнение главного врача АО «Ильинская больница», внешнего профессора кафедры урологии Александрийского университета, доцента кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, к.м.н., члена Американской, Европейской ассоциаций урологов и Североамериканского общества сексуальной медицины **Алексея Викторовича Живова**, который сказал следующее: «Я считаю, что болезнь Пейрони не всегда ассоциируется с ЭД. Поэтому допплерография необходима, чтобы исключить сосудистые нарушения». С правильностью такого подхода согласился профессор Н.Д. Ахвледиани, обратившись к Европейским рекомендациям: «Допплерография является особенным показанием для уточнения состояния кровообращения, поскольку у пациентов с болезнью Пейрони довольно редко наступает артериальное нарушение, в основном у них отмечается нарушение вено-окклюзивной функции».

Затем мужчине была назначена терапия силденафилом (2 недели по 50 мг по требованию), однако эффекта от лечения не последовало. Препарат был заменен на тадалафил 5 мг ежедневно в течение двух недель, также без эффекта. Пациент обратился повторно через месяц после полученных назначений (при анкетировании по МИЭФ-5 – 10 баллов). При этом у пациента появился новый симптом – ускоренная эякуляция (через 15–20 секунд после начала коитуса), а также снизилось половое влечение. Данную ситуацию прокомментировал главный научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии, д.м.н., сексолог, психиатр, психотерапевт **Михаил Ибрагимович Ягубов:** «Любая сексуальная реакция в своем формировании имеет некую психосоматическую модель. В самом процессе семяизвержения участвуют парасимпатическая (на протяжении всего полового акта) и симпатическая (включается в процессе выброса спермы) нервные системы. Поскольку пациент с ЭД фиксирован на состоянии эрекции, он пребывает в стрессовой ситуации, в результате чего происходит преждевременное переключение симпатической нервной системы. Это – один из факторов, сопровождающих возникновение вторичного ускоренного семяизвержения. Вторым моментом является тревожное ожидание, которое также может сопровождаться ускоренной эякуляцией, и она в данной ситуации является реакцией защиты от стресса. Кроме того, у пациентов, длительное время страдающих таким расстройством, формируется особое невротическое состояние (неврастения), в рамках симптоматики которого присутствует «раздражительная слабость». Этот симптом и проявляется как ускоренная эякуляция».

Данный комментарий дополнил профессор С.И. Гамидов: «У пациентов, длительное время страдающих ЭД, частота половых актов уменьшается, что приводит к застою венозной крови в предстательной железе, и это становится дополнительным компонентом, приводящим к вторичной преждевременной эякуляции».

После разъяснения причин нарушений эрекции и методов ее коррекции пациенту была предложена интракавернозная терапия простагладином E_1, от которой мужчина отказался. Также он обратился с просьбой

Доцент А.В. Живов

выполнить ему резекцию глубокой тыльной вены полового члена, о которой прочитал в Интернете. Профессор А.В. Живов так прокомментировал данную ситуацию: «Сегодня существуют показания для перевязки вен исключительно у пациентов моложе 35 лет с первым эпизодом зафиксированной венозной утечки при хорошем артериальном притоке. Но, как правило, через три месяца после выполненной операции ее эффективность сохраняется примерно у 60–65% пациентов, а через год – лишь у 15–20% пациентов». С комментарием А.В. Живова согласился профессор Н.Д. Ахвледиани, который напомнил: «В рекомендациях Американской ассоциации урологов 2018 г. сказано о том, что венозная хирургия при веногенной ЭД не рекомендована на основании данных мета-анализа исследований, посвященных оценке эффективности операций по редукции венозного оттока от кавернозных тел полового члена».

С учетом полученной информации пациент отказался от идеи выполнения операции по редукции венозного оттока. С ним была проведена повторная беседа, в ходе которой предложено фаллопротезирование. Мужчина согласился с данным предложением, выбрав трехкомпонентный имплант. «Нами была проведена первая в России операция с субкоронарным доступом при имплантации трехкомпонентного протеза, в результате которой был получен хороший результат и решены все проблемы пациента, – сообщил профессор Н.Д. Ахвледиани. – Выбранная тактика лечения соответствовала европейским рекомендациям, где подчеркнута необходимость использования фаллопротезирования у пациентов с болезнью Пейрони, ассоциированной с ЭД и не поддающейся консервативной терапии».

Какие три главных принципа необходимо соблюдать при выполнении биопсии яичка

Профессор С.И. Гамидов представил другое клиническое наблюдение: 37-летний пациент, у супруги которого на протяжении 10 лет не наступает беременность. Мужчина пережил тупую травму мошонки справа в 12-летнем возрасте, в 23 года ему был диагностирован орхоэпидидимит слева. После проведенных двух открытых биопсий яичек в 2008 и 2009 гг. у пациента не было найдено сперматозоидов, при этом гистологическое исследование не выполнялось. В анамнезе у данного пациента хронический простатит в стадии ремиссии, язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии ремиссии, ревматизм в неактивной фазе. По результатам обследования: в спермограмме неоднократная азооспермия, по УЗИ и ультразвуковой допплерографии органов мошонки: гипотрофированные яички, структурные изменения со стороны придатков с признаками хронического эпидидимита, двухстороннее варикоцеле. Гормональное исследование: повышенный уровень гонадотропинов, уровень тестостерона находится в «серой зоне», ингибин Б критически низкий. Пациенту был поставлен следующий диагноз: «Первичное бесплодие с необструктивной азооспермией, двухстороннее варикоцеле 2-й степени, 1-й гемодинамический тип, гипотрофия яичек, гипергонадотропный гипогонадизм, хронический простатит, двухсторонний эпидидимит».

В связи с этим профессор С.И. Гамидов сообщил о часто возникающих проблемах при биопсии яичка: «Большинство больных подвергаются неоднократным попыткам получения сперматозоидов (биопсиям) без результатов. При этом значительная доля операций (особенно открытых) проводится в «диагностических» целях вне учреждений, обладающих возможностями проведения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), без участия эмбриологов и сохранения полученного материала. Кроме того, не дается окончательное гистологическое заключение о состоянии сперматогенеза в целом и о перспективах пациента. При выборе метода биопсии не используются и не оцениваются существующие прогностические факторы». Докладчик отметил, что при выполнении биопсии яичка необходимо соблюдать три главных принципа: получать достаточное количество сперматозоидов для немедленного использования и криоконсервации, по возможности получать сперматозоиды с высоким качеством, оказывать минимальные повреждения и сохранять условия для повторных биопсий.

В учреждении, куда пациент обращался впервые, ему было предложено ВРТ с использованием донорской спермы, от которого мужчина отказался. Обсуждая с аудиторией дальнейшую тактику лечения пациента, профессор С.И. Гамидов обратил внимание коллег на возможность проведения операции микро-TESE (экстракции сперматозоидов из яичка с использованием микрохирургической техники): «Данная техника позволяет визуализировать семенные канальцы, что дает возможность оценки их сохранности и получения сперматозоидов из этих участков. При этом оптический контроль позволяет минимизировать повреждение ткани яичка».

Пациент обратился в НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова. Здесь через 3 месяца после микрохирургической варикоцелэктомии пациенту была проведена гормональная терапия хорионическим гонадотропином человека в дозе 5000 МЕ через 2 дня в течение 3 месяцев. А через 6 месяцев после варикоцелэктомии больному была выполнена открытая микрохирургическая биопсия яичек, придатков (микро-TESE) справа. После исследования материала эмбриологи дали заключение о единичных живых подвижных сперматозоидах категории В и произвели их криоконсервацию. В гистологическом заключении было отмечено, что в 90% происходит созревание до уровня незрелых сперматид, а в 10% обнаружены половые клетки на всех этапах развития. В результате пациенту был поставлен окончательный диагноз: выраженный гипосперматогенез.

«С первой же попытки ВРТ (ИКСИ) у супруги пациента наступила беременность и родилась здоровая дочь, которой сегодня уже 9 лет, – отметил профессор С.И. Гамидов. – Однако мужчина решил не останавливаться на достигнутом и через три года снова пришел уже на 5-ю по счету биопсию (поскольку весь полученный прежде материал был израсходован). Без предварительной гормональной подготовки ему была проведена открытая микрохирургическая биопсия яичек, придатков (MESA – микрохирургическая операция на придатке яичка, в ходе которой рассекаются ткани мошонки и микро-TESE) с двух сторон. Эмбриологами было сделано заключение о слабоподвижных сперматозоидах в количестве, пригодном для консервации (2 порции). В НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова пациенту в 2018 г. снова была успешно проведена программа ВРТ.

Говоря о возможностях работы сексолога с бесплодными пациентами, М.И. Ягубов отметил: «У таких супругов, как правило, половые отношения бывают редко. Поэтому гинекологи и репродуктолог направляют этих пациентов к сексологу, чтобы тот помог решить им проблемы снижения либидо и отношений в паре. И данные проблемы успешно решаются».

Завершая работу сессии, профессор Н.Д. Ахвледиани напомнил о том, что урологи должны прислушиваться к рекомендациям сексологов и других специалистов, а тактику лечения современных андрологических пациентов следует строить на мультидисциплинарном подходе.

«...»

Урологи должны прислушиваться к рекомендациям сексологов и других специалистов, а тактику лечения современных андрологических пациентов следует строить на мультидисциплинарном подходе

НМОМЦ

Научно-методический организационный медицинский центр

www.nmomc.com

НАШИ КЛИЕНТЫ

КОНГРЕСС-ОПЕРАТОР В ОБЛАСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ МНОГОПРОФИЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Наша компания находится на рынке оказания организационных услуг с 2004 года.

В течение этих лет были организованы мероприятия с международным участием на территории Российской Федерации и за рубежом (Армения, Беларусь, Грузия).

Под ключ:

- Организация конференций;
- Организация выставок;
- Размещение рекламы в СМИ;
- Организация мастер-классов;
- Организация выездных школ.

Контакты:

ООО «Научно- методический организационный медицинский центр»
Лалабекова Марина Валерьевна
тел.: +7 (903) 295-66-81, +7 (925) 941-09-65
e-mail: marina.lal@mail.ru

РЕКЛАМА

Что хочет мужчина и что может медицина?

Юбилейный XV Конгресс «Мужское здоровье» с международным участием в этом году состоялся 25–27 апреля и прошел в Сочи – российской здравнице мирового значения. Традиционно на этом форуме, популярном среди врачей самых разных специальностей, обсуждались и принимались решения по самому широкому кругу вопросов мужской заболеваемости. При этом на всех мероприятиях и дискуссиях была отмечена важная роль междисциплинарного взаимодействия специалистов, которые были призваны ответить на главный вопрос, ставший лозунгом Конгресса: «Что хочет мужчина и что может медицина?».

Академик РАН А.А. Камалов

Сочи: город и для работы, и для отдыха

Торжественно открывая XV Конгресс «Мужское здоровье», Президент МОО «Мужское и репродуктивное здоровье», директор МНОЦ «Университетская клиника» МГУ им. М.В. Ломоносова, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, заслуженный деятель науки РФ, академик РАН, д.м.н., профессор **Армаис Альбертович Камалов** подчеркнул, что здоровьем мужчины сегодня должны заниматься не только урологи, но и врачи разных специальностей. «Я рад, что не только в России, но и во всем мире проблемы мужского здоровья вызывают все больший интерес, и поэтому не случайно мы видим на Конгрессе наших коллег из Казахстана, Беларуси, Армении, Узбекистана, Азербайджана, Молдовы, Италии, Польши и многих других стран. Их присутствие свидетельствует о том, что темы для обсуждения и докладов на Конгрессе были выбраны верно. Кроме того, врачи, наконец, стали открыто говорить не только о меньшей продолжительность жизни мужчин по сравнению с женщинами, но и о гораздо меньшем внимании системы здравоохранения к здоровью «сильного пола»». В связи с этим Армаис Альбертович напомнил коллегам о главном: «Самое важное для врача – это не лечение, а превентивность. Не зря мы сегодня собрались в этом курортном городе и центре Олимпийских достижений, ведь именно здесь начинается правильный подход к здоровью и путь к профилакике».

От имени общественной организации «Мужское и репродуктивное здоровье» профессор А.А. Камалов поблагодарил мэра Сочи Анатолия Николаевича Пахомова за возможность в третий раз проводить Конгресс в российской здравнице и вручил ему кубок с памятной надписью «За вклад в развитие и поддержание программы «Мужское здоровье».

В ходе торжественного открытия мероприятия также прошло награждение участников Конгресса и фармацевтических компаний **«Астеллас Фарма», «Материа Медика», «Штада», «Лилли Фарма»**, которые, как отметил профессор А.А. Камалов, «являются двигателями прогресса в медицинской отрасли». Президент МОО «Мужское и репродуктивное здоровье» поблагодарил компании за их поддержку и партнерское взаимодействие, а также пожелал им дальнейшего развития и разработки перспективных препаратов на пользу пациентам.

Сопредседатель оргкомитета конгресса, заместитель главного врача по урологии ГБУЗ НИИ Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского Минздрава Краснодарского края, профессор **Владимир Леонидович Медведев** отметил и поблагодарил врачей-участников, которые не пропустили ни один из 15 Конгрессов «Мужское здоровье»: врача уролога-андролога из Владивостока **Ирину Викторовну Емельянову** и уролога из Санкт-Петербурга **Николая Витальевича Сорокина**. Врачи-урологи поблагодарили профессора А.А. Камалова за возможность участия в этом важнейшем мероприятии, а также за то, что именно благодаря таким форумам, повышается профессиональный статус уролога и появляется возможность участия врачей в федеральных программах, которые борются за качество жизни российских мужчин.

Мэр г. Сочи А.Н. Пахомов

В свою очередь мэр Сочи **Анатолий Николаевич Пахомов** выразил признательность участникам Конгресса за выбор места проведения мероприятия. А также напомнил врачам о том, что они находятся в одном из красивейших мест России, на красоты которого нельзя не обратить внимания. «Приезжайте к нам не только работать, но и отдыхать», – гостеприимно призвал мэр российской здравницы.

Мужское здоровье в современной системе здравоохранения России

Научную часть Конгресса открыл пленарный доклад профессора А.А. Камалова «Мужское здоровье в современной системе здравоохранения России». Армаис Альбертович напомнил коллегам слова великого М.В. Ломоносова, которые являются актуальными и по сей день: «Именно в здоровом многочисленном народе состоит величество и богатство всего государства, а не в обширности, тщетной без обитателей». «Конечно, накопленный нашей цивилизацией в течение столетий объем знаний позволил нам решить большинство глобальных проблем, стоящих перед человечеством. И медицина за последнее столетие сделала колоссальный прорыв в области биомедицинских технологий, регенерации, расшифровки генома человека, создания уникальных методов диагностики и лечения. Однако демографическая ситуация при этом не улучшилась, и наши задачи не изменились», – отметил докладчик. Он напомнил о том, что в течение 20 лет до 2013 г. Россия находилась в ситуации растущей смертности населения и падающей рождаемости. В это сложное время на стыке политических реформ ответственность и забота о семье вынуждали российского мужчину в первую очередь экономить на себе.

Награждение коллег премией «За многолетний вклад в развитие и продвижение программы Мужского и Репродуктивного здоровья»

Профессор В.Л. Медведев

Программа «Мужское здоровье» начала свою работу в 2003 г., когда статистика продолжительности жизни мужчин (в тот период она составляла 58 лет) показывала разницу с женской продолжительностью жизни в 13 лет. «С тех пор мы многое смогли сделать, увеличив продолжительность жизни мужчины на 8 лет, однако разница между длительностью мужской и женской жизней сохранилась почти на том же уровне, составляя сегодня 11 лет, – сообщил профессор А.А. Камалов. – А последняя перепись населения, которая прошла в 2010 г., показала, что в России проживают на 10 млн мужчин меньше, чем женщин. При этом численные потери российского населения на 59,4% компенсировал миграционный прирост. Данную ситуацию был призван исправить Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г.», где говорилось о том, что к 2030 г. средняя продолжительность жизни россиян должна составить более 80 лет».

Далее докладчик обратил внимание коллег на современную медико-экономическую модель, в которой с 2016 г. амбулаторно-поликлиническая помощь формируется по принципу подушевого финансирования. «За каждого прикрепленного гражданина поликлиника получает от 2500 до 5000 руб. в год, – подчеркнул докладчик. – Однако с таким финансированием мы вряд ли сможем выполнить Указ Президента, поскольку

Награждение проф. И.А. Абояна

перед нами поставлены глобальные задачи: выявление предрасположенности к заболеваниям, профилактика развития заболеваний, диспансеризация, консультации смежными специалистами, лабораторное и инструментальное обследование, вакцинация, ранняя диагностика заболеваний. Кроме того, стоит обратить внимание на порядок урологической помощи взрослому населению по профилю «урология»: в Приказе Минздрава от 12 ноября 2012 г. №907н отмечено, что первичную медико-санитарную помощь пациенту сегодня оказывает участковый врач-терапевт или врач общей практики (семейный врач). Помощь уролога на данном этапе не предусмотрена. При этом в урологический кабинет пациента может направить только врач-хирург или врач-терапевт при наличии медицинских показаний в течение 14 календарных дней. Еще в течение 14 дней пациенту должны быть проведены необходимые исследования, а высокотехнологичная диагностика (КТ, МРТ, ангиография) в течение 30 дней. Получается, что для постановки окончательного диагноза пациенту придется ждать около 2 месяцев. И еще около 14–30 дней больному необходимо будет ждать оказания специализированной медицинской помощи в стационаре».

Профессор А.А. Камалов сообщил, что министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова поставила перед медицинским сообществом действительно важную задачу, суть которой заключается в реализации 4 основополагающих принципов «4-П-медицины»: предикции, превентивности, персонализации, партисипативности. «Однако в данных условиях обеспечение всех «четырех П» недостижимо, – сообщил докладчик. – Ведь современная медико-экономическая модель представляет собой хроническое недофинансирование амбулаторно-поликлинической службы. Поэтому в ближайшее время необходимо изменить систему, которая учитывала бы главные приоритеты. И могла бы сформировать новое понятие в медицине – управление здоровьем человека».

Резюмируя сказанное, Армаис Альбертович подчеркнул, что врачам не удастся достичь целевых показателей национальной программы в достижении средней продолжительности жизни до 78 лет к 2024 г. без создания новой медико-экономической модели финансирования амбулаторно-поликлинической службы и, главное, без принятия отдельной Федеральной программы по созданию системы оказания специализированной медицинской помощи мужскому населению нашей страны. Также он доложил о том, что минувшей зимой наконец-то «тронулся лед» в отношении правительства России к проблемам мужского здоровья: 26 февраля 2019 г. прошло заседание комитета по социальной политике в Совете Федерации, где состоялся круглый стол на тему «Актуальные вопросы сохранения здоровья мужского населения». «На этом мероприятии были рассмотрены вопросы ранней диагностики и лечения урологических заболеваний, защиты репродуктивного здоровья мужского населения, гендерные особенности сердечно-сосудистых заболеваний, а также способы увеличения продолжительности жизни мужчины», – сообщил профессор А.А. Камалов.

В рамках научной программы Конгресса прошли мастер-классы «живой» хирургии. В частности, в блок по оперативным методам коррекции осложнений после радикальной простатэктомии вошли оперативные вмешательства «Установка искусственного сфинктера при недержании мочи у мужчин» (оперировал В.Л. Медведев), «Имплантация протеза AMS 700 CX после простатэктомии» (оперировал П.С. Кызласов). В секцию по оперативному лечению ДГПЖ вошли 2 операции – «Трансуретральная энуклеация аденомы простаты с использованием электрохирургической техники» (оперировал Ф.А. Севрюков) и «Трансуретральная энуклеация аденомы простаты с использованием тулиевого волоконного лазера» (оперировал Н.И. Сорокин).

В целом на юбилейном Конгрессе «Мужское здоровье» удалось конструктивно обсудить важнейшие научные и практические вопросы, укрепить международные связи в области стратегического взаимодействия в вопросах мужского здоровья и создать для всех участников творческую и дружескую атмосферу.

Награждение проф. А.А. Мурадяна

«Мужская» онкология: классические подходы к лечению и новые направления

Научная программа пленарного заседания на XV Конгрессе «Мужское здоровье» включала в себя доклады от ведущих российских экспертов, причем не только урологов, но и врачей смежных с урологией специальностей. Это стремление работать в единой команде еще раз подтвердило необходимость междисциплинарного взаимодействия специалистов.

Академик РАН О.Б. Лоран

Существует ли персонализированный подход к выбору оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ)? На этот вопрос в своем докладе ответил Заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, академик РАН, д.м.н., профессор **Олег Борисович Лоран**. Он напомнил коллегам об основных современных методах лечения ДГПЖ и проанализировал их результаты, а также осложнения, которые встречаются при их применении наиболее часто. Подводя итог, профессор О.Б. Лоран сообщил: «При объеме предстательной железы 30–80 см^3 «золотым стандартом» оперативного лечения сегодня остается трансуретральная резекция простаты (ТУР). Лазерная, биполярная энуклеакции и вапоризация обеспечивают такие же функциональные результаты при низком риске кровотечения, что позволяет уменьшить время нахождения уретрального катетера, пребывания в стационаре и делает их методами выбора у пациентов, принимающих антикоагулянты. При объеме простаты более 80 см^3 «золотым стандартом» оперативного лечения остается открытая аденомэктомия, поскольку число осложнений и уровень кровопотери при данной операции значительно уменьшились (как следует из данных проведенных в последнее время мета-анализов). Минимально инвазивные аденомэктомии обеспечивают одинаковые с открытой аденомэктомией функциональные результаты при меньшем уровне кровопотери и более коротком койко-дне».

Заместитель директора по лечебной работе Национального медицинского центра радиологии, главный врач клиники, к.м.н., врач-уролог **Елена Владимировна Гамеева** сообщила коллегам о статистике заболеваемости раком предстательной железы (РПЖ) в 2017 г.: впервые было выявлено 40 785 случаев, прирост заболеваемости по стандартизованному показателю за период с 2007 по 2017 г. составил 74,03%, а среднегодовой темп прироста – 5,26%. Летальность от РПЖ на первом году составила 7,8%, прирост показателя смертности за 10 лет составил 13,9%. Чаще всего РПЖ встречался у жителей Уральского округа, реже всего – в Северо-Кавказском округе. Докладчик подчеркнула, что в России сохраняется тенденция к росту показателей заболеваемости и смертности от РПЖ, при этом внедрение диагностики этого заболевания путем определения в сыворотке крови простатического специфического антигена (ПСА) привело к увеличению частоты выявления локализованного РПЖ.

В отношении статистики заболеваемости раком почки доктор Е.В. Гамеева сообщила следующее: в 2017 г. впервые было выявлено 24 779 случаев почечно-клеточного рака (ПКР), прирост показателя заболеваемости в период с 2005 по 2015 г. составил 26,3%.

К.м.н. Е.В. Гамеева

При этом показатель смертности с 2007 по 2017 г. снизился на 2,4%. Самый высокий показатель заболеваемости отмечен в 2017 г. в Сибирском округе, самый низкий – в Северо-Кавказском округе. «В России сохраняется тенденция к росту показателей заболеваемости ПКР, хотя и отмечается тенденция к небольшому снижению показателей смертности. Внедрение методов лучевой диагностики (УЗИ, КТ, МРТ) привело к увеличению случаев диагностики локализованных форм ПКР», – сообщила докладчик.

Также доктор Е.В. Гамеева привела данные статистики заболеваемости раком мочевого пузыря (РМП): в 2017 г. впервые было выявлено 17 202 случая РМП, прирост показателя заболеваемости с 2007 по 2017 г. составил 14,3%, летальность на первом году – 14,9%, показатель смертности за 10 лет снизился на 26,4%. Самый высокий показатель заболеваемости РМП был отмечен в Сибирском округе, самый низкий – в Северо-Кавказском округе. «В России заболеваемость РМП существенно не меняется, – сообщила доктор Е.В. Гамеева. – При этом отмечается тенденция к небольшому снижению показателей смертности от РМП».

«Показатель смертности от вышеперечисленных заболеваний не имеет той тенденции к снижению, которой ожидает сегодня общество, – резюмировала докладчик. – В том числе и потому, что реабилитация и диспансерное наблюдение пациентов, закончивших специальное лечение по поводу РМП, в России до конца не реализовано».

Директор ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава РФ, член-корреспондент РАН, профессор **Иван Сократович Стилиди** рассказал об онкологических и функциональных аспектах лечения больных опухолями мужских половых органов. Он начал свое сообщение со статистики онкологических заболеваний как причины смерти в мире: в соответствии с данными 2015 г., 14,1 млн человек заболели раком, 8,2 млн из них умерли. Он также напомнил о том, что борьба с онкологическими заболеваниями сегодня является частью федерального национального проекта «Здравоохранение», а целью противораковой программы – снижение смертности от онкологических заболеваний, а также профилактика и снижение уровня инвалидизации населения. В рамках национального проекта по онкологии планируется ежегодное перечисление в системе ОМС на развитие онкологической службы России по 200 млрд ежегодно до 2024 г.

По словам докладчика, основными направлениями реализации национальной противораковой программы станут профилактика, скрининг, диагностика, персонализация лечения, реабилитации и оказания паллиативной помощи. Говоря об изменении спектра лечебных мероприятий, профессор

Член-корр. РАН И.С. Стилиди

И.С. Стилиди сообщил: «Когда-то выбор лечения у специалистов был ограничен только оперативным вмешательством и лучевой терапией. Сегодня, помимо этого, мы можем использовать гормонотерапию, химиотерапию, иммунотерапию, таргетную терапию, биотерапию. Все это мы обязаны сделать рутинной практикой в каждой клинике страны, однако для этого необходимо переформатировать противораковую федеральную службу и привести возможности каждого региона к единому современному уровню».

Говоря об онкологических заболеваниях «целевой аудитории» современных урологов, Иван Сократович сообщил: «Рак простаты сегодня является самой распространенной злокачественной опухолью мужских половых органов, занимая 1-е место по темпу прироста заболеваемости и представляя собой национальную проблему. РПЖ поздно диагностируется в 30–40% впервые выявленных случаев заболевания на 3–4-й стадиях. Рак яичка является редкой опухолью, однако это заболевание чаще всего диагностируется у мужчин трудоспособного возраста. Рак полового члена также является редкой опухолью, а главной проблемой является его поздняя диагностика, несмотря на наружную локализацию. HPV-ассоциированные опухоли – это болезни молодых мужчин, для которых важно сохранение качества жизни. Что касается скрининга, то в отношении РПЖ эта опция сегодня считается спорной: скрининг снижает летальность, однако он экономически нецелесообразен, по мнению американских и европейских специалистов. Скрининг рака яичка (так же как и скрининг рака полового члена) не показан в популяции, но фокусная диспансеризация необходима в группах высокого риска (родственники больных раком яичка, пациенты с бесплодием и с крипторхизмом)».

Докладчик отметил, что ранняя диагностика «мужских раков» в России может быть достижима, но при принятии следующих мер: обучения врачей общей практики, урологов и дерматовенерологов; активного выявления заболевших во время диспансерных осмотров, введения образовательных программ для мужского населения.

Далее профессор И.С. Стилиди сказал о том, что у 30% пациентов после проведения лечения клинически локализованного РПЖ возникают нежелательные онкологические результаты: местные рецидивы РПЖ с T1–T2 после «радикального лечения» (местный рецидив в ложе простаты после радикальной простатэктомии – РПЭ или после дистанционной лучевой терапии – ДЛТ, либо диссеминация РПЖ стадии T1–T2 – рецидив в тазовых лимфоузлах после РПЭ, метастазы в кости после ДЛТ). Чтобы снизить риск прогрессирования заболевания, по мнению докладчика, необходимо повышать качество диагностики, используя современные методы биопсии простаты (сатурационная, fusion), проводить адекватное гистологическое исследование, использовать современные методы оценки распространенности опухолевого процесса. Говоря о нежелательных функциональных результатах после радикальных методов

лечения, докладчик назвал среди них недержание мочи, острую и хроническую задержку мочи, импотенцию. Чтобы снизить их частоту, профессор И.С. Стилиди рекомендовал применять методы радикального лечения, сохраняющие функционально значимые зоны, рационально назначать андроген-депривационную терапию в нео-, адъювантном и конкурентном режимах, а также проводить коррекцию с помощью протезирования полового члена. В заключение доклада профессор И.С. Стилиди привел варианты адекватного выбора лечебной тактики «мужских раков».

Член-корр. РАН С.Т. Мацкеплишвили

«Сегодня онкологические пациенты все реже умирают от рака и все чаще от заболеваний сердечно-сосудистой системы, – сообщил заместитель директора по научной работе МНОЦ Университетская клиника МГУ им. М.В. Ломоносова, врач-кардиолог, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор **Симон Теймуразович Мацкеплишвили**. – Поэтому сегодня мы наблюдаем рождение в мире новой дисциплины – кардиоонкологии». Докладчик обозначил 4 области, где «пересекаются рак и сердце»: опухоли сердца, кахексия сердца (как и скелетной мускулатуры) при онкологических заболеваниях и стратификация риска перед оперативным лечением и химиотерапией онкологических больных, кардиотоксичность химиотерапии и лучевой терапии. Он пояснил, что кардиоонкология – это дисциплина, которая сфокусирована на состоянии сердечно-сосудистой системы у онкологических пациентов и лиц с излеченным раком.

Среди проявлений кардиотоксичности химиотерапии докладчик назвал дисфункцию миокарда и сердечную недостаточность, поражение коронарных артерий, поражение клапанов сердца, нарушение сердечного ритма и проводимости, артериальную гипертензию, тромбозы и эмболии, поражение сосудов и инсульт, легочную гипертензию, поражение перикарда. «Огромное количество современных химио- и таргетных препаратов может вызывать кардиотоксичность. К примеру, лечение фторурацилом у 67% пациентов сопровождается спазмами коронарных артерий и может привести к острому инфаркту миокарда, – сообщил он и далее привел классический пример лечения HER2-позитивного рака молочной железы, которым страдают около 25% пациенток: «Рецептор HER2 экспрессируется опухолевыми клетками и отвечает за пролиферацию, выживаемость и инвазию этих клеток. Эти же рецепторы присутствуют в кардиомиоцитах. И когда мы лечим пациентов таргетными препаратами (в частности, трастузумабом), мы не только убиваем опухолевые клетки, но и параллельно нарушаем функционирование кардиомиоцитов», – пояснил профессор С.Т. Мацкеплишвили.

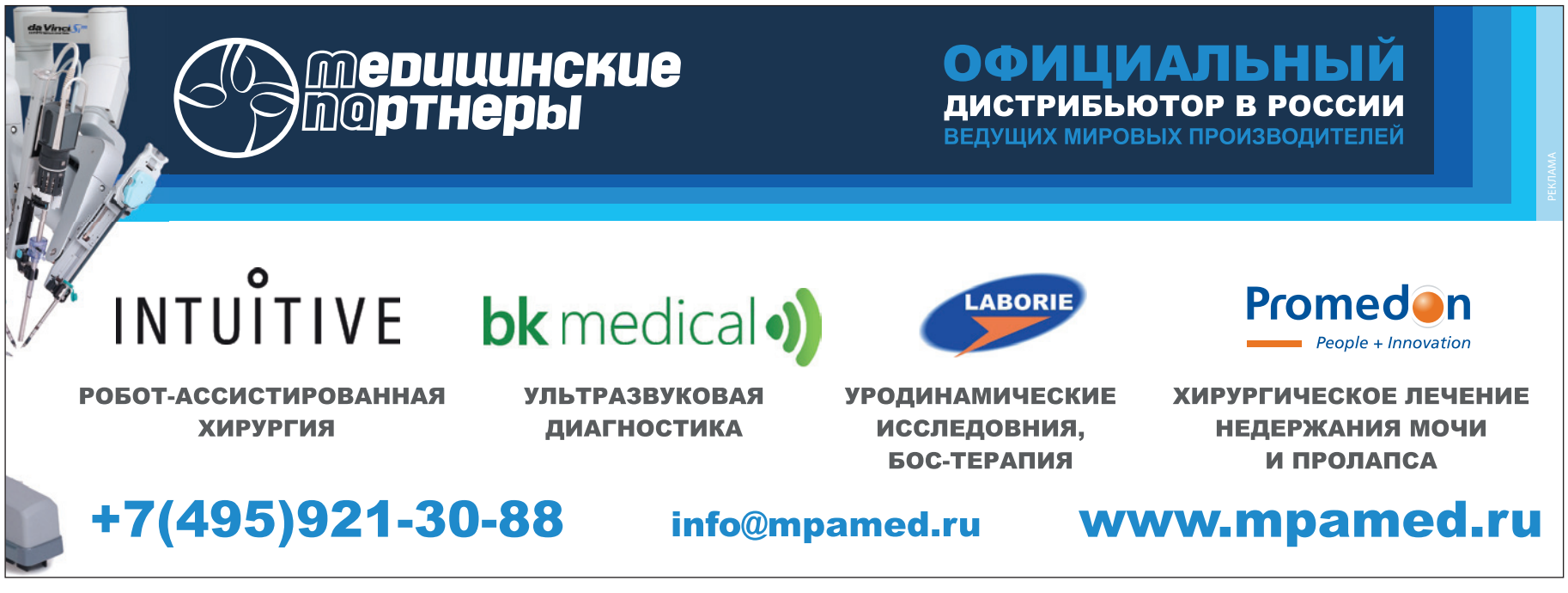
Далее он коснулся темы иммунотерапии рака, поскольку исследования показывают, что одним из осложнений этого вида терапии является молниеносный миокардит: «Факторы риска и физиологический механизм возникновения этой проблемы пока неизвестны, а число случаев непрерывно возрастает, – сообщил он. – Радиотерапия также небезопасна: к примеру, после радиотерапии по поводу опухоли средостения у пациентов имеется риск таких осложнений, как выраженный кальциноз дуги аорты (фарфоровая аорта) и тяжелое поражение коронарных артерий».

Как можно «поймать» кардиотоксичность на самых ранних стадиях? Отвечая на этот вопрос, профессор С.Т. Мацкеплишвили сказал следующее: «Сегодня Европейское общество кардиологов проводит первый большой всемирный регистр по кардиотоксичности рака молочной железы, в котором участвует и Россия. В рамках этого регистра мы уже обследовали 3000 пациентов (набрано 2580 пациентов), а первые результаты были представлены в декабре 2017 г. Результаты окончательного регистра будут представлены 2 сентября в Париже». Резюмируя сказанное, докладчик озвучил основные принципы сохранения жизни онкологических пациентов с кардиотоксичностью: «Не откладывать лечение онкологического больного, принимать лечебно-тактические решения путем проведения консилиума с участием кардиологов, онкологов, физиков, радиологов, генетиков, химиков, фармакологов, психологов и др. Этих пациентов мы можем лечить уже сегодня, используя простейшие препараты – β-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), статины, дексразоксан, который предотвращает антрациклиновую кардиотоксичность». В заключение своего доклада профессор С.Т. Мацкеплишвили доложил также о том, что в Университетской клинике МГУ им. М.В. Ломоносова была разработана телемедицинская система непрерывного удаленного мониторирования жизненно важных физиологических параметров у пациенток с раком молочной железы, а также система дистанционной ангиоскопии (капилляроскопии), которая позволяет оценивать количество жидкости в тканях и на доклинической стадии выявлять поражения сердечно-сосудистой системы.

«Лекарственное лечение онкоурологических больных сегодня развивается очень бурно, сейчас проходит около 1000 клинических исследований по этому поводу», – сообщил хирург-онколог, заведующий отделением урологии ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина МЗ РФ, президент Российского общества онкоурологов, д.м.н., профессор **Всеволод Борисович Матвеев**. Он остановился на самых важных

Профессор В.Б. Матвеев

препаратах, которые либо уже вошли в клиническую практику, либо войдут в нее в ближайшее время. «В лечении всех онкологических больных сегодня акцент делается либо на таргетные, либо на иммунологические препараты, – отметил докладчик. – Так, при лечении больных уротелиальным раком долгие годы у врачей не было новых лекарственных препаратов, но, начиная с 2016 г., появилось сразу 5 иммуноонкологических лекарственных средств, которые уже показали свою эффективность: атезолизумаб, дурвалумаб, авелумаб, ниволумаб, пембролизумаб». Говоря об успехах иммунотерапии при лечении больных РМП, профессор В.Б. Матвеев отметил, что они обусловлены нестабильностью генома, который является хорошей предпосылкой для успешной иммунотерапии рака любой локализации. К примеру, в недавних исследованиях пембролизумаб показал высокую эффективность при немышечно-инвазивном уротелиальном РМП, резистентном к БЦЖ-терапии. «Думаю, уже скоро мы будем применять этот препарат при агрессивном течении немышечно-инвазивного рака, при раке *in situ* и ранних рецидивах», – сообщил в заключение своего доклада профессор В.Б. Матвеев.



Новый взгляд урологов России на терапию ДГПЖ

Информация, представленная на симпозиуме компании ТЕВА

В рамках XV Конгресса «Мужское здоровье» 25 апреля состоялся симпозиум компании ТЕВА, где ведущие урологи России представили новый взгляд на комбинированную терапию пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) в клинических примерах и алгоритмах.

В качестве председателя и модератора симпозиума выступил Президент МОО «Мужское и репродуктивное здоровье», директор МНОЦ Университетская клиника МГУ им. М.В. Ломоносова, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, заслуженный деятель науки РФ, академик РАН, д.м.н., профессор **Армаис Альбертович Камалов**. Он озвучил повод, по которому урологи собрались в тесном кругу: «Сегодня мы поговорим о сложных ситуациях, когда состояние наших пациентов на фоне ДГПЖ усугубляется эректильной дисфункцией (ЭД). Вариант подбора терапии для обеспечения достойного качества жизни мужчин и персонализация этого процесса сегодня интересна каждому современному урологу. И нам всегда полезно выслушать мнения экспертов по этому поводу, чтобы проанализировать уже известные данные и, возможно, взять за основу в своей клинической практике нечто новое».

Справа налево: председатель симпозиума академик РАН А.А. Камалов, эксперты д.м.н. К.Л. Локшин и к.м.н. Л.Г. Спивак

Армаис Альбертович представил аудитории двух экспертов, которые более 20 лет профессионально исследуют проблемы ДГПЖ, проявляющиеся симптомами нарушения функции нижних мочевыводящих путей (СНМП): доцента НИИ урологии и репродуктивного здоровья человека Сеченовского университета, председателя Совета Ассоциации специалистов консервативной терапии в урологии «АСПЕКТ» **Леонида Григорьевича Спивака** и руководителя клиники оперативной урологии, онкоурологии и андрологии GMS clinics&hospitals, д.м.н. **Константина Леонидовича Локшина**. На протяжении симпозиума в формате дискуссии эксперты ознакомили коллег с полезной информацией и ответили на наиболее актуальные вопросы.

Доктор Л.Г. Спивак напомнил о том, что медикаментозная терапия присутствует в жизни пациентов с ДГПЖ всего 30 лет. И если до конца XIX века главной целью врача-уролога было разрешение ситуации с острой задержкой мочеиспускания, при которой выживаемость пациентов наблюдалась в 5% случаев, то сегодня все кардинально изменилось. «Конечно, арсенал средств, которые мы предлагали нашим пациентам пару десятков лет назад и их ожидания от этой терапии были совсем иными, чем сегодня. Если раньше на фармацевтическом рынке были лишь α_1-адреноблокаторы и ингибиторы 5α-редуктазы (5-АРИ), то сейчас мы может ежегодно видеть появление новых препаратов. Конечно, нам необходимо приспосабливаться к условиям быстро меняющейся реальности и совмещать новые знания с персонализированным подходом к пациенту». Спикер отметил, что сегодняшнее выступление построено на рекомендациях Европейской Ассоциации урологов (ЕАУ), которые регулярно обновляются: «В 2019 г. в них появился новый раздел, написанный с учетом новых исследований по медикаментозному лечению, в т.ч. комбинированной терапии и минимальным инвазивным методикам».

«Урологи прекрасно знакомы с тем объемом обследований, который необходимо провести пациенту с ДГПЖ. Однако в этом году в рекомендациях ЕАУ появилось нечто новое, казалось бы не имеющее ничего общего с ДГПЖ, а именно – заполнение анкеты МИЭФ-5 с оценкой сексуальной функции. Причем в рекомендациях сказано, что оценка при помощи валидированных опросников должна проводиться, когда это либо существенно, либо важно для наших пациентов с ДГПЖ».

Но когда это действительно важно? Отвечая на этот вопрос, доктор Л.Г. Спивак сказал следующее: «Если мы посмотрим на факторы риска возникновения этих двух состояний – ДГПЖ и ЭД, то следует обратить внимание на множество общих моментов. Не случайно еще 15 лет назад было опубликовано исследование, в котором было показано: чем более выражены СНМП (расстройства мочеиспускания), тем чаще встречается ЭД. Также интересным является исследование, опубликованное в 2016 г., где была показана четкая корреляция: у пациентов с бóльшим объемом предстательной железы сумма баллов на вопросы опросника, отражающие эректильную функцию, как правило, снижена. В связи с этим урологам важно понимать, что именно происходит в популяции с сексуальной активностью мужчин, ведь большинство врачей в основном стараются избавить своих пациентов от основных симптомов нарушенного мочеиспускания, а проблема ЭД при этом отходит на второй план. Однако клинические рекомендации ЕАУ свидетельствуют о том, что урологу необходимо иметь информацию о фактах возможной ЭД. Ведь по результатам исследований, 83% пациентов с ДГПЖ являются сексуально активными мужчинами, которые считают, что у них нет особых проблем с эрекцией, и лишь у 10% мужчин наблюдается ее полное отсутствие. Это означает, что у мужчин присутствует заинтересованность в сексуальной активности, поэтому наша задача – выявлять жалобы на ЭД, самостоятельно задавая пациенту вопросы, даже если он сам не упоминает об этой проблеме. Стеснительный пациент может ответить на вопросы врача не устно, а путем заполнения двух анкет – Международной шкалы оценки симптомов заболеваний простаты (IPSS) и Международного индекса эректильной функции-5 (МИЭФ-5)».

Константин Леонидович Локшин обратил внимание коллег на тот факт, что после терапии в связи с улучшением мочеиспускания у пациента значительно повышается качество жизни: «В период работы в госпитале «Лапино» ко мне обращались пациенты 50 лет и старше, которые повторно вступали в брак и желали не только избавиться от проблем с мочеиспусканием, но и от ЭД. Поэтому работа уролога заключается в понимании патогенеза ДГПЖ, а также факторов риска и прогрессирования заболевания. Так что важнейшей задачей уролога в такой ситуации является предотвращение прогрессирования заболевания и связанных с ним осложнений».

Доктор К.Л. Локшин напомнил коллегам об исследованиях, которые были проведены с целью демонстрации возможностей препаратов 5-АРИ (финастерид, дутастерид), способных предотвращать прогрессирование гиперплазии простаты, вплоть до снижения частоты оперативных вмешательств и их последствий почти в два раза. «Компания ТЕВА, которая сегодня нас здесь собрала, уже зарегистрировала первый генерик дутастерида Европейского производства [1]– препарат Гардиум, капсулы 0,5 мг, биоэквивалентный оригиналу, который вскоре появится в российских аптеках» [2].

Также спикер отметил: «Несмотря на то что мы знаем препараты 5-АРИ еще с 1992 г., у пациентов часто возникает вопрос по поводу применения данной терапии и вероятности последующего появления сексуальной дисфункции». Далее он рассказал о том, насколько решаемы эти вопросы и сомнения пациентов. «Прием препаратов 5-АРИ у ряда больных действительно способствует ухудшению эректильной функции и снижению либидо. Однако эти риски не стоит преувеличивать, ведь в соответствии с проведенными исследованиями, о которых мы сегодня знаем, они не превышают 10%. Кроме того, нам известны результаты мета-анализа, который был проведен по всем плацебо-контролируемым исследованиям. Он показал, что по сравнению с плацебо разница в плане сексуальной дисфункции при приеме препаратов 5-АРИ очень небольшая. Также следует учесть и некоторые погрешности, связанные с ноцебо-реакцией пациента, который стремится спроецировать на себя описанные в инструкции к препарату 5-АРИ побочные эффекты (включая ЭД). Ведь такие реакции происходят в т.ч. у пациентов, принимающих плацебо. Конечно, урологи должны знакомить пациента _ с возможными побочными эффектами, но не следует преувеличивать риск их возникновения».

Далее спикер рассказал о том, что сегодня существует решение данной проблемы: «Во время приема 5-АРИ у ряда пациентов происходит адаптация к препарату и эректильная функция восстанавливается. Кроме того, в арсенале уролога сегодня есть ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа (ФДЭ-5), а именно, тадалафил 5 мг, который зарегистрирован для лечения и ЭД и нарушений мочеиспускания [3].

В следующей части симпозиума спикеры представили клинические наблю-

дения, связанные с алгоритмами выбора вариантов терапии для пациентов с ДГПЖ и ЭД. Доктор К.Л. Локшин рассказал об истории болезни 64-летнего пациента, который исходно обратился к урологу с проблемой ЭД легкой степени. Иногда в соответствии с рекомендацией уролога мужчина «по требованию» принимал силденафил 50 мг. Основной причиной нынешнего обращения к врачу стало затрудненное мочеиспускание, степень выраженности которого в соответствии с анкетой IPSS была незначительной. Однако этого было достаточно, чтобы мужчина обратился к урологу. Год назад ему был поставлен диагноз ДГПЖ. После проведения соответствующего исследования выяснилось, что заболевание у пациента находится в «зачаточном» состоянии: железа незначительно увеличена, практически нет остаточной мочи, немного ухудшены показатели урофлоурометрии, уровень простатического специфического антигена в пределах нормы. При этом пациент получает лечение по поводу артериальной гипертензии». Что важно для данного пациента и какое лечение ему необходимо подобрать?

На этот вопрос ответил доктор Л.Г. Спивак: «Казалось бы, ситуация пациента выглядит просто. Однако следует учесть, что медикаментозное лечение сопутствующих заболеваний может отражаться и на эректильной функции. Кроме того, мы знаем, что приверженность лечению пациента очень важна в данной ситуации. Поэтому мы должны стремиться не назначать мужчине слишком много препаратов, чтобы он мог соблюдать все наши рекомендации и ему было бы удобно их принимать. В данной ситуации большинство урологов (по статистике это 70%) предложат ему α_1-адреноблокатор в дополнение к терапии ингибитором ФДЭ-5 «по требованию», которую он уже получает. Если ориентироваться на алгоритмы, которые в нынешнем году были представлены ЕАУ, то поскольку у нашего пациента есть ДГПЖ (хотя и небольшого объема), ему можно рекомендовать смену образа жизни с (или без) применением α_1-адреноблокатора тамсулозина 0,4 мг в комбинации с ингибитором ФДЭ-5 тадалафилом 5 мг. Такой вариант комбинированной терапии появился недавно в связи с проведенными плацебо-контролируемыми исследованиями по оценке пациентов с субъективной симптоматикой по шкале IPSS. В этом исследовании у тадалафила есть небольшое преимущество по уровню снижения симптоматики, чем у тамсулозина: несмотря на то, что эффект может наступить достаточно быстро (уже на первой неделе) при применении и того, и другого препарата. Речь в исследовании идет не только о субъективных симптомах, но и об объективных параметрах оценки – значимом улучшении качества жизни пациента в связи с увеличением максимальной скорости мочеиспускания. Кроме того, эректильная функция пациента, оцененная по шкале МИЭФ-5, значительно изменилась в лучшую сторону на фоне приема тадалафила 5 мг по сравнению с тамсулозином и плацебо. А для нашего пациента в отношении качества жизни именно эта функция была самой важной».

В связи с этим доктор К. Л. Локшин отметил, что с 2018 г. на фармацевтическом рынке присутствует российский генерик тадалафила – препарат Динамико Лонг (производится из израильской субстании с соблюдением современных требований и стандартов качества) [4], который в дозировке 5 мг будет способствовать улучшению эректильной функции у пациента, что может существенно улучшить качество жизни. При этом существует и другая дозировка «по требованию» пациента – 20 мг. «Благодаря тому, что такая терапия является доступной для пациентов (по сравнению с оригиналом) [5], урологи могут чаще ее назначать, – отметил спикер. – Наш пациент получал эту терапию в течение месяца, за этот период у него произошли значительные улучшения в отношении его эректильной функции согласно опроснику МИЭФ-5».

Ситуация второго пациента, о котором рассказали спикеры, была значительно серьезней: он страдал ДГПЖ в течение нескольких лет, в связи с чем уролог назначил ему α_1-адреноблокатор тамсулозин, который мужчина принимал 2–3 месяца и затем прекратил прием в связи с улучшением самочувствия. Поводом для недавнего обращения к урологу стали не только усилившиеся проблемы с мочеиспусканием, но и возникновение острой задержки мочеиспускания, в связи с чем была применена катетеризация мочевого пузыря. Также у пациента присутствовала ЭД (в связи с чем он иногда принимал «по требованию» тадалафил 20 мг) и сопутствующие заболевания – ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2 типа, мерцательная аритмия. За время попеременного приема тамсулозина гиперплазия простаты у пациента приняла бóльшую степень выраженности и по объему железы, и по выраженности расстройств мочеиспускания, которые вызывает ДГПЖ. «У такого пациента помимо качества жизни мы обязаны были оценить риски прогрессирования ДГПЖ, а также максимальную скорость мочеиспускания (поскольку ее параметры менее или более 12 м/сек имеют большое прогностическое значение), – сообщил доктор К.Л. Локшин. – А при назначении терапии в такой ситуации необходим индивидуальный подход. У данного пациента имелись проблемы с мочеиспусканием, но не было показаний к оперативному лечению. Поэтому алгоритмы, описанные в рекомендациях ЕАУ, подсказывают нам, что мужчине требуется продолжительная терапия. А проведенные исследования показывают, что комбинированная терапия 5-АРИ с α_1-адреноблокаторами позволяет снизить риск и оперативного вмешательства, и острой задержки мочеиспускания. Однако исследование 2014 г. показывает, что комбинация препаратов 5-АРИ и ингибиторов ФДЭ-5 является наиболее предпочтительной у подобных пациентов в отношении расстройств мочеиспускания. А если учесть, что у нашего пациента существовали проблемы с эректильной функцией, то для него последняя комбинация препаратов может быть более эффективной. Через месяц после назначения пациенту препарата дутастерид 0,5 мг в комбинации с тадалафилом (Динамико Лонг) 5 мг у него была отмечена позитивная тенденция: увеличилась максимальная скорость мочеиспускания, улучшилось качество жизни. Через 6 месяцев положительный результат лечения стал еще более выраженным, что привело нас к выводу о необходимости продолжения проводимой терапии».

> «...»
>
> ***При постановке диагноза мы должны понимать, какие симптомы являются первичными, а какие вторичными. А также не забывать, что уже доказанным является факт сочетания ДГПЖ с нарушением эректильной функции. Поэтому важно, что сегодня в руках уролога есть действенные инструменты, которые позволяют нам решать самые запутанные вопросы, связанные с состоянием пациентов. И это – огромное достижение лекарственной терапии пациентов с ДГПЖ и ЭД***

Третье клиническое наблюдение, представленное доктором К.Л. Локшиным, касалось 67-летнего пациента в хорошей физической форме. Диагноз ДГПЖ ему был поставлен несколько лет назад (объем железы 60 см^3), в связи с чем мужчина принимал растительные препараты. Также у пациента наблюдалась незначительная артериальная гипертензия и слабо выраженные симптомы накопления. «Удовлетворить высокие требования таких пациентов бывает очень сложно, поскольку они хотят получить от терапии идеальное мочеиспускание и отличную эрекцию, – отметил спикер. – Понимая, что у данного пациента есть риск прогрессирования ДГПЖ, мы осознаем, что у нас существует только одна группа препаратов (ингибиторы ФДЭ-5), которые способны привести состояние пациента к ожидаемому результату. Через месяц после терапии комбинацией дутастерида 0,5 мг и тадалафила (Динамико Лонг) 5 мг у мужчины улучшились показатели мочеиспускания и сохранилась эректильная функция, однако его продолжали беспокоить симптомы накопления. В рекомендациях 2019 г. в подобной ситуации говорится о назначении комбинированной терапии двумя (тадалафил+мирабегрон) или тремя препаратами, которая объективно превосходит монотерапию тадалафилом. Мы назначили пациенту комбинацию из трех препаратов, добавив к дутастериду 0,5 мг и тадалафилу (Динамико Лонг) 5 мг еще и мирабегрон 50 мг. В результате через 2 месяца был получен хороший результат в отношении симптомов накопления».

В заключение спикеры резюмировали: «Конечно, пациенты с нарушениями мочеиспускания, обусловленными ДГПЖ, часто испытывают еще и проблему ЭД. И поскольку лечение препаратами 5-АРИ сопряжено с риском развития ЭД, необходимо помогать пациенту избегать риска прогрессирования ДГПЖ и ЭД».

В заключение симпозиума Армаис Альбертович Камалов поблагодарил компанию ТЕВА за предоставленную возможность общения и обратил внимание коллег на ключевые моменты, затронутые в диалогах спикеров: «Конечно, при постановке диагноза мы должны понимать, какие симптомы являются первичными, а какие вторичными. А также не забывать, что уже доказанным является факт сочетания ДГПЖ с нарушением эректильной функции. Поэтому важно, что сегодня в руках уролога есть действенные инструменты, которые позволяют нам решать самые запутанные вопросы, связанные с состоянием пациентов. И это – огромное достижение лекарственной терапии пациентов с ДГПЖ и ЭД».

ЛИТЕРАТУРА

1. https://grls.rosminzdrav.ru/GRLS.aspx 18.06.2019
2. Data on file (BE-DUT01-16). Открытое, рандомизированное, перекрестное двухэтапное исследование сравнительной фармакокинетики и биоэксивалентности препаратов Дутастерид-Тева, капсулы 0,5 мг (Тева) и Аводарт®, капсулы 0,5 мг (ГлаксоСмитКляйн) у здоровых добровольцев мужского пола при однократном приеме натощак.
3. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Динамико Лонг.
4. Динамико Лонг. Государственный реестр лекарственных средств. Доступно по: http://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_ v2.aspx?routingGuid=9d87922e-7710- 4b5b-a490-ea44b0d31737&t= [Dinamiko Long. State register of medicines. Available at: http://grls.rosminzdrav.ru/ Grls_View_ v2.aspx?routingGuid=9d87922e7710-4b5b-a490-ea44b0d31737&t= (In Russ.)
5. Согласно базе данных IMS MAT/2018/MTH09/QRT стоимость месячного курса терапии «Сиалис 5 мг» –7 811 руб., «ДИНАМИКО ЛОНГ 5 мг» – 3 873 руб.

Отпускается по рецепту.
Предназначено для информирования специалистов здравоохранения.
Не предназначено для демонстрации пациентам.

Статья подготовлена при поддержке компании ООО «Тева».

За дополнительной информацией обращаться:
ООО «Тева» Россия, 115054, г. Москва, ул. Валовая, д. 34.
Тел. +7(495) 644-22-34, факс +7 (495) 644-22-35, www.teva.ru

DYNL-RU-00144-DOK-PHARM

Удвоение уретры

Удвоение мочеиспускательного канала – редкая врожденная аномалия развития нижних мочевыводящих путей. К настоящему времени в мировой литературе описано немногим более 200 наблюдений разнообразных форм данного порока, что, вероятно, отражает различные эмбриологические дефекты [1–3]. Несмотря на множество существующих предположений возникновения данной аномалии, единой теории до настоящего времени не существует.

В.В. Дутов, Д.В. Романов
ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», Москва

За последние 15 лет под нашим наблюдением находились пять пациентов с различными формами удвоения уретры. Возраст пациентов варьировался от 5 до 18 лет.

Основной жалобой всех пациентов и/или их родителей был косметический дефект полового члена в виде двух наружных отверстий уретры различной локализации. Другая клиническая симптоматика, как правило, отсутствовала.

Нами представлено необычное клиническое наблюдение удвоения уретры. У данного пациента мы столкнулись с неописанной ранее и выходящей за общепринятые классификационные рамки сочетанной аномалией собирательной системы почки, истинным дивертикулом мочевого пузыря и спадающимся ортотопическим уретероцеле.

Пациент К. 18 лет. Жалобы и анамнез: с рождения отмечено мочеиспускание удвоенной струей. Целенаправленных обращений к врачу не было. С 14 лет стали появляться периодические тянущие боли в правой поясничной области.

При визуальном осмотре: поясничная область с обеих сторон без видимых изменений. В правой половине брюшной полости пальпируется объемное образование размерами около 10 см, ограниченно подвижное, умеренно болезненное при глубокой пальпации. Наружное отверстие уретры расположено на вершине головки полового члена. В области уздечки полового члена, по средней линии определяется добавочное наружное отверстие уретры (рис. 1).

Рис. 1. **Пациент К. Наружное отверстие уретры расположено на вершине головки полового члена. В области уздечки полового члена по средней линии определяется добавочное наружное отверстие уретры**

При УЗИ: правая почка – подвздошная дистопия. Лоханка расположена экстраренально на передней поверхности. Собирательная система почки расширена.

При выполнении экскреторной урографии (максимальная экспозиция – 85 мин.) выявлено отсутствие выделения контрастного препарата левой почкой, выраженная дилатация лоханки, чашечек, мочеточника слева.

При восходящей уретрографии выявлено удвоение мочеиспускательного канала (рис. 2).

Рис. 2. **Восходящая уретрограмма: удвоение мочеиспускательного канала**

Микционная цистография: левосторонний рефлюксирующий мегауретер (рис. 3). Оболочки спадающегося уретероцеле слева.

МСКТ: дивертикул задней стенки мочевого пузыря, удвоение уретры (рис. 4); сочетанные аномалии органов мочевой системы (рис. 5).

На основании клинических данных и результатов обследования выставлен диагноз: врожденные множественные сочетанные аномалии органов мочевой системы. Единственно функционирующая подвздошно-дистопированная правая почка. Функционирующий неинфицированный правосторонний гидронефроз. Гипоплазия левой почки. Гигантский рефлюксирующий мегауретер слева. Ортотопическое спадающееся уретероцеле слева. Истинный дивертикул мочевого пузыря. Удвоение уретры. Хронический пиелонефрит.

Выполнено оперативное лечение: антевазальная уретеропиелонеостомия справа.

От выполнения оперативного вмешательства на уретре пациент воздержался.

Наиболее часто встречается Y- образный вариант удвоения уретры [4]. При таком варианте передняя и задняя уретра обычно сохраняют свою функциональность и сфинктерный механизм. Дорсальная (ортотопическая) уретра обычно развита хуже. Некоторые авторы считают подтип удвоения уретры врожденной уретро-кожной фистулой. Y-тип удвоения уретры часто сочетается с другими серьезными врожденными аномалиями, такими как неперфорированный анус, синдром «сливового живота», экстрофия мочевого пузыря, формирование клоаки, пороки формирования позвоночника, кишечника, эзофаго-трахеальные свищи, различные виды аномалий органов мочеполовой системы: дисплазия, гипоплазия и аплазия почек, гидронефроз, поликистозные почки, удвоение верхних мочевыводящих путей, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, крипторхизм и гипоспадия [3, 5, 6]. У ряда пациентов также может выявляться стеноз мочеиспускательного канала [7].

Клинические проявления порока весьма вариабельны. У пациента могут иметь место признаки обструкции верхних и нижних мочевыводящих путей, что в случае прогрессирования заболевания приводит к хронической почечной недостаточности [8].

Знание возможных вариантов удвоения уретры [9], а также наиболее частых вариантов сочетанных аномалий развития, является важным моментом при планировании обследования и определении тактики оперативной коррекции.

Оперативное лечение удвоения уретры зависит от анатомической формы удвоения и клинических проявлений. Ряд пациентов с минимальными клиническими проявлениями не нуждаются в оперативной коррекции.

Коррекция удвоения уретры должна быть направлена на устранение косметических дефектов, удвоения струи мочи, ликвидацию инфравезикальной обструкции и недержания мочи.

Рис. 3. **Микционная цистограмма: левосторонний рефлюксирующий мегауретер**

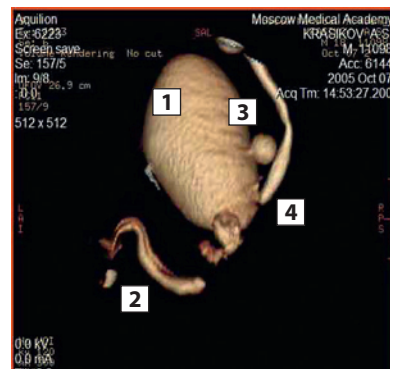


Рис. 4. **МСКТ. Аномалия собирательной системы: мочевой пузырь (1), удвоенная уретра (2), дивертикул задней его стенки (3), мочеточник (4)**

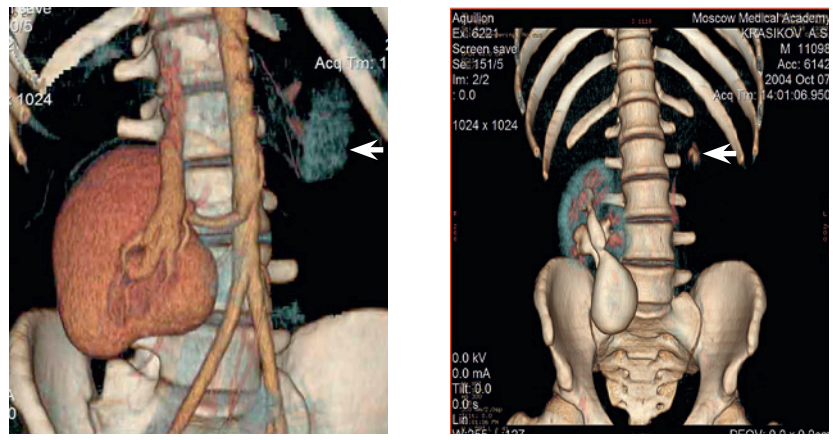


Рис. 5. **МСКТ. Рудиментарная левая почка (обозначена стрелкой), подвздошная дистопия правой почки**

ЛИТЕРАТУРА

1. Erdil H. Congenital anomalies of the kidneys in family members. Ann. Saudi Med. 2003;23 (3–4):231–2.
2. Bae K.S., Jeon S.H., Lee C.H., et al. Complete duplication of bladder and urethra in coronal plane with no other anomalies: case report with review of the literature. Urology. 2005;65(2):388–90.
3. Sindijic S., Perovic S. V., Djinovic R. P. Complex case of urethral duplication with megalourethra. Urology. 2009;74(4):903–5.
4. Effman E.L., Lebowitz R.L., Colodny A.H. Duplication of the urethra. Radiology. 1976:169–79.
5. Kumar A., Kumar G.L., Trivedi S., et al. Y-duplication of the urethra: a rare case report. Int. J. Surg. 2007;11:1–7.
6. Bar-Moshe O., Oboy G., Timmermans C., et al. Megalourethra and abnormalities if the cavernous bodies: cause of erectile disfunction. Eur. Urol. 1995;27:249–51.
7. Olavarria A.S., Palavicini M.J.S. Megalourethra with horseshoe kidney. http: Fetus.net. Acc. Feb. 12, 2004.
8. Podesta M.L., Medel R., Castera R., et al. Urethra duplication in children: surgical treatment and results. J. Urol. 1998;160:1830–3.
9. Effman E.L., Lebowitz R.L., Colodny A.H. Duplication of the urethra. Radiology. 1976;119:17.

Энтомологические препараты в лечении больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы и хронического простатита

Одной из актуальных тем, представленных на XV Конгрессе «Мужское здоровье», стала тема лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) и хроническим простатитом с использованием энтомологических препаратов. О зарубежном опыте применения одного из них рассказал врач-онкоуролог Университетской клиники МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, специалист по лапароскопии, эндохирургии и робот-ассистированной хирургии ГКБ №31 **Давид Михайлович Камалов.**

Он напомнил, что энтомология – это раздел зоологии, изучающий насекомых. При этом доказанным фактом является наличие в теле некоторых взрослых насекомых множества веществ, обладающих иммунокорректирующими, противовоспалительными, антибактериальными свойствами, что может быть полезным для человека.

«Врачам известно множество веществ, которые были получены из насекомых. Среди них – муравьиная кислота, обладающая противовоспалительными и болеутоляющими свойствами, которая послужила основой препаратов для лечения конъюнктивитов и кератитов, – отметил докладчик. – Вещество кантаридин, получаемое из половых желез жука-нарывника, в средние века использовалось при приготовлении средства для повышения потенции, а сегодня активно применяемого в дерматологии. Также в современной медицине используется немало веществ, полученных от пчел: среди них спиртовой экстракт прополиса, препараты на основе маточного молочка и т.д. Во время Первой мировой войны хирург-ортопед У.С. Бэйер признал эффективность колонизации личинок для заживления ран на поле боя. Одним из современных открытий стало выделение из яда паука *Lycosa sp.* (паук-волк) полипептидного токсина (Lsp-1) – модулятора кальциевых каналов клеточной мембраны, который в будущем может стать основой эффективного обезболивающего препарата».

Доктор Д.М. Камалов подчеркнул, что мир огромного числа насекомых сегодня мало изучен, поэтому исследования в этой сфере продолжаются с использованием определенных технологических процессов. «Сегодня мы можем создавать специальные энтомологические комплексы с четко определенным дизайном и алгоритмом действия, – пояснил он. – В дальнейшем эти комплексы будут подвергаться исследованиям с определением их терапевтической адресности».

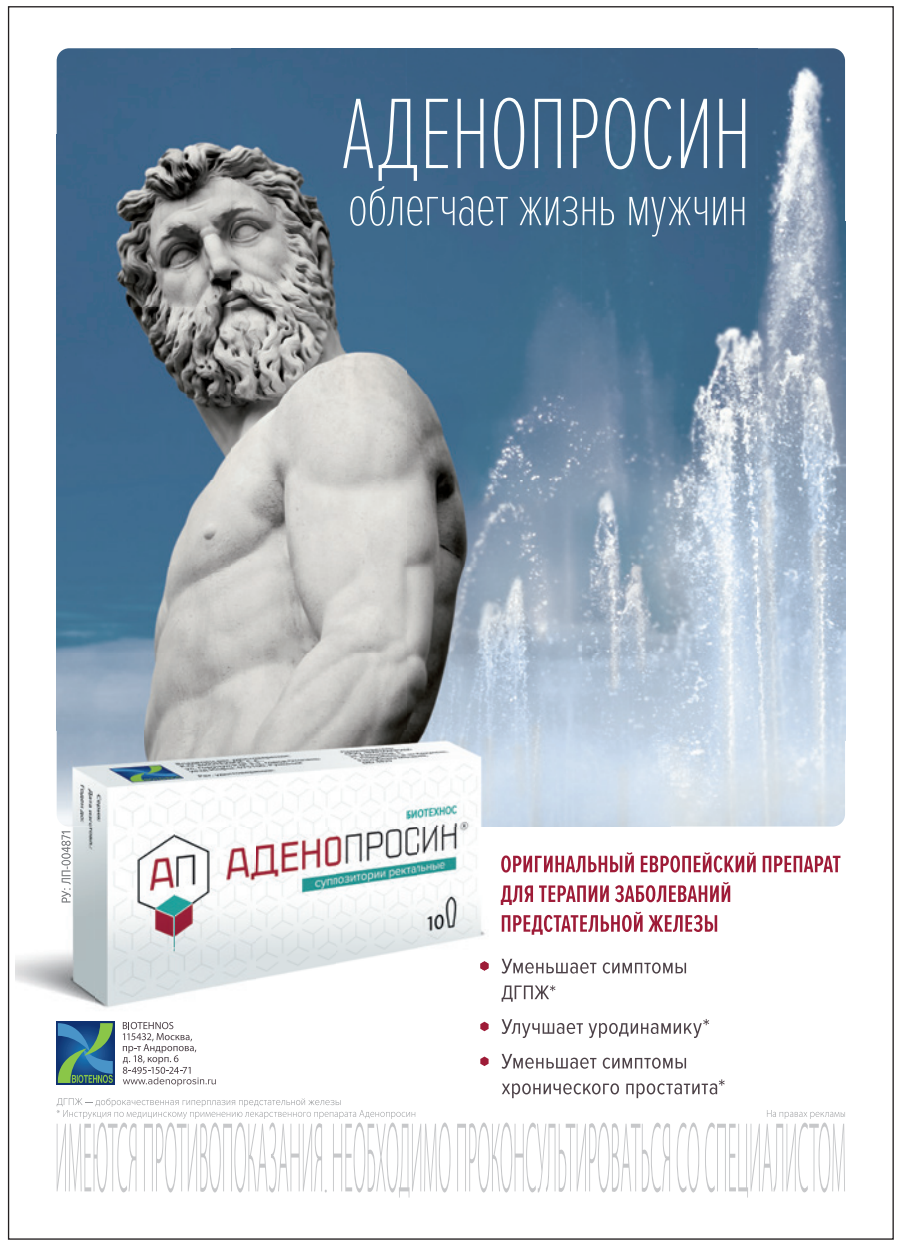
Кроме того, докладчик отдельно остановился на опыте применения в медицинской энтомологии вида насекомых *Lymantria dispar* (непарный шелкопряд), из тела личинок которого ученым удалось получить биоактивный комплекс, ставший основой для препарата Аденопросин®, который в ходе экспериментальных и клинических исследований продемонстрировал эффективность в терапии больных ДГПЖ и хроническим простатитом. «Активное вещество Аденопросина® представляет собой липопротеиды, экстрагированные из личинок насекомых вида *Lepidoptere*, которые оказывают антиоксидантное, вазопротективное, противовоспалительное и иммуномодулирующее действия. При изучении мишеней в клетках предстательной железы, на которые воздействует данный биологически активный препарат, стало понятно, что Аденопросин® снижает тонус нижних отделов мочевыводящих путей, оказывает положительное воздействие на воспалительные процессы, происходящие в предстательной железе, включая процесс окислительного стресса. Исследования показали, что применение данного препарата способствует снижению выраженности расстройств мочеиспускания, уменьшению размеров предстательной железы, купированию симптомов хронического простатита», – сообщил он.

Каким же образом происходит действие биоактивного препарата Аденопросин®? Отвечая на этот вопрос, доктор Д. М. Камалов пояснил: «Действуя на гиперплазированные клетки предстательной железы, биоактивный комплекс препарата способен вызывать их апоптоз, за счет чего уменьшается размер железы, в нормальных клетках этот эффект препарата не реализуется. Биологически активные компоненты препарата также уменьшают образование A_2-фосфолипазы и высвобождение арахидоновой кислоты со снижением синтеза простагландинов и лейкотриенов (подавляет 5-липооксигеназу). В результате препарат снижает проницаемость капилляров, уменьшает отек предстательной железы, улучшает в ней микроциркуляцию. Действие препарата Аденопросин® направлено на патогенетические и неспецифические механизмы. Аденопросин® улучшает уродинамические параметры (увеличивает максимальную объемную скорость потока мочи, уменьшает время мочеиспускания и количество остаточной мочи), улучшая общее состояние пациентов с ДГПЖ и хроническим простатитом. Препарат регулирует тонус и перистальтику нижних сегментов мочевыводящих путей, снижая частоту мочеиспускания, в т.ч. в ночное время, уменьшает дизурию, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря и необходимость натуживания при мочеиспускании. Антиоксидантное действие лекарственного препарата Аденопросин® выражается в ингибировании перекисного окисления липидов за счет антиоксидантных водорастворимых соединений, входящих в состав препарата».

По словам докладчика, данный биологический препарат был подвергнут исследованиям *in vitro*. В исследованиях проводился анализ внеклеточных цитокинов, клеточной динамики и апоптоза, а также колоний клеток. Исследования показали, что Аденопросин® оказывает антиоксидантное действие за счет уменьшения концентрации внутриклеточного пероксида водорода в клетках предстательной железы. Также было продемонстрировано противовоспалительное действие путем снижения уровня внеклеточного интерлейкина-6 (ИЛ-6), что было очевидно и в основной группе, и в группе сравнения, где применялся дексаметазон. Противовоспалительное действие препарата было продемонстрировано и в отношении метастатических клеток, где наблюдалось снижение уровней внеклеточного ИЛ-6 и ИЛ-8. Антиангиогенное действие было продемонстрировано путем ингибирования VEGF (фактор роста эндотелия сосудов в метастатических клетках.

В заключение доклада доктор Д. М. Камалов сообщил об исследовании *in vivo* зарубежных коллег, в котором приняли участие 127 пациентов и была сформирована группа сравнения, в которой пациентам назначали плацебо. В данной работе было показано улучшение качества жизни в основной группе, где было зарегистрировано уменьшение объема предстательной железы, увеличение максимальной скорости потока мочи и уменьшение объема остаточной мочи. Кроме того, были сделаны выводы о том, что данный препарат не влияет на уровень сывороточного простатического специфического антигена и обладает благоприятным профилем безопасности.

Оригинальный европейский препарат Аденопросин® уже зарегистрирован в России и станет доступен для специалистов и пациентов во второй половине 2019 г.



Современные направления лечения детей с мочекаменной болезнью

В рамках VIII Всероссийской Школы по детской урологии-андрологии, которая состоялась 28–29 марта в Москве, была организована работа сессии, посвященной современным направлениям лечения детей с мочекаменной болезнью (МКБ).

Перкутанная нефролитотрипсия у детей

О десятилетнем опыте выполнения перкутанной нефролитотрипсии (ПНЛ) у детей в отделе детской урологии НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал «НМИЦ радиологии», МЗ РФ рассказал младший научный сотрудник отдела, детский уролог **Артур Борисович Вардак.**

«Ежегодно количество детей с МКБ, поступающих в институт урологии, увеличивается. И примерно 30% из всех маленьких пациентов с МКБ мы выполняем ПНЛ. В связи с этим в НИИ урологии было проведено исследование, целью которого стало изучение эффективности данного вида вмешательства у детей с крупными и коралловидными камнями почек»,– сообщил докладчик.

Доктор А.Б. Вардак рассказал, что в исследование, которое проводилось с 2008 по 2018 г., вошли 330 детей в возрасте от 1 до 17 лет (средний размер конкрементов составил 2,6 см, в 55% это были коралловидные камни, в 25% наблюдалось билатеральное камнеобразование). Пациентам были выполнены стандартные этапы операции (уретроцистоскопия, ретроградная уретеропиелография, катетеризация почки, доступ в чашечно-лоханочную систему [ЧЛС], нефроскопия, нефролитотрипсия). «В подавляющем большинстве случаев мы использовали мини-нефроскопы, при этом миниатюрный размер инструмента позволял нам использовать только лазерные и пневматические литотрипторы. А в тех случаях, когда размер конкремента требовал применения «взрослого» нефроскопа, мы пользовались ультразвуковым литотриптором. Чаще всего доступ формировался через нижнюю группу чашечек. В случаях, когда локализация конкремента или анатомия ЧЛС требовали другого доступа, мы использовали доступ через среднюю и верхнюю группу чашечек», – пояснил доктор А.Б. Вардак.

Далее он рассказал о том, что 36 пациентам была выполнена бездренажная ПНЛ: у 14 из них был использован гемостатический матрикс и у всех пациентов выполнялось обязательное ретроградное дренирование с помощью внутреннего стента или мочеточникового наружного катетера. Длительность такого оперативного вмешательства в среднем составила 72 минуты, продолжительность нахождения пациентов в стационаре занимала около 3 суток. Полностью конкременты были удалены у 259 пациентов, у 71 пациента потребовался дополнительный этап операции в виде дистанционной ударно-волновой литотрипсии, 46 пациентам были выполнены повторные ПНЛ, у 36 пациентов интраоперационно была выявлена непротяженная стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента и им была выполнена эндопиелотомия.

Докладчик отметил, что самым частым осложнением операции были гипертермия (11% случаев) и кровотечение-макрогематурия более 3 суток (3,6% случаев). Необходимость переливания крови возникла в 0,4% случаев. Не было отмечено случаев сепсиса, повреждений ЧЛС (перфорация, экстравазация), выпадения нефростомического дренажа.

В заключение своего доклада доктор А.Б. Вардак отметил, что перкутанные вмешательства у детей может выполнять только тот специалист, который накопил довольно большой опыт во взрослой практике. Отвечая на вопрос коллеги о своем конкретном опыте в проведении ПНЛ, докладчик сообщил, что самостоятельно он провел более 20 подобных операций у детей.

Консервативное лечение детей с МКБ

Врач-нефролог ДГКБ им. Н.Ф. Филатова, к.м.н. **Марина Владимировна Шумихина** остановилась на консервативном лечении детей с МКБ. Она начала свое сообщение с диагностического алгоритма при МКБ: «Если врач видит показания для оперативного вмешательства, необходимо помнить, что при этом показано обследование метаболизма пациента и оценка структуры камня. В обследование метаболизма, которое должен назначать нефролог или врач-уролог, обязательно входит клинический анализ мочи, в котором необходимо обратить внимание на pH, плотность и осадок. В случае лейкоцитурии необходимо выполнить бактериологическое исследование мочи, а анализ на кислотно-щелочное состояние крови

является обязательным (следует обратить внимание на показатели pH, бикарбоната и насыщение крови кислородом).

Полная панель биохимического исследования крови должна включать следующие показатели: общий белок, альбумин, креатинин (+цистатин С, по возможности), мочевина, мочевая кислота, кальций, кальций ионизированный; магний, фосфор, калий, натрий, хлор, щелочная фосфатаза, паратиреоидный гормон (ПТГ), тиреотропный гормон (ТТГ), свободный Т4. Желательными, но не обязательными являются следующие исследования: аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ), глюкоза, холестерин и его фракции, гипоксантин и фосфорибозилтрансфераза 1 (при наличии микролитов, состоящих из мочевой кислоты), оксалаты.

Поскольку МКБ у детей очень «помолодела», панель биохимического исследования мочи должна включать: диурез (суточный объем мочи) не менее 20 мл/кг/сут, оксалаты, мочевую кислоту, цитрат (простая, но не популярная методика), цистин количественно (нет методики, доступной в России, однако можно провести скрининг на НБО – наследственные болезни обмена в МГНЦ: исследование цистина/гомоцистеина в свежевыпущенной моче и тандемную масс-спектрометрию мочи, где можно заметить повышение уровней цистина, орнитина, лизина, аргинина), калий, натрий, кальций, фосфор, магний. Некоторые симптомы МКБ являются проявлениями тубулопатии, поэтому оценка в биохимическом исследовании мочи показателей общего белка, микроальбумина, β_2-микроглобулина, аминоазота, глюкозы будет важна. «Я придерживаюсь мнения, что термин дисметаболическая нефропатия не должен использоваться в диагностике, а вместо него следует использовать термин кристаллурия (гиперкальциурия, гипероксалурия и т. д.)», – подчеркнула доктор М.В. Шумихина.

Среди основных причин МКБ у детей докладчик назвала гипероксалурию, гиперкальциурию и гипоцитратурию. При этом она сказала несколько слов об общих диетических рекомендациях, которые необходимо соблюдать пациенту с МКБ: «Достаточный питьевой режим: строго не менее 30–50 мл/кг/сут, оптимально увеличить до 60 мл/кг/сут (диурез – не менее 20 мл/кг/сут). Желательно употреблять слабощелочные (pH – 7,2–8,5) минеральные воды (Новотерская, Смирновская, Архыз, Чарелия), желательно с добавлением лимона. В рацион необходимо ввести высококалиевые продукты (банан, курага, картофель и т.д.). При отсутствии противопоказаний ввести дополнительно пищевые волокна, отруби, клетчатку. Уровень потребления белка должен быть возрастным, но не избыточным, – пояснила доктор М.В. Шумихина. – Это важно, если обратить внимание на показатели, опубликованные ВОЗ в 2005 г., где отмечено, что россияне крайне перегружены белком, в 3–4 раза превышая рекомендуемые в Европе нормы потребления белковых продуктов. Кроме того, диетические рекомендации следует строить в зависимости от состава камня и результатов биохимического анализа крови и мочи. Особое внимание следует обратить на потребление натрия (конкретно – поваренной соли), который является важным фактором камнеобразования. При любом составе камня требуется ограничение потребления поваренной соли: чем младше ребенок, тем это ограничение должно быть более жестким».

В завершение докладчик отметила: «При гиперкальциурии врачу всегда хочется назначить диуретики, которые обладают антикальциурическим эффектом. Однако рекомендую делать это крайне редко и только в очень тяжелых ситуациях. И только тогда, когда это безопасно для пациента. Ведь в данной ситуации использование диуретиков приведет к повышению уровня кальция в крови, что в свою очередь может создать угрозу формирования кальцинации других органов и систем. Также важно, в зависимости от типа изменений в анализах, использовать цитратные смеси. Все остальное (за исключением применения пиридоксина и магния при гипероксалурии, что возможно при вторичных формах) должно назначаться на усмотрение врача, включая растительные препараты. Цитратных препаратов в Европе довольно много, однако в России существует лишь один препарат, разрешенный для лечения нефролитиаза».

Юридические аспекты работы детского уролога

О том, с какими юридическими аспектами может столкнуться в своей работе детский уролог, на одной из сессий VIII Всероссийской Школы по детской урологии-андрологии рассказали не только юристы. Своим опытом с коллегами также поделились врачи, имеющие опыт взаимодействия в правовом поле с родителями несовершеннолетних пациентов.

Юридические тонкости оформления добровольных согласий

Генеральный директор компании «Факультет Медицинского Права», юрисконсульт по медицинскому праву **Полина Георгиевна Габай** в своем докладе сконцентрировалась на нюансах оформления добровольных согласий пациентов по поводу медицинского вмешательства. Она отметила, что глобально все проблемы и конфликты между врачом и пациентом можно поделить на три части: недовольство исходом лечения, проблемы межличностных отношений (нарушения медицинской этики и деонтологии) и реальные юридические сложности принятия врачами тех или иных решений. Обращаясь в суды и правоохранительные органы, пациенты, как правило, говорят об ущемлении их прав на информацию, качество и безопасность. «Однако, вопреки заблуждениям основной массы врачей, даже доказанная некачественная и небезопасная медицинская помощь не является основанием для наступления ответственности врача. Для наступления такой ответственности должно сложиться одновременно несколько условий. Во-первых, пациенту необходимо доказать наличие вреда или убытков, во-вторых , доказать противоправный характер поведения врача (его действие или бездействие), в третьих, должна быть доказана причинная связь между действием и последствиями, в четвертых, необходимо доказать вину медицинской организации. Кроме того, необходимо понимать: кто и что должен доказывать. Ведь пациенты часто бывают не готовы к тому, что бремя доказывания всех условий ответственности лежит на его плечах. А ведь расходы на судебно-медицинскую экспертизу судами чаще всего возлагаются именно на пациента. Что касается защиты ответчика (т.е. медицинской организации), то ей необходимо доказать, что вред причинен правомерными действиями по просьбе или с согласия пациента. Согласно ч. 3 ст. 1064 ГК РФ, вред, причиненный правомерными действиями, подлежит возмещению в случаях, предусмотренных законом. Однако случаи, предусмотренные законом, не относятся к медицинским, из чего следует, что причинение правомерного вреда по общему правилу не подразумевает его компенсации причинителем вреда».

Говоря об основных проблемах, связанных с оформлением информированного добровольного согласия (ИДС), П.Г. Габай подчеркнула четыре из них: несоответствие критериям полноты информации, отсутствие подписи конкретного медработника, срок действия ИДС и форма ИДС. «Многие врачи полагают, что существование формы ИДС, утвержденной Приказом Минздрава РФ от 20.12.2012 №177н, не дает оснований для разработки других форм ИДС. Однако это не так. Ведь вышеназванная форма была, во-первых, утверждена только для медорганизаций, реализующих программу госгарантий, во-вторых, она была разработана для первичной медико-санитарной помощи и, в третьих, только для 12 видов медицинских вмешательств. Для всех остальных организаций и вариантов помощи данная форма

не годна, поэтому врачи вынуждены ориентироваться на базовые положения Закона «Об основах охраны здоровья граждан».

Далее Полина Георгиевна привела 5 типов ИДС, которые обычно необходимо оформлять в медицинской практике: «Первичный ИДС на осмотр и консультацию, ИДС на конкретные медицинские вмешательства, ИДС на план лечения либо ИДС на план лечения с согласием родителей на сопровождение детей третьими лицами, ИДС на изменение плана лечения». Что касается срока действия ИДС, то в этом отношении П.Г. Габай процитировала ст. 20 ФЗ №323: «Гражданин при выборе врача и медицинской организации дает на срок их выбора ИДС на определенные виды медицинских вмешательств, включенные в перечень, устанавливаемый уполномоченными органами исполнительной власти. Фактически это те 12 видов вмешательств, о которых шла речь в Приказе Минздрава РФ от 20.12.2012 №177н. И это значит, что, прикрепляясь к поликлинике, пациент дает право на эти 12 вмешательств в течение срока своего прикрепления. Поэтому мы вынуждены приходить к выводу, что в остальных случаях это согласие может быть только однократным».

Как оформить согласие на конкретное медицинское вмешательство (МВ)? Отвечая на этот вопрос, П.Г. Габай посоветовала заполнить 11 необходимых пунктов: 1. Причина оказания МВ (диагноз пациента, в связи с которым оказывается МВ). Краткое описание заболевания, имеющегося у пациента. 2. Верификация диагноза по МКБ-10 (можно изначально сделать варианты этих диагнозов с возможностью выбора путем проставления «галочки» в нужном месте). 3. Описание сути, методов и этапов МВ. 4. Возможные варианты выполнения операции, изменение тактики и хода операции (с конкретными описаниями и вариантом изменения стоимости лечения). 5. Цель МВ (к примеру, восстановить зрительные функции, избавить от таких-то симптомов в целях улучшения качества жизни пациента). 6. Противопоказания к МВ (абсолютные и относительные). 7. Риски при выполнении МВ (какие возможны осложнения и последствия). 8. Возможные альтернативные варианты лечения, их потребительская ценность и равнозначность (неравнозначность) выбранному методу лечения. 9. Предполагаемый результат МВ (в чем выражается и через какой период времени должен наступить). Важно добавить фразу про невозможность гарантировать только лишь положительный лечебный результат в связи со спецификой медицинской деятельности. 10. Описание послеоперационной симптоматики (осложнений), с которой пациенту следует немедленно обратиться к врачу. 11. Что будет в случае отказа от МВ.

Полина Георгиевна также рассказала об оформлении добровольного согласия на медицинское вмешательство в отношении ребенка: «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или законный представитель (статья 20 ФЗ № 323). В отношении отказов от медицинского вмешательства действует аналогичная статья закона. При этом частью 1 статьи 61 Семейного кодекса РФ установлено, что родители имеют равные права и несут равные обязанности в отношении своих детей. При наличии разногласий между родителями они вправе обратиться в органы опеки или в суд».

Во второй части своего доклада Полина Георгиевна привела множество примеров из судебной практики, когда вышеописанные аспекты не были учтены, в результате чего суды полностью удовлетворяли иски пациентов к медицинским организациям.

Юридические аспекты работы детского уролога-андролога

Руководитель лаборатории диагностики и реабилитации заболеваний органов репродуктивной системы городского Центра репродуктивного здоровья детей и подростков при Морозовской ДГКБ, детский уролог-андролог, д.м.н., профессор **Дмитрий Игоревич Тарусин** рассказал об ошибках, опасностях и юридических стратегиях в повседневной практике детского уролога-андролога.

Говоря о персональных данных пациента, докладчик напомнил: «Если врач записал и воспользовался телефоном пациента или его законного представителя, получил на личную почту результаты анализов, отправил коллеге изображение снимка с экрана негатоскопа или монитора УЗИ, не закрыв фамилию пациента, назвал по телефону диагноз пациента или озвучил советы по лечению, то он выступил в роли оператора персональных данных, которые передал или получил по незащищенному каналу связи. Это предусматривает уголовную ответственность по ст. 137 УК (штраф от 100 до 300 тыс. рублей, отстранение от должности, принудительные работы, арест, лишение свободы)».

Далее профессор Д.И. Тарусин подчеркнул моменты, о которых необходимо помнить каждому врачу: «Информированное согласие защищает вас с точки зрения того, что вы предвидели последствия и информировали законного представителя о вероятности их наступления. Также не забывайте о табеле оснащения оборудованием вашего кабинета. Полное исполнение требований Порядка оказания помощи детям с уроандрологическими заболеваниями страхует вас от статьи 238 (несоответствии требованиям безопасности) и от обвинения в преступном легкомыслии. Также не следует забывать о наличии в кабинете противошокового, реанимационного набора, в который необходимо включить адреналин, дексаметазон,

супрастин, системы капельного введения, катетер, периферический мешок Амбу, роторасширитель, языкодержатель, воздуховод, желудочный зонд, жгут медицинский, металлический шпатель. Наличие такого набора говорит о вашей готовности его применить».

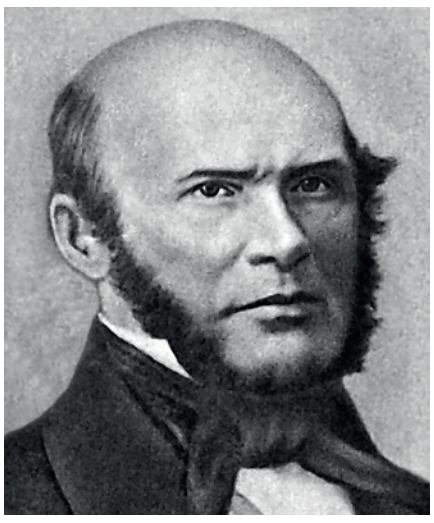
В заключение доклада профессор Д.И. Тарусин напомнил о том, что не стоит забывать о важности письменных назначений, которые защищают врача от того, что он не довел до пациента важное условие гарантии медицинской услуги – долечивание и реабилитацию. Также докладчик посоветовал обязательно указывать срок контрольного осмотра пациента и его постановки на диспансерный учет: «Это помогает избежать претензий со стороны большинства родителей. Ведь неявка в срок или отсутствие динамического наблюдения является «нарушением условия гарантии».

УРОЛОГИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА: от XVIII века до наших дней

Через 13 лет после основания Санкт-Петербурга в 1716 г. в городе была создана Медицинская канцелярия, которая стала центральным органом медицинского управления в России. В 1724 г. была открыта Императорская академия наук, которой принадлежит важная роль в развитии медицинской науки, в т.ч. и урологии.

Со времен Петра I до создания первой русской хирургической школы

Первым президентом созданной академии наук был лейб-медик Петра I Л.Л. Блюментрост, прославивший себя лечением многих урологических заболеваний (стриктура уретры, камни мочевого пузыря и др.), а также блестящим выполнением катетеризации мочевого пузыря при острой задержке мочеиспускания. По указу Петра I в 1721 г. на Аптекарском острове в Санкт-Петербурге был открыт



Проф. Н.И. Пирогов

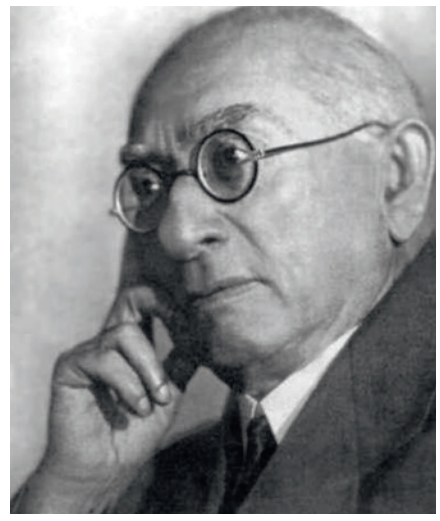
завод по производству хирургических инструментов, в т.ч. уретральных катетеров, бужей, щипцов для извлечения камней из мочевого пузыря и др. Петр I проявлял особый интерес к урологии, т.к. сам страдал стриктурой уретры и в последние годы жизни подвергался систематической катетеризации мочевого пузыря.

В 1773 г. были открыты госпитальные школы при сухопутном и адмиралтейском госпиталях в Санкт-Петербурге и адмиралтейском в Кронштадте. Ученики подробно изучали распознавание камней мочевого пузыря, технику его катетеризации и камнесечения. Важным событием в развитии отечественной медицины стало основание Императорской медико-хирургической академии. Официальной датой ее создания считается 18 (29) декабря 1798 г., когда император Павел I подписал указ о строительстве учебных помещений для ее нужд. Большую роль в развитии российской урологии в первой половине XIX в. сыграло основание при Медико-хирургической академии первой в России хирургической школы. Основоположник этой школы И.Ф. Буш (1771–1843) и его многочисленные ученики обогатили отечественную урологию многими открытиями и практическими предложениями. И.Ф. Буш наряду с хирургией, уделял большое внимание урологии. Сразу же после прихода на кафедру он приобрел целый ряд урологических инструментов. И.Ф. Буш был пионером введения в России эластических катетеров. После экспериментальных и клинических наблюдений, проведенных в клинике И.Ф. Буша в 1810–1811 гг., эластические катетеры стали широко применяться во многих клиниках России. Почетное место в клинике И.Ф. Буша занимала оперативная урология, 25% всех операций в клинике были урологическими. Много места уделено урологии и в других научных трудах И.Ф. Буша, особенно в его первом русском учебнике по хирургии – «Руководство к преподаванию хирургии» (СПб., 1807). В общей части капитального труда И.Ф. Буш дал определение мочевым затекам, называя их «мочевыми нарывами». В главе «Операции над мужскими детородными частями» изложены операции при фимозе и парафимозе, кастрация, ампутация полового члена при раке и гангрене, операция при водяной грыже (т.е. водянке оболочек яичка). Большое место в «Руководстве» И.Ф. Буша отведено симптоматике, диагностике и оперативным вмешательствам при камнях мочевого пузыря. И.Ф. Буш считал, что чаще камни «зарождаются» в почках, а затем спускаются в мочевой пузырь.

И.Ф. Буш создал большую школу хирургов. Среди его учеников следует отметить Х.Х. Саломона, П.Н. Савенко, И.В. Рклицкого, И.В. Буяльского и др. Все они наряду с разносторонней хирургической деятельностью уделяли большое внимание и урологии.

Проф. С.П. Федоров

Самым талантливым учеником И.Ф. Буша был И.В. Буяльский (1789–1866), который как ученый превзошел своего учителя. Из многочисленных работ И.В. Буяльского наибольшей популярностью пользуются «Анатомико-хирургические таблицы, объясняющие производство операций вырезывания и разбивания мочевых камней», вышедшие в свет в 1852 г. В этом капитальном труде отражен весь огромный хирургический опыт И.В. Буяльского в области урологии и обобщены все важнейшие достижения урологии того периода. Среди анатомических работ И.В. Буяльского, имеющих отношение к урологии, следует отметить его известную работу о сосудах



Проф. Б.Н. Хольцов

почек – «Фотографические рисунки вытравленных артерий и вен почек человеческих» (СПб., 1863). Эта работа И.В. Буяльского имела большое значение для развития хирургии почки конца XIX века.

Вклад в отечественную урологию Н.И. Пирогова

Крупный вклад в развитие урологии внес работавший в Петербурге корифей отечественной анатомии и хирургии Н.И. Пирогов (1810–1881). В своих классических трудах он значительное место уделял урологическим заболеваниям. Многие его нововведения и в настоящее время не потеряли своего значения. В частности, предложенный им для перевязки общей подвздошной артерии разрез, получивший его имя, до сих пор применяется для обнажения средней и нижней частей мочеточника. Значительное место в трудах Н.И. Пирогова занимает учение о стриктурах уретры. Он подробно описал происхождение, клиническую картину и лечение стриктур уретры. Для лечения этого страдания он задолго до Альбаррана применил наружную уретротомию с заживлением уретры на «зонде» (т.е. на постоянном катетере). Н.И. Пирогов первым применил отведение мочи при операциях на суженной уретре и указал необходимость систематического бужирования после операций по поводу ее стриктуры. Много внимания Н.И. Пирогов уделял высокому сечению мочевого пузыря, выполняя эту операцию чрезвычайно быстро.

Ценны для нас работы Н.И. Пирогова о туберкулезе половых органов. Он первым отметил связь между легочным и половым туберкулезом и обосновал необходимость радикального оперативного лечения при туберкулезе яичка и придатка. Н.И. Пирогов предложил классификацию фимоза и считал, что лечение этого страдания должно быть только оперативным. Им же разработаны правила вправления парафимоза. В статье «Заметки из наблюдений над острою и хроническою водянкою влагалищной оболочки яичка» Н.И. Пирогов, основываясь на громадном опыте, изложил патогенез, патологическую анатомию, классификацию, клинику и лечение этого заболевания. Н.И. Пирогов дал классическое описание почечной колики и для лечения ее рекомендовал прибегать к опию и «эфирно-паровым клистирам». Также Н.И. Пирогов явился родоначальником военно-полевой урологии.

Выделение урологии из курса хирургии и создание урологического института

Впервые выделение урологии из курса хирургии в России произошло в Петербурге в середине XIX в. Видное место в выделении урологии в самостоятельную дисциплину принадлежит П.П. Заболотскому-Десятовскому (1814–1882). Он первым в России стал читать курс урологии, выделив его из курса хирургии. Многие работы П.П. Заболотского-Десятовского по урологии вошли в золотой фонд отечественной медицины. Самым крупным трудом П.П. Заболотского-Десятовского является его монография «Учение о болезнях яичка, семенного канатика и мошонки» (СПб., 1848), за которую он был удостоен Демидовской премии. В работе с исчерпывающей полнотой изложены все заболевания яичек, семенного канатика и мошонки.

Ближайший ученик П.П. Заболотского-Десятовского, возглавивший кафедру госпитальной хирургии в Медико-хирургической академии, Е.И. Богдановский (1833–1888), подробно изучил мочекаменную болезнь и по поводу камней мочевого пузыря выполнил свыше 4000 операций.

С выделением урологии из хирургии в 90-х гг. XIX столетия в России начинается организация новых урологических отделений и кабинетов. В Петербурге при институте усовершенствования врачей в 1899 г. А.С. Валь открыл урологический кабинет, который позволил обслуживать большое количество урологических больных. Так, за первые 10 лет работы были приняты 18 533 больных и произведено 800 цистоскопий. В 1905 г. по инициативе С.П. Федорова были открыты самостоятельные урологические палаты при госпитальной хирурги-

ческой клинике Военно-медицинской академии, которые возглавлял Н.Ф. Лежнев. В этом же году было открыто урологическое отделение при Обуховской больнице, которым до 1912 г. руководил профессор Г.Ф. Цейдлер. За этот период в отделении были пролечены 3529 больных, а число операций в год в среднем достигало 150. С 1912 г. отделением стал руководить Б.Н. Хольцов. В 1910 г. профессор Петербургского женского медицинского института А.А. Кадьян организовал урологический кабинет при госпитальной хирургической клинике.

В 1908 г. благодаря усилиям профессора С.П. Федорова в Петербурге был создан т.н. Урологический институт с хорошо оборудованной амбулаторией, при котором были открыты платные курсы для врачей с занятиями в вечернее время. С именем С.П. Федорова (1869–1936) связано дальнейшее развитие урологии в Петербурге. Его по праву называют отцом отечественной хирургии почки. С.П. Федоров воспитал целую плеяду талантливых учеников. Из его школы вышли выдающиеся отечественные хирурги и урологи: В.А. Оппель, В.Н. Шевкуненко, В.Н. Шамов, А.В. Смирнов, Н.Н. Еланский, Ф.Н. Лежнев, В.А. Гораш, В.И. Добротворский, Д.П. Кузнецкий, Н.С. Перешивкин, А.А. Чайка, А.И. Васильев и многие другие.

Проф. А.М. Гаспарян

С.П. Федоров разрабатывал многие разделы хирургии и урологии. Он является одним из основоположников хирургии пищевода. Заслуживают внимание работы С.П. Федорова в области нейрохирургии, хирургии желудочно-кишечного тракта, хирургии желчных путей. Глубоко интересовался ученый вопросами обезболивания и переливания крови. Но больше всего сделал С.П. Федоров в области урологии, в частности в области диагностики урологических заболеваний. Он первым в России применил цистоскопию с катетеризацией мочеточников. Для дифференциальной диагностики почечных заболеваний С.П. Федоров предложил метод, названный им экспериментальной почечной коликой.

Первая работа С.П. Федорова в области урологии – «Случай нефролитиазиса с обильным разрастанием лоханочного жира в больной почке» (1893). Это было первое в отечественной литературе наблюдение жирового замещения почки при почечнокаменной болезни. Вслед за первой урологической работой в свет вышел ряд интересных клинических, экспериментальных и анатомических работ С.П. Федорова и его многочисленных учеников, касающихся почек и мочеточников. Итоги этих

Проф. В.Н. Ткачук

работ были подведены в классическом пятитомном труде С.П. Федорова «Хирургия почек и мочеточников» (1923–1925). В этом труде подробно представлены симптоматика, диагностика, показания к оперативному лечению и методика операций при заболеваниях почек и мочеточников. Для удаления камней лоханки С.П. Федоров рекомендовал операцию задней или нижней пиелолитотомии. Большое внимание уделял С.П. Федоров оперативному лечению туберкулеза почек.

Кроме хирургии почек и мочеточников С.П. Федоров много внимания уделял оперативному лечению больных доброкачественной гиперплазии предстательной железы и опухолями мочевого пузыря. В конце 1899 г. впервые в России он выполнил типичную надлобковую аденомэктомию.

С.П. Федоров создал большую школу урологов. Многие из его учеников затем руководили кафедрами и клиниками урологии. Первое научное урологическое общество в России (и третье в мире после французского и немецкого) было организовано по инициативе С.П. Федорова в Петербурге в 1907 г. Поэтому по праву сегодня Санкт-Петербургское общество урологов носит имя своего основателя, 150-летие со дня рождения которого отмечается в этом году.

Развитие урологии в XX веке и деятельность современных урологических клиник

Существенный вклад в развитие урологии в первой половине XX в. внесла откры-

Проф. С.Х. Аль-Шукри

тая в 1901 г. в Петербурге урологическая клиника Института усовершенствования врачей, которую со дня открытия и до 1925 г. возглавлял проф. Н.А. Михайлов (1861–1925). Следует упомянуть руководство по урологии Н.А. Михайлова «Основы диагностики заболеваний мочеполовых органов», вышедшее в 1909 г. После смерти Н.А. Михайлова клинику возглавил проф. В.А. Гораш (1878–1942), а с 1926 г. – проф. Б.Н. Хольцов, широко известный своими трудами по оперативному лечению доброкачественной гиперплазии предстательной железы. После Б.Н. Хольцова эту клинику возглавляли профессора И.Н. Шапиро, М.Н. Жукова, О.Л. Тиктинский, В.А. Александров, А.И. Новиков. В 2011 г. Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования и Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова были объединены в Северо-Западный государственный медицинский университете им. И.И. Мечникова, кафедру урологии в кото-

Проф. Б.К. Комяков

ром возглавляет проф. Б.К. Комяков, являющийся главным специалистом-урологом Санкт-Петербурга.

В 1923 г. была основана кафедра и клиника урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова во главе с проф. С.Н. Лисовской (1876–1951). В дальнейшем с 1951 по 1970 г. кафедрой и клиникой руководил проф. А.М. Гаспарян (1902–1970), с 1970 по 1995 – проф. В.Н. Ткачук, а с 1995 г. и по настоящее время – проф. С.Х. Аль-Шукри, являющийся главным специалистом-урологом Северо-Западного федерального округа РФ. Для научной и практической деятельности сотрудников кафедры урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, известной не только в нашей стране, но и за рубежом, характерно глубокое изучение патогенеза заболеваний мочевых и половых органов, развитие учения о функциональных связях мочеполовой системы с другими системами организма, постоянные поиски и практическое применение новейших методов обследования и лечения больных. С 2011 г. кафедра урологии ПСПбГМУ совместно с Санкт-Петербургским обществом урологов им. С.П. Федорова издает рецензируемый научно-практический журнал для врачей «Урологические ведомости», входящий с 2017 г. в перечень изданий, рекомендованных ВАК для публикации результатов диссертационных исследований. Главным редактором журнала является заслуженный деятель науки Российской Федерации, профессор В.Н. Ткачук, с 1972 г. возглавляющий Санкт-Петербургское общество урологов.

В Военно-медицинской академии в 1922 г. из госпитальной хирургической клиники профессора С.П. Федорова был выделен самостоятельный курс урологии под руководством профессоров А.В. Смирнова и А.И. Васильева, а в 1942 г. была организована кафедра урологии, которую возглавляли А.И. Васильев, Г.С. Гребенщиков, И.П. Шевцов, С.Б. Петров, А.Ю. Шестаев. В клинике успешно разрабатывались особенности лечебной тактики в военной урологии, патогенез и лечение больных уролитиазом, раком предстательной железы и многих других урологических болезней. В настоящее время кафедру урологии Военно-медицинской академии возглавляет проф. В.В. Протощак.

Развитие детской урологии, возникшей на стыке взрослой урологии и детской хирургии, неразрывно связано с Санкт-Петербургским педиатрическим медицинским университетом и именами А.Я. Духанова, Е.А. Остропольской, Г.А. Баирова, И.Б. Осипова. В 1968 г. под редакцией А.Я. Духанова вышло первое в нашей стране руководство по детской урологии – «Урология детского возраста». В 2002 г. после слияния курсов детской и взрослой урологии была основана кафедра урологии, которую возглавляет проф. И.Б. Осипов.

Важный вклад в подготовку урологов в Санкт-Петербурге вносят курс урологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета (зав. – проф. А.И. Горелов) и недавно созданная кафедра урологии и роботической хирургии Национального медицинского исследовательского центра им. В.А. Алмазова (зав. – проф. М.С. Мосоян).

Урологические отделения открыты во многих федеральных и городских лечебных учреждениях Санкт-Петербурга, таких как Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад.

Проф. И.Б. Осипов

А.М. Гранова, Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии и др.

В настоящее время урология в Санкт-Петербурге находится на подъеме, разрабатываются и успешно внедряются новые методы диагностики и лечения урологических заболеваний, а научные достижения петербургских урологов известны далеко за пределами нашей страны.

Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор В.Н. Ткачук

teva

ЖИЗНЬ ДАЁТ ПОВОДЫ
ДЛЯ СТРЕССА.
ВЫ ДАЁТЕ
ПОВОД ДЛЯ СЧАСТЬЯ

ДИНАМИКО
ЛОНГ

ТАДАЛАФИЛ 5 МГ, 20 МГ

СЕКСУАЛЬНУЮ ЖИЗНЬ МОЖНО ИГНОРИРОВАТЬ ИЛИ ПРОЛОНГИРОВАТЬ.

Сокращенная информация по применению лекарственного препарата. Регистрационный номер: ЛП-003558. Торговое наименование: Динамико Лонг. Международное непатентованное наименование: тадалафил. Активные действующие вещества: тадалафил. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Показания к применению: эректильная дисфункция (ЭД); симптомы нижних мочевых путей (СНМП) у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) (для дозировки 5 мг); ЭД у пациентов с СНМП на фоне ДГПЖ. Способ применения и дозы: для приема внутрь. Применение по показанию ЭД: для пациентов с частой сексуальной активностью (>2 раз в неделю): рекомендованная частота приема — ежедневно, один раз в сутки 5 мг, в одно и то же время, вне зависимости от времени приёма пищи. Суточная доза может быть снижена до 2,5 мг. Для пациентов с нечастой сексуальной активностью (<2 раз в неделю): рекомендованная доза — 10 мг перед предполагаемой сексуальной активностью, независимо от приема пищи, как минимум за 16 минут до предполагаемой сексуальной активности. Рекомендованная максимальная суточная доза — 20 мг. Максимальная рекомендованная частота приёма — 1 раз в сутки. Применение по показанию СНМП у пациентов с ДГПЖ / ЭД у пациентов с СНМП на фоне ДГПЖ: рекомендуемая доза при ежедневном применении один раз в сутки — 5 мг; препарат следует принимать приблизительно в одно и то же время дня, независимо от времени сексуальной активности. Полную информацию см. в инструкции по применению. Противопоказания: повышенная чувствительность к тадалафилу или к любому компоненту препарата; прием препаратов, содержащих любые органические нитраты; возраст до 18 лет; противопоказания к сексуальной активности у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы: инфаркт миокарда, нестабиль- ная стенокардия или возникновение приступа стенокардии во время полового акта, хроническая сердечная недостаточность, неконтролируемые аритмии, артериальная гипотензия, неконтролируемая артериальная гипертензия, ишемический инсульт; потеря зрения вследствие развития неартериитной передней ишемической оптической нейропатии; одновременное применение с доксазозином, с другими ингибиторами ФДЭ-5, с другими вариантами терапии ЭД, со стимуляторами гуанилатциклазы; применение у пациентов с тяжелой почечной недостаточностью; дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. Полную информацию см. в инструкции по применению. Побочное действие: головная боль; «приливы» крови к лицу; заложенность носа; диспепсия; боль в спине, миалгия, боль в конечностях. Полную информацию см. в инструкции по применению. С осторожностью: пациентам с тяжелой печеночной недостаточностью, принимающим альфа1-адреноблокаторы, с предрасположенностью к приапизму; при одновременном приеме с ингибиторами изофермента CYP3A4. Полную информацию см. в инструкции по применению. Срок годности: 2 года. Условия отпуска: по рецепту. Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.
Отпускается по рецепту. Предназначено для информирования специалистов здравоохранения. Не предназначено для демонстрации пациентам.

ООО «Тева» Россия, 115054, г. Москва, ул. Валовая, д. 35
тел.: +7 (495) 644 22 34, факс: +7 (495) 644 22 35
www.teva.ru
DYNL-RU-00107-DOK-PHARM

РЕКЛАМА