стр. 4
Альфа1-адреноблокаторы в современной урологии: какие выбрать?

стр. 12
Комбинированная терапия расстройств мочеиспускания после операций на предстательной железе

стр. 18
Ятрогенные стриктуры уретры у мужчин: диагностика и методы лечения

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

№ 4 ДЕКАБРЬ 2019 г.

В НОМЕРЕ

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА
Энтомотерапия – новый тренд в урологии
стр. 6

АНДРОЛОГИЯ
Оперативное лечение болезни Пейрони: отсроченные результаты
стр. 8

ПРАКТИКА
Рецидивирующие инфекционно-воспалительные заболевания мочевыводящих путей у женщин: современные подходы
стр. 9

АКТУАЛЬНО
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы и острая задержка мочеиспускания
стр. 10

ДЕТСКАЯ УРОЛОГИЯ
Новый подход к лечению детей с синдромом неполного опорожнения мочевого пузыря
стр. 13

НОВОЕ В УРОЛОГИИ
Теломеразы в диагностике рака мочевого пузыря
стр. 16

Уважаемые коллеги, друзья!

Поздравляю с Новым 2020 годом!

Желаю здоровья, удачи, процветания, семейного благополучия, достатка, прекрасного настроения и воплощения в жизнь всех ваших планов. Пусть новый год будет мирным, полным приятных событий, наполненным атмосферой счастья, радости и гармонии. Желаю радостных и плодотворных встреч с друзьями и коллегами, творческих успехов и научных открытий!

Прошедший 2019 год стал плодотворным для отечественной урологии. Одним из значимых событий ноября стали выборы членов Российской академии наук (РАН), в процессе которых отечественная урологическая школа существенно пополнила ее ряды. Весомый вклад в медицинскую науку наших коллег был оценен по достоинству. Звание академика РАН присвоено профессору Дмитрию Юрьевичу Пушкарю. Звание члена-корреспондента РАН присвоено профессору Андрею Александровичу Костину.

Поздравляем коллег с высокой оценкой их работы и желаем крепкого здоровья, новых успехов в работе и творчестве, дальнейших открытий на благо отечественной урологии!

В минувшем году мы торжественно отметили 95-летие со дня рождения нашего великого учителя, Героя социалистического труда, академика медицинских наук СССР и РАМН Николая Алексеевича Лопаткина. Мы знаем, насколько велик вклад Николая Алексеевича в мировую и отечественную урологию: благодаря ему в России было создано несколько институтов урологии и 35 урологических кафедр, сотни профессиональных отделений, которые сегодня возглавляют многие ученики Н.А. Лопаткина.

Я и мои коллеги приглашаем принять участие в традиционном мероприятии «Лопаткинские чтения» не только урологов, но и врачей смежных специальностей. Ведь Николай Алексеевич передал свой огромный научный, педагогический, организаторский и жизненный опыт не только урологам, об этом эрудированном, талантливом и чутком человеке и его работе по сей день с благодарностью вспоминает все медицинское сообщество. «Лопаткинские чтения» проводятся уже на протяжении 6 лет. И в нынешнем году мы проводим это мероприятие в стенах клиники Московского государственного университета 18 февраля – в день рождения великого соотечественника.

Помимо лекций ведущих экспертов по урологии и андрологии, смежным специальностям и пленарных сессий по наиболее важным аспектам нашей профессии, мы как обычно будем вести прямую трансляцию из операционных: наши ведущие хирурги-урологи в режиме «живой хирургии» поделятся своим опытом выполнения самых сложных операций с теми, кто постоянно стремится к самосовершенствованию и желает постичь все тонкости нашей непростой профессии.

И, конечно, на нашем мероприятии мы снова вспомним о самых важных словах Николая Алексеевича Лопаткина: «Кто может принести наибольшее добро человеку? Это врач – помощник Бога на земле...»

До встречи на «Лопаткинских чтениях»!

Президент МОО «Мужское и репродуктивное здоровье», главный редактор, академик РАН, д.м.н., профессор 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 26 декабря 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.

БОРОТЬСЯ С БОЛЬЮ БЕЗ РАЗРЕЗА

В уходящем году Центр эндоурологии, работающий на базе Клинической больницы Святителя Луки в Санкт-Петербурге, отметил свой первый 10-летний юбилей, ознаменовав это событие конференцией, которая состоялась 25–26 октября 2019 г. Научная программа форума содержала актуальные вопросы урологии с включением операций в режиме «живой хирургии» в случаях стандартного оперативного лечения и при борьбе с осложнениями. Опыт Санкт-Петербургских врачей привлек внимание не только российских, но и зарубежных врачей: в конференции приняли участие 600 специалистов, которые захотели воочию увидеть, как возможности мирового прогресса сегодня используются в России. В перерывах между сессиями каждый из участников имел возможность потренировать свои навыки на лапароскопическом тренажере, который был установлен в фойе здания, где проходила конференция.

Главный врач СПб ГБУЗ Клиническая больница Святителя Луки, руководитель Городского Центра эндоскопической урологии и новых технологий, доктор медицинских наук, врач-уролог высшей категории **Сергей Валерьевич Попов** рассказал «Московскому урологу» об истории знаменитой клиники, о том, как на ее базе появился эндоурологический Центр и чем он живет сегодня.

– Сергей Валерьевич, расскажите, пожалуйста, об истории вашей клиники.

– История больницы Святителя Луки в Санкт-Петербурге ведет свою историю еще с царских времен, а именно – с 1915 г., когда при заводе Российского акционерного общества оптического и механического производства были организованы приемный покой, аптека и перевязочная. Штат приемного покоя состоял из врача, двух фельдшеров, одной помощницы провизора и одной прислуги. Кроме того, для больных, нуждавшихся в стационарном лечении, завод арендовал одну кровать в общине сестер милосердия «Святой Георгий».

В 1934 г. на базе травматологического пункта была создана амбулатория, штат которой два года спустя был расширен до двадцати врачей и сорока двух человек среднего медицинского персонала.

Однако мы, современные врачи, начали отсчет времени существования нашей больницы с 1937 г., когда здесь была создана Медико-санитарная часть «Дворец здоровья», на территории которого разместились поликлиника и стационар на 120 коек: 38 – хирургических и 82 – терапевтических.

Сегодня Клиническая больница Святителя Луки – это многопрофильный 307-коечный стационар, ориентированный на оказание специализированной, в т.ч. высокотехнологичной медицинской помощи по хирургическому, урологическому, гинекологическому, отоларингологическому, а также онкологическому профилям. 24 июня 2009 г. на базе отделения урологии СПб ГБУЗ Клиническая больница Святителя Луки организован Городской Центр эндоскопической урологии и новых технологий, где оказывают высококвалифицированную помощь лицам с урологической патологией как в плановом, так и в экстренном режимах.

Если вы когда-нибудь окажетесь в нашей больнице, то увидите многочисленные исторические фотографии, размещенные на стенах учреждения. Они позволяют ощутить глубину пропасти между медициной «вчера» и «сегодня».

– Каковы основные этапы создания и развития Центра? Насколько было оправдано его создание в Санкт-Петербурге?

– Безусловно, оправдано, ведь мы живем в XXI веке. В веке, где технический прогресс шагает вперед семимильными шагами и где современная хирургическая помощь с каждым днем становится все более высокотехнологичной. И урология не является исключением. А поскольку такой центр был требованием времени, мы его создали.

За 10-летний период здесь были созданы два отделения, где выполняют оперативные эндоскопические и лапароскопические операции более чем у 5 тыс. пациентов в год. А ведь еще 12 лет назад мы мечтали о том, чтобы выполнять хотя бы 20 ежегодных операций. Инновационное оборудование, высококвалифицированные специалисты и индивидуальный подход помогают нам осуществлять эффективное лечение у пациентов с мочекаменной болезнью, уроонкологическими и иными урологическими заболеваниями. На базе Центра организовано множество школ и курсов повышения квалификации для врачей Санкт-Петербурга и других регионов. А наши сотрудники регулярно выступают на российских и международных урологических конференциях и выезжают с мастер-классами в другие регионы страны. При этом Центр является базой кафедр Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова и Государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова в Санкт-Петербурге и сотрудничает с аккредитованной Академией медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева.

Оперирует руководитель Центра, д.м.н. Сергей Валерьевич Попов

– Что можно сказать об основных направлениях работы Центра и его основных достижениях?

– Основные направления работы Центра – это лечение больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы, мочекаменной болезнью, онкологическими, а также андрологическими заболеваниями. Мы выполняем лечение с применением малоинвазивных вмешательств, что позволяет существенно снизить время пребывания пациентов в стационаре и заметно сократить у них восстановительный период. Основное достижение врачей Центра – лечение боли без разреза, так что наши пациенты давно забыли о пугающем слове «скальпель».

– Каков контингент больных, которым оказывается высокотехнологичная медицинская помощь в Центре?

– Наличие высокотехнологичного оборудования в руках лучших российских врачей в нашем Центре вовсе не означает, что клиника рассчитана исключительно на лечение «элитных слоев населения». Мы оказываем высокотехнологичную медицинскую помощь как в рамках ОМС и по федеральным, и городским квотам, так и на платной (хозрасчетной) основе. Соответственно, отвечая на Ваш вопрос, контингент может быть совершенно любой – от студентов до пенсионеров.

– Расскажите, пожалуйста, о возможностях, которые имеются в арсенале урологов Центра по оказанию плановой и экстренной высококвалифицированной медицинской помощи больным урологическими заболеваниями

В Центре проводят высокотехнологичные вмешательства – лапароскопические монопор-

товые операции, выполняемые через доступ LESS. Среди них – нефрэктомия, резекция почки, аденомэктомия, радикальная простатэктомия. Пациентам доступны все виды современного оперативного лечения мочекаменной болезни, включая RIRS (гибкая пиелолитотрипсия), микро- и миниперкутанную нефролитотрипсию, дистанционную ударно-волновую литотрипсию. Наши специалисты выполняют также фаллопротезирование, петлевую пластику урет-ры с использованием сетчатого эндопротеза при стрессовом недержании мочи у мужчин и женщин, а также другие виды высокотехнологичных операций. Все пациенты проходят исследования на компьютерном томографе и ультразвуковых аппаратах последнего поколения. Ключевой особенностью Центра является выполнение эндовидеохирургических операций с использованием 3D и 4K-визуализации, а для открытых вмешательств используется операционный микроскоп.

– Какова нозологическая характеристика и доля андрологических больных, которым оказывается помощь в Центре?

– Среди больных андрологического профиля, которые составляют 20% от всех пациентов, основная доля приходится на лиц с заболеваниями наружных половых органов. Наши специалисты выполняют различные реконструктивно-пластические операции на мочеиспускательном канале. Особый интерес для Центра представляют фаллопротезирование и эндоваскулярные методы лечения нарушения эрекции.

– Известно, что сотрудники Центра ведут большую образовательную деятельность по обучению врачей-урологов. Расскажите об этом направлении работы Центра. Насколько оно востребовано не только на региональном уровне, но и в масштабах страны?

– На базе Городского Центра эндоскопической урологии и новых технологий функционирует учебный центр эндоскопической и лапароскопической урологии, организованный совместно с компанией «OLYMPUS». На обучающие циклы по эндоскопической и лапароскопической урологии к нам приезжают врачи-урологи из разных городов России и СНГ. Так что это востребовано не только в масштабах страны, но и в международном масштабе.

Если говорить об этом более подробно, то на базе нашей клиники мы проводим не только теоретические исследования, но и те, которые могут быть интересны специалистам-практикам. Не случайно к нам все чаще стали обращаться врачи из региональных клиник с просьбами посетить наш Центр для обогащения опытом. В 2013 г. мы впервые провели цикл эндокскопических операций в режиме 3D, пригласив сюда наших коллег из других городов России. Именно тогда они впервые увидели, как работает это новейшее оборудование. Формат тренинга, который проводился

Ответы на вопросы журналистов

Операционная Центра

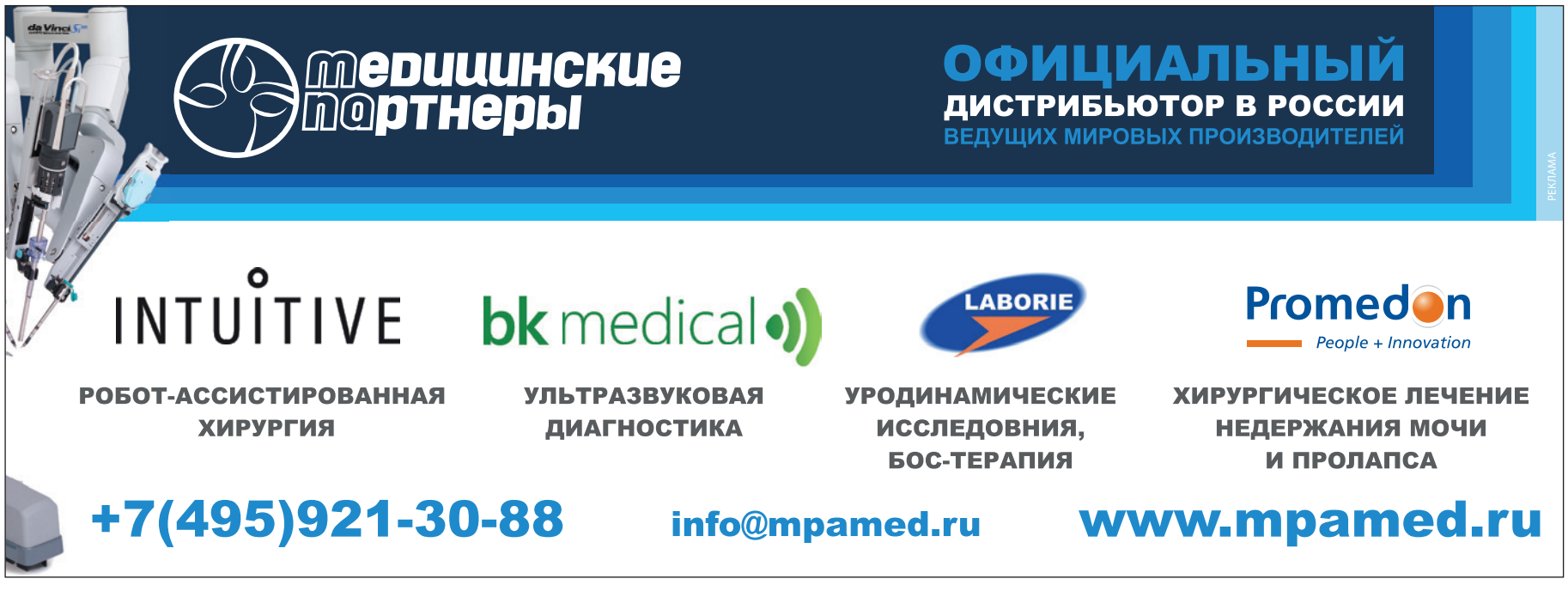
в режиме мастер-классов, подразумевал участие малого числа специалистов, и каждому из них было уделено внимание. Наш образовательный курс состоял из двух частей – теоретической и практической. В первой мы посвящали коллег в базисную часть нашей профессиональной деятельности – анатомию и клинические аспекты использования оборудования. Во второй части основой образования была «живая хирургия», где урологи наблюдали, как выполняется лапароскопическая радикальная простатэктомия с лимфодиссекцией, лапароскопическая нефрэктомия, лапароскопическая резекция почки и прочие операции в режимах 2D, 3D, 4K. Участники этих тренингов, конечно, не были «врачами с нуля», а имели представление о принципах эндоскопической хирургии. При этом им было необходимо получить дополнительный опыт и знания о «тонких» нюансах хирургии. Такую возможность они получили благодаря тому, что могли находиться в операционной во время выполнения вмешательств и задавать любые профессиональные вопросы не только хирургам и его ассистентам, но также операционным медсестрам и анестезиологам.

С 2013 г. эти тренинги превратились в собственный проект Центра «Азбука хирургии», который сегодня успешно работает в стенах нашего учреждения. Обучение в рамках проекта может пройти любой желающий специалист, у которого назрела необходимость прослушать лекции и поучаствовать в тренингах и мастер-классах. Подобные тренинги мы проводим 2–3 раза в год и в клинике, и в учебном центре. Так что наши двери всегда открыты не только для пациентов, но и для врачей.

Также следует отметить, что специалисты Центра проводят выездные мастер-классы, причем не только на территории России, но и в странах СНГ. Только в 2019 г. наши врачи провели более 40 таких выездных мероприятий, в ходе которых происходило обучение врачей нюансам работы на высокотехнологическом оборудовании. Ежегодно нашу клинику посещают с целью стажировки сотни врачей из разных концов страны и ближнего зарубежья.

– Сергей Валерьевич, скажите несколько слов о перспективах дальнейшего развития Центра

– Основным направлением развития Центра является введение в эксплуатацию интеграционных операционных, находящихся на пятом этаже клиники: это уникальные высокотехнологичные операционные, позволяющие повысить качество оказания медицинской помощи по нескольким параметрам. В первую очередь сюда входит параметр обеспечения безопасности пациентов, для реализации которого осуществляется оперативное получение результатов КТ, МРТ, лабораторных данных о состоянии пациента, а также информации из архива, оптимизация работы операционной бригады. Кроме этого мы используем и бизнес-планирование, и анализ тайминга работы операционного блока: постоянный контроль длительности оперативных вмешательств, типа и состояния используемого оборудования, инструментария, обеспечение оптимальной логистики и загруженности операционных и реанимации. Ведь телемедицина с полным набором функций позволит проводить удаленные консультации в режиме *on-line*, осуществлять контроль текущего выполнения оперативного вмешательства, выполнять персонифицированный анализ возникающих осложнений, реализовывать обучающие программы. С целью комплексного подхода к оперативному лечению различных урологических заболеваний планируется запуск гибридной ангиографической операционной. А если говорить о перспективах нашей работы в целом, то наши врачи каждый день совершенствуются не только в профессиональном отношении, но и в духовном. Ведь мы работаем не просто в клинике, а в больнице под покровительством Святителя Луки – профессора медицины, врача, священника и философа.



Альфа$_1$-адреноблокаторы в современной урологии: какие выбрать?

На одном из симпозиумов состоявшегося в Ростове Конгресса РОУ ведущие российские эксперты обсудили самые сложные вопросы урологической практики. «Можем лучше» , так звучал слоган, который заведующий кафедрой урологии МГМСУ, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, Главный уролог МЗ РФ и ДЗМ **Дмитрий Юрьевич Пушкарь** предложил взять за основу дискуссии.

Чем лечить, если необходимо уменьшить симптомы обструкции при доброкачественной гиперплазии предстательной железы?

«Сегодня развиваться в медицине можно лишь в одну сторону – говоря правду. Поскольку грядущие клинические рекомендации вскоре будут носить законодательный характер, это станет серьезным ударом по тем фармакологическим компаниям, которые производят препараты, не имеющие серьезной доказательной базы», – этими словами профессор Д.Ю. Пушкарь открыл дискуссию экспертов.

Директор НИИ урологии и нефрологии Ростовского ГМУ, президент Ассоциации урологов Дона, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ **Михаил Иосифович Коган** предложил коллегам ответить на вопрос о том, чем лечить пациента, которого беспокоят симптомы обструкции при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). В своем докладе он привел статистические данные одного из исследований: 30% пожилых мужчин имеют, по меньшей мере, одно падение в ночное время суток, при этом 25% падений у мужчин происходят именно ночью и 20% этих падений сопровождается переломом бедра. Это исследование анализирует случаи переломов бедра у 363 мужчин, 68 из которых упали ночью, когда шли в туалет для микции. Однако всего 11 из этих мужчин был поставлен диагноз ДГПЖ и только 4 получали терапию по поводу симптомов нарушения функции нижних мочевыводящих путей (СНМП). «Анализируя эти данные, можно сделать несколько важных выводов, – отметил докладчик. – У мужчин недовыявляется ноктурия, у них существует низкая приверженность терапии по поводу СНМП. А нелечение пациентов с СНМП ведет к значительному риску переломов бедра. Поэтому мы обязаны четко заявить мужчине с СНМП о том, что ему необходима терапия, поскольку его состояние ведет к риску перелома бедра».

Далее Михаил Иосифович привел несколько вариантов исследований, касающихся приема препаратов – α$_1$-адреноблокаторов. Одна из этих работ была проведена в Японии: исследователи разделили пациентов на 2 группы – с объемом предстательной железы (ПЖ) меньше 40 см^3 и более. Состояние этих мужчин мониторировали сначала через 3 месяца, затем через 2 года. «В результате 3-месячного наблюдения были сделаны следующие выводы: у мужчин с малым объемом ПЖ улучшение показателей по шкале IPSS произошло в 40% случаев, индекс инфравезикальной обструкции уменьшился в 41% случаев, детрузорная гиперактивность снизилась в 48% случаев. У мужчин с большим объемом ПЖ все эти показатели были примерно на 10 баллов ниже, – сообщил докладчик. – То есть при «большой» ПЖ α$_1$-адреноблокатор проявил себя несколько слабее. Выводы после двухгодичного наблюдения: у мужчин с «малой» ПЖ все показатели улучшились, у мужчин с «большой» ПЖ, напротив, ухудшились. Перестали принимать препарат 8% мужчин из первой группы и 20% из второй. Причинами отмены были названы недостаточное увеличение скорости мочеиспускания, отсутствие эффекта при уродинамическом исследовании, у пациентов с протрузией ПЖ в мочевой пузырь эффект от лечения также был низким».

В другой работе, приведенной в качестве примера профессором М.И. Коганом, было показано, что α$_1$-адреноблокатор значительно уменьшает симптомы обструкции, поэтому на фоне приема препарата все обследуемые больные либо отказались от оперативного вмешательства, либо решили его отсрочить.

Говоря о других возможностях уменьшения симптомов обструкции, профессор М.И. Коган напомнил коллегам об уродинамическом эффекте антимускариновых препаратов, которые не влияют на симптомы обструкции, а только снижают контрактильность мочевого пузыря. Поэтому, по его мнению, данные препараты не следует назначать, когда у пациента доминируют обструктивные симптомы. У ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5) также нет влияния на симптомы обструкции.

Одно из исследований, приведенное докладчиком, имело целью показать зависимость фармакологического эффекта от скорости потока мочи при применении α$_1$-адреноблокаторов, ингибиторов 5α-редуктазы, ингибиторов ФДЭ-5 и фитопрепаратов у мужчин с СНМП: только применение α$_1$-адреноблокаторов привело к значительному улучшению всех уродинамических параметров. «При этом эффект α$_1$-адреноблокаторов на обструкцию зависит от ее изначальной выраженности, – подчеркнул докладчик. – То есть α$_1$-адреноблокаторы улучшают проходимость уретры у мужчин с обструкцией».

«Среди лекарств, используемых для улучшения СНМП, только ингибиторы 5α-редуктазы и α$_1$-адреноблокаторы снижают обструкцию, причем α$_1$-адреноблокаторы действуют на обструкцию максимально эффективно вне зависимости от длительности лечения и объема ПЖ. Правда, некоторые исследования все же показывают, что чем меньше объем ПЖ, тем больше эффективность воздействия α$_1$-адреноблокатора. Препараты α$_1$-адреноблокаторов в основном улучшают (уменьшают) детрузорное давление в процессе мочеиспускания, потенциально защищая почки и мочевой пузырь от последствий обструкции», – резюмировал профессор М.И. Коган.

Новые исследования: насколько похожи препараты α$_1$-адреноблокаторов?

Профессор кафедры урологии, д.м.н., заведующий отделением урологии №4 ГКБ №50 **Павел Ильич Раснер** привел подборку самых последних исследований, проведенных в области урологии в отношении α$_1$-адреноблокаторов.

Одно из открытых проспективных мультицентровых исследований, в котором приняли участие 118 пациентов, проходило на протяжении 12 недель и касалось проблемы ноктурии, при этом критерием эффективности было число эпизодов ноктурии. Исследователи сконцентрировались на одном вопросе: каким образом α$_1$-адреноблокаторы влияют на частоту ночного мочеиспускания? При этом профессор П.И. Раснер отметил, что α$_1$-адреноблокаторы –это не единственные и недостаточные препараты для того, чтобы полностью закрыть проблему ноктурии у урологических пациентов.

Тем не менее, по результатам исследования, на фоне приема α$_1$-адреноблокаторов ноктурия регрессировала: у 65% пациентов ноктурия уменьшилась на 25%, у 63% пациентов симптомы болезни, оцененные по шкале IPSS, также уменьшились на 25%, причем индексы опорожнения и накопления претерпели примерно равные изменения (–3,5 балла). «Таким образом, удалось выяснить, что α$_1$-адреноблокатор способен влиять как на симптомы фазы накопления, так и фазы опорожнения», – отметил профессор П.И. Раснер.

В следующей работе, которую упомянул Павел Ильич, речь шла о применении α$_1$-адреноблокаторов у пациентов с конкрементами мочеточника. «Мы привыкли считать, что α$_1$-адреноблокаторы используются в комплексной терапии пациентов с камнями мочеточника. На эту тему было проведено исследование, в котором приняли участие 1824 пациента с конкрементами мочеточника менее 10 мм, где сравнивалась эффективность применения двух α$_1$-адреноблокаторов. При этом один из них, обладающий уроселективным действием, показал более высокие результаты по вероятности и времени «отхождения конкремента», а также по меньшей выраженности болевого симптома на фоне терапии», – отметил профессор П.И. Раснер.

Говоря о решении проблемы гиперактивности мочевого пузыря (ГМП), докладчик также привел результаты исследования эффективности применения α$_1$-адреноблокатора: 120 пациентов с ГМП получали α$_1$-адреноблокатор на протяжении 12 недель в комбинации с М-холинолитиком и селективным агонистом β$_3$-адренорецепторов. Эффективность ока-

залась несколько большей в комбинации α1-адреноблокатора с М-холинолитиком, а безопасность, наоборот: комбинация с М-холинолитиком заставила 7% пациентов выйти из исследования по причине побочных эффектов (3% пациентов выбыли при применении комбинации с селективным агонистом β3-адренорецепторов).

Подводя итог сказанному, профессор П.И. Раснер сообщил: «Да, действие всех α1-адреноблокаторов, действительно, обладает похожим эффектом, но все же существуют определенные различия и потенциальные возможности применения одного из них в конкретной ситуации, когда другой оказался недостаточно эффективным».

> «...»
>
> ***Действие всех α1-адреноблокаторов, действительно, обладает похожим эффектом, но все же существуют определенные различия и потенциальные возможности применения одного из них в конкретной ситуации, когда другой оказался недостаточно эффективным***

ДГПЖ и коморбидность: пути решения проблемы

Заведующий отделением урологии Российского геронтологического научно-клинического центра, д.м.н., профессор, врач-уролог, врач-онколог **Григорий Георгиевич Кривобородов** отметил, что процессы старения организма человека являются основным условием развития коморбидности. Среди возраст-ассоциированных заболеваний им были названы болезни сердца и сосудов, остеопороз, остеоартрит, сахарный диабет, рак (яичников у женщин и рак ПЖ у мужчин), нейродегенеративные заболевания (болезни Альцгеймера и Паркинсона), а также наличие СНМП. «Эти факты тем более важны, если учесть, что к 2031 г. мы ожидаем прироста населения с продолжительностью жизни более 85 лет», – сообщил докладчик.

Говоря о безопасности назначаемых пожилым пациентам препаратов, профессор Г.Г. Кривобородов отметил, что основным недостатком α1-адреноблокаторов является профиль их побочных эффектов: в частности их способность к расширению кровеносных сосудов, что вызывает головокружение, постуральную гипотензию и обмороки. В связи с этим он привел данные мета-анализа 29 рандомизированных клинических исследований, целью которых была оценка эффективности и безопасности применения α1-адреноблокаторов в лечении пациентов с ДГПЖ. Результаты мета-анализа показали, что применение неуроселективных α1-адреноблокаторов статистически достоверно повышает риск развития побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы. Только уроселективные препараты не имеют этих побочных эффектов. Это особенно важно, если учесть, что ежегодно в РФ от сердечно-сосудистых заболеваний умирают около 1 млн человек, при этом от инфаркта миокарда ежечасно умирают 7 россиян. Определенную роль в этом играет применение неуроселективных препаратов. Данный факт подтверждает одно из исследований, которое было прекращено через три года после лечения пациентов с ДГПЖ и артериальной гипертензией неуроселективным α1-адреноблокатором. Работа была прекращена в связи с превышением (по сравнению с диуретиком) следующих показателей: на 25% – случаев «комбинированного» кардиоваскулярного заболевания (коронарная смерть, нефатальный инфаркт миокарда, реваскуляризация, госпитализация по поводу стенокардии), в 2 раза – случаев сердечно-сосудистой недостаточности, на 20% – относительного риска инсульта, на 15% – случаев стенокардии. Таким образом, был сделан вывод о том, что лечение пациентов с ДГПЖ и артериальной гипертензией одним препаратом невозможно. При этом α1-адреноблокаторы являются малопривлекательными в превентивной кардиологии».

Однако, по словам докладчика, современные уроселективные препараты имеют длительное действие и отсутствие риска побочных эффектов: это показало исследование, которое длилось более 6 лет (в нем приняли участие мужчины старше 71 года). Другое исследование, которое длилось 72 месяца, показало, что у пациентов, принимавших тот же уроселективный α1-адреноблокатор в качестве монотерапии, сумма баллов по шкале IPSS уменьшилась через месяц приема и оставалась стабильной на протяжении всего курса терапии. У них значимо увеличилась скорость потока мочи, а объем остаточной мочи уменьшился.

«Думая над тем, какой α1-адреноблокатор выбрать, урологу стоит помнить, что следует предпочесть именно уроселективный препарат. Возможно, в ближайшее время мы будем назначать эти препараты пациентам пожилого и старческого возраста только после консультации с кардиологом и мультидисциплинарной бригадой, потому что выбор правильного α1-адреноблокатора является ключевым моментом в поддержании качества их жизни, в т.ч. хорошего опорожнения мочевого пузыря», – резюмировал профессор Г.Г. Кривобородов.

Выбор α1-адреноблокатора при лечении пациентов с СНМП: клиническое наблюдение

Заведующий кафедрой урологии и андрологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор **Сергей Владиславович Котов** привел одно из собственных клинических наблюдений , чтобы дать ответ на вопрос о выборе α1-адреноблокатора в конкретной ситуации.

В клиническом наблюдении речь шла о пациенте 68 лет с избыточной массой тела. Поводом для обращения к урологу у мужчины стала острая задержка мочеиспускания после употребления алкоголя. В анамнезе пациента были жалобы на постепенное ослабление струи мочи, ноктурию до 3 раз за ночь в течение 4 лет, учащенное мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Среди сопутствующих заболеваний были названы артериальная гипертензия, компенсированный сахарный диабет, наследственность у него также была отягощена сердечно-сосудистыми заболеваниями у родителей. Докладчик сообщил, что при УЗИ объем мочевого пузыря пациента составлял 604 мл, расширения чашечно-лоханочной системы не наблюдалось. Объем ПЖ – 86 см^3, ПЖ увеличена без очагов уплотнения.

Говоря о том, какой α1-адреноблокатор выбрать для лечения (с целью восстановления нормального мочеиспускания и снижения риска его повторной острой задержки) в такой ситуации, профессор С.В. Котов привел данные сравнительного анализа разных α1-адреноблокаторов, где уроселективные препараты показали бóльшую эффективность в отношении способности к самостоятельному мочеиспусканию после удаления катетера и при уменьшении числа случаев повторной острой задержки мочеиспускания. При этом у пациента не наблюдалось побочных эффектов от проводимой терапии. Пациенту был назначен именно уроселективный α1-адреноблокатор в сочетании с нестероидным противовоспалительным средством, а уретральный катетер был удален на третьи сутки. При контрольном УЗИ количество остаточной мочи составило 86 мл.

Далее пациент был выписан из клиники под амбулаторное наблюдение уролога поликлиники с рекомендацией принимать уроселективный α1-адреноблокатор с регулярным прохождением контрольных обследований. «Мы назначили пациенту именно уроселективный α1-адреноблокатор, поскольку знаем, что он способен устранить одновременно все беспокоящие пациента симптомы – учащенное мочеиспускание, в т.ч. ночью, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. После терапии уроселективным α1-адреноблокатором по 8 мг/сут через 6 месяцев у пациента объективно наступило улучшение: скорость потока мочи составила 14,9 мл/с, объем микции – 185 мл, объем остаточной мочи – 80 мл. В целом пациент остался доволен результатами лечения и качеством жизни после терапии», – подвел итоги профессор С.В. Котов.

Энтомотерапия – новый тренд в урологии

В рамках прошедшего в сентябре Конгресса Российского общества урологов состоялся сателлитный симпозиум компании Биотехнос, в ходе которого ведущие отечественные специалисты обсудили такое направление современной медицины, как энтомотерапия и возможности использования энтомологических лекарственных препаратов в терапии больных заболеваниями предстательной железы. «Мы жаждем новых идей в сфере лечения пациентов с гиперплазией предстательной железы, хроническим простатитом и эректильной дисфункцией», – так прокомментировал выбор информационного повода для данного симпозиума 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.**

Справа налево: председатель - академик РАН А.А. Камалов, докладчики – проф. А.З. Винаров, доц. И.В. Думбравяну, проф. А.В. Зайцев

Мужское здоровье и энтомологические лекарственные препараты

В начале своего доклада академик РАН **Армаис Альбертович Камалов** напомнил аудитории о неумолимых цифрах статистики: «В мире один из четырех мужчин от 40 до 80 лет страдает доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), сопровождаемой симптомами нарушения функций нижних мочевыводящих путей (СНМП) и около 8,2% всей мужской популяции переживают проблемы, связанные с хроническим простатитом (ХП)».

Говоря о принципах эффективной терапии больных самыми разными заболеваниями, Армаис Альбертович подчеркнул, что пациенты часто предпочитают именно биологические препараты. Этот факт позволяет врачу достичь большей приверженности лечению и, как следствие, большего эффекта от терапии. «Биологические препараты являются трендом последних десятилетий, – отметил он. – К примеру, в США 25% назначаемых средств лечения представлены препаратами биологического происхождения».

Докладчик напомнил о преимуществах биологических препаратов: «Они служат альтернативой препаратам химического синтеза, терапевтический эффект достигается малым количеством активного компонента, число побочных эффектов сведено к минимуму, при этом отмечается низкий потенциал лекарственных взаимодействий и отсутствие резистентности в случае применения биологических антибактериальных препаратов».

Далее профессор А.А. Камалов рассказал о современных энтомологических лекарственных средствах (в качестве источника лекарственных соединений использовали насекомых) и привел массу примеров энтомологических разработок: для производства вещества цекропин в качестве «сырья» была использована гигантская шелковая бабочка, для производства веществ аттацин, морицин, дрозоцин «сырьем» стал тутовый шелкопряд, в производстве дихостатина – японский жук и др. По словам докладчика, перспективными направлениями современной энтомотерапии является разработка антисептиков (первомур), бактерицидных средств (цекропины А и В), противоопухолевых (мелиттин, хлоротоксин, папилистатин) и урологических препаратов (цекропин, Аденопросин). «В частности, препарат Аденопросин является средством терапии больных ДГПЖ и ХП и обладает антипролиферативным, противовоспалительным и антиоксидантным действиями. Этот новый биологический оригинальный препарат на основе энтомокомплекса *Lymantria dispar* (непарного шелкопряда) появился в арсенале урологов после того, как прошел все необходимые доклинические и клинические исследования, а его эффективность и безопасность были подтверждены на практике. Сегодня Аденопросин отпускается по рецепту и зарегистрирован для монотерапии пациентов с ДГПЖ и в комплексном лечении больных ХП», – подчеркнул Армаис Альбертович.

Из лаборатории - в клиническую практику

Ведущий специалист клиники урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессор **Андрей Зиновьевич Винаров** рассказал о том, какой путь пришлось пройти субстанции, полученной из личинок насекомых вида *Lymantria dispar,* прежде чем стать препаратом Аденопросин. «По этому поводу в 2017 г. было опубликовано одно из фундаментальное исследований Лауры Олариу, посвященных моделям *in vitro* для тестирования терапевтического действия Аденопросина. «Исследователи использовали для этого две клеточные линии: одна из них – PWR-1E (эпителиальные клетки ПЖ человека, происходящие из гиперпластической ткани, которые образовывали колонии в мягком агаре), другая – DU145 (раковые клетки эпителия ПЖ человека)»,– сообщил докладчик.

Чтобы оценить возможные эффекты Аденопросина, был проведен ряд исследований: по оценке окислительного стресса (одновременно – внутриклеточное определение супероксидного аниона и перекиси водорода), анализу внеклеточных цитокинов, оценке активности проангиогенного фактора VEGF, клеточной динамике и секвенированию клеточного цикла, оценке апоптоза и анализу колоний клеток в мягком агаре. «В результате было отмечено, что Аденопросин оказывает антиоксидантное действие, уменьшая содержание внутриклеточного пероксида водорода в клетках PWR-1E, противовоспалительное действие путем снижения уровня внеклеточных противовоспалительных цитокинов (интерлейкина-6 – ИЛ-6 и ИЛ-8), защищает клетки PWR-1E от апоптоза при наличии воспаления, индуцирует апоптоз клеток PWR-1E при отсутствии воспаления, уменьшает образование колоний клеток PWR-1E, оказывает антиангиогенное действие, ингибируя VEGF в клетках DU145, ингибирует синтез ДНК и вступление в митоз клеток DU145, индуцирует апоптоз клеток DU145», – прокомментировал А.З. Винаров результаты исследования.

Также он рассказал о механизмах действия Аденопросина при гиперплазии ПЖ и ХП в исследованиях, полученных *in vitro*: «Было отмечено, что Аденопросин способен уменьшать размеры ПЖ, индуцируя апоптоз ее клеток. Также исследователи подчеркнули, что препарат блокирует образование колоний, ингибируя потенциал роста клеток. При этом антиоксидантный эффект был достигнут за счет уменьшения количества внутриклеточного пероксида водорода. Противовоспалительный эффект наступал в результате ингибирования ИЛ-6, ИЛ-8 и за счет антиангиогенного действия VEGF. Кроме того, ингибировался апоптоз в ситуации, когда клетки находились в воспалительной среде, но при этом активировался апоптоз клеток раковой линии и клеток гиперпролиферации ПЖ».

Подводя итог сказанному, профессор А.З. Винаров отметил: «Сегодня в медицине применяются лекарственные препараты, сырьем для которых являются около 300 видов насекомых. Причем специалисты полагают, что использование насекомых в медицине может стать главным ресурсом при открытии инновационных лекарств в будущем».

Новые препараты в лечении пациентов с синдромом хронической тазовой боли

Основной темой доклада профессора кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, д.м.н., врача-уролога, урогинеколога **Андрея Владимировича Зайцева** стала концепция фенотипирования и ее важность при синдроме хронической тазовой боли (СХТБ). Докладчик подчеркнул, что с точки зрения клинической классификации UPOINT, в основе которой лежит фенотипирование, обследование при СХТБ должно включать 6 доменов: урологический (дневник мочеиспусканий, цистоскопия, УЗИ, урофлоуметрия), психологический (история негативных жизненных событий, важные потери, приспособление к стрессовым нагрузкам, депрессия), органспецифический (выяснение гинекологических, гастроинтестинальных, аноректальных, сексологических жалоб, гинекологическое и ректальное исследования), инфекционный (бактериологическое исследование мочи и эякулята, влагалищных соскобов, бактериологическое исследование кала), неврологический/системный (выяснение неврологических жалоб – потеря чувствительности, дизестезия; неврологическое исследование расстройства чувствительности, сакральных рефлексов и мышечного тонуса), болевой/мышечно-

спастический (пальпация мышц тазового дна, передней брюшной стенки и ягодичных мышц).

«Критерии UPOINT определяют гомогенную группу для каждого домена, за исключением органспецифического. Группирование специфических доменов предполагает две популяции пациентов с различными патофизиологическими и терапевтическими аспектами. Основными генераторами боли у больных ХП/СХТБ являются дисфункция тазового дна, депрессия и катастрофизация», – отметил профессор А.В. Зайцев.

Далее докладчик сообщил, что появление нового препарата Аденопросин не случайно вызвало интерес у врачей-урологов, ведь именно им часто приходится сталкиваться с проблемой ХП/СХТБ: «Аденопросин – оригинальный рецептурный препарат в форме суппозиториев, его действующим веществом является биоактивный комплекс. Эффективность этого препарата доказана клиническими исследованиями, а действие наступает с первых дней применения. Показаниями к применению являются ДГПЖ и ХП (в комплексной терапии), а способ применения достаточно прост: 1 раз в сутки на протяжении 3 месяцев».

Андрей Владимирович познакомил аудиторию с результатами исследований III фазы Аденопросина у пациентов с ДГПЖ и ХП: «Аденопросин достоверно по сравнению с плацебо снижает индекс симптомов ХП по шкале NIH-CPSI, уменьшает средний суммарный балл по шкале IPSS, уменьшает признаки воспаления по данным анализа секрета ПЖ, улучшает показатели уродинамики, уменьшает объем ПЖ, улучшает качество жизни пациентов, обладает благоприятным профилем безопасности. Важно отметить и факт значительного снижения уровня боли у пациентов с ХП на фоне лечения Аденопросином».

Резюмируя сказанное, профессор А.В. Зайцев подчеркнул: «Точное и клинически значимое описание фенотипа и стадии заболевания, а также развитие алгоритмов лечения, основанных на фенотипировании, должны стать ежедневно задачей практического уролога. При этом мы должны совершенствовать алгоритмы лечения и включать в них новые препараты, которые представляют практический интерес и имеют доказательную базу. Кроме того, очень важна тщательная оценка ответа пациента на каждое вмешательство и общей вероятности развития ремиссии. А нашей основной задачей является возможность полной ремиссии и ее поддержание без лечения, по крайней мере, у некоторых пациентов».

Аденопросин в лечении пациентов с ДГПЖ и ХП

Клинический опыт применения Аденопросина при лечении пациентов с ДГПЖ и ХП представил коллегам д.м.н., доцент Государственного университета Республики Молдовы, главный специалист МЗ Республики Молдовы по андрологии **Ион Васильевич Думбравяну.**

Говоря об истории создания препарата Аденопросин, он сообщил о том, что началом создания данного лекарственного средства (ЛС) послужили разработки советских специалистов НИИ закрытого типа «Биологическая защита» в Кишиневе, где создавались вирусные препараты для защиты от насекомых. Внимание исследователей в то время привлекли насекомые, которые оставалась невосприимчивыми к методам защиты от них. Именно так появилась идея использования насекомых в качестве источника лекарственных соединений. Разработки энтомологических лекарственных препаратов были продолжены в 90-х и 2000-х гг. теми же специалистами, но уже на базе компании «Биотехнос» в Румынии, где после 10 лет лабораторных исследований был разработан препарат Аденопросин. В ходе этой работы было продемонстрировано, что именно биомасса личинок *Lymantria dispar* обладает наибольшими антиоксидантными свойствами и выраженным противовоспалительным действием. Исследователи разработали технологию получения активного комплекса Аденопросин, и было создано ЛС в форме суппозиториев, предназначенное для лечения пациентов с ДГПЖ и ХП.

> «...»
>
> ***Появление таких препаратов, как Аденопросин расширяет терапевтические возможности специалистов и способствует персонифицированному подходу к лечению пациентов с заболеваниями ПЖ***

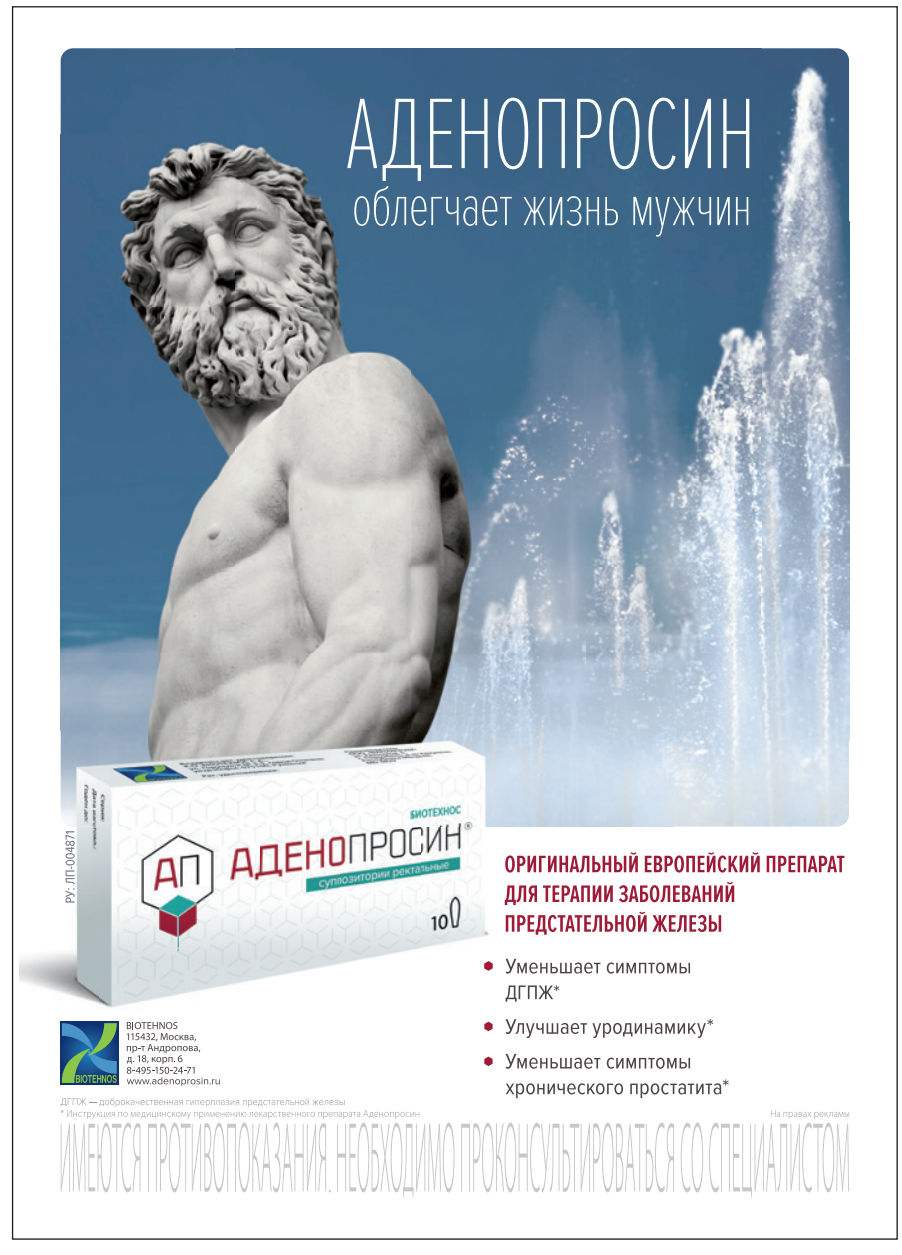
Доктор И.В. Думбравяну рассказал о первом двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании, которое было проведено среди пациентов с ДГПЖ, принимавших Аденопросин: «В этой работе приняли участие 127 пациентов (85 человек – основная группа, 42 человека принимали плацебо). _ Мы проводили это исследование в течение двух лет, начиная с 2009 г. В результате мы получили интересные данные, отметив уменьшение симптоматики (сумма баллов по шкале IPSS) и объема ПЖ, увеличение максимальной скорости потока мочи и уменьшение объема остаточной мочи, а также значительное улучшение качества жизни, на которое обратили внимание специалисты и наши пациенты. При этом были сделаны следующие выводы: Аденопросин может индуцировать уменьшение объема ПЖ при ДГПЖ, оказывает быстрое и существенное уменьшение основных симптомов ДГПЖ и улучшение уродинамических параметров в первые 3 недели лечения, не влияет на уровень сывороточного простатического специфического антигена, обладает благоприятным профилем безопасности».

Докладчик также упомянул о других трех исследованиях, которые были проведены у пациентов с ХП, принимавших Аденопросин, а затем представил результаты одной из последних работ, объединившей две группы больных – эректильной дисфункцией (ЭД) и ХП. «Существует множество гипотез о причинах возникновения ЭД и ХП, и по сей день корреляции между ЭД и ХП довольно противоречивы, хотя до недавнего времени считалось, что ХП напрямую «ответственен» за возникновение ЭД. Диагноз ХП часто бывает основан на субъективных критериях (в частности, нарушениях мочеиспускания) или только на наличии сексуальных нарушений, без применения критериев индекса симптомов ХП по шкале NIH-CPSI. Кроме того, увеличение числа лейкоцитов в секрете ПЖ не является эквивалентом наличия заболевания. Известно, что существуют прямые корреляции между тяжестью ХП и ЭД, а риск развития ЭД примерно в 8 раз выше у пациентов с ХП. Однако патогенетическая связь между ЭД и ХП до сих пор не выяснена. Поэтому назначение лечения, которое бы полностью подходило пациентам из данных групп, всегда являлось сложной задачей», – сказал он.

В попытках решить данную проблему ученые из Молдовы провели очередное исследование, целью которого стало изучение роли Аденопросина в комплексном лечении больных ХП и ЭД, в нем приняли участие 60 пациентов. Это исследование проводилось среди пациентов, предъявляющих жалобы на СНМП, характерные для ХП, а ЭД считалась вторичным заболеванием.

И.В. Думбравяну поделился результатами данного исследования: «В нашем исследовании существенный положительный результат и исчезновение симптомов ХП, подтвержденного данными шкалы NIH-CPSI, наблюдалось через 2 недели комплексного лечения. Улучшение половой функции наблюдалось без использования специфических препаратов из группы ингибиторов фосфодиэстеразы и было подтверждено данными по шкале МИЭФ-5. Пациенты, получавшие местное органотропное лечение в форме суппозиториев Аденопросина, отметили выраженное уменьшение симптоматики ХП по шкале NIH-CPSI с 19,1 до 8,23 по сравнению с контрольной группой (с 19,63 до 11,4). Динамика индекса по МИЭФ-5 была более выраженной у тех же пациентов (14,93–20,93), по сравнению с контрольной группой (15,1–18,67). В результате нами были сделаны выводы о том, что применение Аденопросина в комплексной терапии у пациентов с ХП и ЭД приводит к значительному снижению симптомов ХП и улучшению эректильной функции».

В завершение симпозиума академик РАН А.А. Камалов выразил общее мнение докладчиков о том, что появление таких препаратов, как Аденопросин расширяет терапевтические возможности специалистов и способствует персонифицированному подходу к лечению пациентов с заболеваниями ПЖ.



Оперативное лечение болезни Пейрони: отсроченные результаты

В период проведения Международной конференции «Фундаментальная и практическая андрология», состоявшейся 7–11 сентября в Таллине (Эстония), андролог, уролог, онкоуролог, врач отделения УЗИ андрологии и урологии ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, к.м.н. **Тарас Валерьевич Шатылко** рассказал об отсроченных результатах оперативного лечения пациентов с болезнью Пейрони.

Докладчик назвал болезнь Пейрони одной из самых необычных среди встречающихся у человека: «Если сравнить болезнь Пейрони с другими заболеваниями, то будет очевидно следующее: к примеру, рак простаты степени 3+3 по Глиссону не вызывает симптомов у пациентов и отлично поддается лечению, синдром хронической тазовой боли (СХТБ) вызывает симптомы, но лечению поддается плохо. Болезнь Пейрони вызывает симптомы и поддается лечению, однако не всегда требует оперативного вмешательства».

Говоря о показаниях к операции при болезни Пейрони, докладчик отметил среди них следующие: стабильную фазу заболевания (когда бляшка не меняет своих характеристик и остается безболезненной в течение 3–6 месяцев или когда прошло уже 12 месяцев с дебюта заболевания), значительное укорочение, деформация, кальцификация или нестабильность полового члена, что затрудняет пенетрацию, наличие у пациента желания и возможности вести половую жизнь.

«Еще R.J. Krane подразделил всех пациентов с болезнью Пейрони на три больших категории, – сообщил доктор Т.В. Шатылко. – Первая из них – с наиболее благоприятным прогнозом: пациенты с бессимптомными бляшками или незначительным искривлением пениса, не мешающим половому акту. Эти пациенты, скорее всего, не нуждаются в лечении. Вторая группа – пациенты с искривлением полового члена, который делает половой акт болезненным или физиологически невозможным. Таких пациентов необходимо оперировать. Третья группа – пациенты, у которых болезнь Пейрони сочетается с эректильной дисфункцией (ЭД). Пациентам этой категории способны помочь только пликационные методики или корпоропластика с фаллопротезированием. При этом целью оперативного лечения не является восстановление идеальной геометрической анатомии пениса, т.к. добиться этого практически невозможно. Урологу необходимо ориентировать пациента на то, чтобы после операции он был удовлетворен своей половой жизнью».

Далее докладчик рассказал об исследовании, которое было проведено на базе НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова: «Наша работа была основана на проспективно пополняемой базе данных, включающей 374 пациента с болезнью Пейрони, которым выполнялись оперативные вмешательства. Из них только 342 явились на контрольное обследование. Средний возраст пациентов составлял 42 года, при этом самому старшему из них было 72 года. Медиана срока, прошедшего с момента операции, составила 9,5 года. В группе пациентов были мужчины с относительно небольшим искривлением полового члена (25–30 градусов), однако при этом мы учитывали, что тяжесть болезни Пейрони далеко не всегда определяется степенью искривления пениса. К примеру, пациент, у которого имеется небольшое искривление полового члена, может быть неудовлетворен своей половой жизнью по причине его укорочения. Поэтому пациенты были также распределены в группы в зависимости от длины полового члена и среди них более 13% составляли мужчины, у которых длина пениса в растянутом состоянии составляла менее 10 см. У этих пациентов не могло идти речи о выполнении пликационных методик. У 181 пациента показатель по домену эректильной функции по опроснику МИЭФ был менее 26 баллов, что указывало на наличие ЭД. При этом лишь 125 пациентов жаловались на ухудшение качества эрекции, что указывало на не совсем реалистичную оценку ими своей сексуальной функции. Чтобы получить реальную оценку, необходимо требовать заполнения пациентами специальных опросников. Если уролог будет ориентироваться лишь на их жалобы, может возникнуть риск того, что после заместительной корпоропластики легкая степень ЭД, которая корректируется с помощью приема ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа, перейдет в тяжелую степень ЭД. Наш опыт показал, что у 59 (17,2%) пациентов индекс ЭД по опроснику МИЭФ составил 21–25 баллов, у 64 (18,7%) пациентов – 16–20 баллов, у 28 (8,2%) пациентов – 10–15 баллов, у 30 (8,8%) пациентов – менее 10 баллов».

Доктор Т. В. Шатылко также остановился на характере проведенных у пациентов оперативных вмешательств: «58 пациентам выполнялось фаллопротезирование (у 33 были установлены гидравлические импланты, у 25 – однокомпонентные импланты). Лишь 12% пациентов выполнялась пликационная корпоропластика, а вот заместительная корпоропластика (преимущественно с применением графта из vena saphena magna – большой подкожной вены ноги) применялась у достаточно большого числа мужчин (244 пациента). При установке пенильных имплантов лишь у 8 мужчин удалось ликвидировать деформацию полового члена с помощью ручного моделирования, поскольку оно выполнимо при относительно мягких бляшках без участков кальцификации и при относительно небольшом угле деформации. Ручное моделирование нельзя выполнять, если у пациента присутствует вентральная деформация полового члена, поскольку при резком разламывающем движении существует риск повреждения спонгиозных тел уретры. Остальным 50 пациентам при установке фаллопротеза выполнялись пликационные или заместительные методики».

Докладчик отметил, что не все пациенты смогли почувствовать эффект от выполненного оперативного вмешательства. Лишь 83% мужчин через определенный срок наблюдения, медиана которого составила почти 10 лет, могли вести активную половую жизнь. «У 17 из 50 пациентов причиной отсутствия половой жизни была тяжелая степень ЭД после лечения по поводу рака простаты, у 11 наблюдалась тяжелая ЭД иного происхождения (при этом пациенты не реагировали на прием ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа), у 21 пациента присутствовали психологические причины (смерть, болезнь партнерши или другие трагические жизненные события), которые мешали им вести активную половую жизнь, несмотря на то, что у четверых из них были установлены отлично функционирующие пенильные протезы», – сообщил он.

На вопрос о степени удовлетворенности качеством эрекции от пациентов были получены следующие ответы: 139 (48,8%) мужчин сообщили о полной удовлетворенности, 84 (29,5%) пациента – об относительной удовлетворенности, 62 (21,7%) пациента остались неудовлетворены качеством эрекции при половом акте.

По словам доктора Т. В. Шатылко, в подобных ситуациях урологу необходимо задать себе вопрос о том, всегда ли ЭД является следствием корпоропластики? «Конечно, такая причинно-следственная связь существует. Однако если наблюдать, что именно произошло с прооперированными мужчинами за 10 лет наблюдения, то окажется, что среди них были пациенты, которым выполнялось оперативное вмешательство и гормональная терапия по поводу рака простаты. Кроме того, у большинства из них возрастали риски возникновения метаболического синдрома, ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии и других патологических состояний, – констатировал он. – При этом наиболее яркие изменения наблюдались в отношении возрастания у пациентов частоты случаев сахарного диабета (рост до 20%). Многие пациенты начали принимать антигипертензивные препараты, которые отрицательно сказывались на их эректильной функции. У некоторых мужчин был поставлен диагноз доброкачественной гиперплазии предстательной железы , по поводу которой они получали ингибиторы 5α-редуктазы».

«Даже после оперативного вмешательства болезнь Пейрони продолжает оказывать негативное влияние на качество жизни некоторых пациентов, – резюмировал докладчик. – Графт из vena saphena magna и аллографт из перикарда в нашей практике зарекомендовали себя как наиболее оптимальные материалы, применяемые для выполнения корпоропластики. Однако нам было достаточно трудно выделить категорию пациентов, которые нуждаются в оперативном лечении по поводу болезни Пейрони и будут получать от него пользу несколько лет спустя после операции. При этом отдельные пациенты, действительно, смогли получить эффект от ранней установки пенильных имплантов».

Рецидивирующие инфекционно-воспалительные заболевания мочевыводящих путей у женщин: современные подходы

Профессор кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, д.м.н., врач-уролог, урогинеколог **Андрей Владимирович Зайцев** в своем докладе на Конгрессе Российского общества урологов еще раз напомнил коллегам о разумном назначении антибиотиков, а также о необходимости поисков новых методов альтернативного, неантибактериального лечения пациентов.

«К сожалению, большой анализ методов лечения женщин с рецидивирующими инфекционно-воспалительными заболеваниями (далее – инфекций) мочевыводящих путей, предпринятый нашими американскими коллегами, показал, что не существует ни одного исследования по мультицелевому подходу к терапии пациенток этой категории. При этом все мы понимаем, что при рецидиве инфекции не только в уротелии, но и в подслизистом слое происходит целый каскад событий, в который вовлечена также иммунная система, связанная со слизистыми оболочками», – констатировал он.

Докладчик представил результаты исследования, проведенного шведскими урологами, которые показали, что после инфицирования эпителия мочевого пузыря уже в течение первых часов в нем начинает синтезироваться интерлейкин-1β (ИЛ-1β). «Обратите внимание, что этот процесс специфичен только для эпителия мочевого пузыря, поскольку концентрация ИЛ-1β в клетках почечной ткани не повышается после инфицирования. Такой ответ на инфицирование появляется более чем у половины пациенток с циститом (в отличие от пациенток с асимптоматической бактериурией). Эти данные показывают, насколько вовлечена иммунная система в развитие острого цистита вследствие рецидивирующей мочевой инфекции», – отметил он.

Профессор А.В. Зайцев напомнил коллегам об основных иммунных факторах защиты нижних мочевыводящих путей: это синтез антибактериальных пептидов и иммуноглобулинов А, которые предотвращают или тормозят развитие микроорганизмов в эпителии мочевого пузыря. «Поэтому мы понимаем, что наряду с антибактериальной терапией, также оправданной является стратегия по усилению иммунного ответа. Ведь коррекция состояния иммунной системы ведет не только к более быстрому лечению пациенток с инфекцией, но и предотвращает у них повторные рецидивы, частота которых по статистике достигает 50%», – сказал он.

Докладчик привел данные исследований российских коллег, где было показано, что число случаев бактериурии среди пациенток снижается в 20 раз, если к их комплексному лечению добавляется иммуномодулирующий препарат. Эффективность одного из них оценивалась на основании клинических и микробиологических параметров, а также данных субъективного состояния и клинических симптомов. Положительная динамика в клиническом анализе крови отмечалась у 100% больных уже на 5–7-й день комплексной терапии и проявлялась в исчезновении лейкоцитоза и палочкоядерного сдвига лейкоцитарной формулы, снижении СОЭ. Влияние препарата на показатели иммунного статуса проявлялось в увеличении содержания $CD3^+$-, $CD4^+$-лимфоцитов. Отмечалась нормализация функциональной активности нейтрофилов, тенденция к увеличению содержания моноцитов в периферической крови. Субъективное улучшение отметили 95,8% пациенток, у которых на фоне приема препарата на 3-и сутки купировалась дизурия, а лейкоцитурия – на 7–8-е сутки. Ни в одном из случаев применения препарата не было отмечено ни местных, ни общих побочных эффектов.

Таким образом, докладчик отметил, что включение иммуностимулятора в схему лечения пациенток с рецидивирующей инфекцией нижних мочевыводящих путей патогенетически обосновано, приводит к достоверному уменьшению частоты рецидивов заболевания после базового и профилактического курсов приема препарата.

«Иммуномодуляция может стать важным компонентом лечения больных хроническим циститом с повышенным риском развития нового эпизода заболевания. Включение иммуномодулятора в состав комплексной терапии способствует возрастанию индекса активации фагоцитарного резерва нейтрофилов, позволяет с большей частотой добиться эрадикации инфекционного агента, приводит к достоверному уменьшению частоты обострений заболевания во время и после терапии, улучшает оценку компонентов качества жизни женщин, страдающих рецидивирующими инфекциями мочевыводящих путей», – заключил профессор А.В. Зайцев.

НЕФРОСТЕН®

Новое лекарственное средство растительного происхождения

Для лечения хронических инфекций мочевыводящих путей и мочекаменной болезни[1,2]

Результат многоцентрового клинического исследования

При сопоставимой эффективности и безопасности лекарственного средства Нефростен® и препарата сравнения применение Нефростена экономически целесообразнее ввиду более низкой стоимости курса лечения[2].

НЕФРОСТЕН

ПРАВИЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЦИСТИТА

- Уменьшает количество повторных обострений[2]
- Повышает эффективность антибактериальной терапии[2]
- Препятствует образованию мочевых камней[1]
- Абсолютно натуральный состав[3]
- Высокий уровень безопасности[2]
- Разрешен детям с 1 года[4]

Эвалар

ЛЕКАРСТВА ЭВАЛАР
ЗДОРОВЬЕ ДОСТУПНОЕ КАЖДОМУ

[1] Инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата Нефростен, рег. номера: ЛП-005496 (таблетки п/о), ЛП-005433 (раствор для приема внутрь). [2] Тевлин К.П., Тевлина Е.В. Альтернативный подход к лечению неосложненной инфекции нижних мочевыводящих путей: опыт применения лекарственного препарата Нефростен // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 29. С. 16–22. [3] По активным компонентам. [4] Раствор Нефростен.

Реклама.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ
ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы и острая задержка мочеиспускания

Работу симпозиума, посвященного ключевым факторам успеха в лечении пациентов с симптомами нарушения функций нижних мочевыводящих путей, который состоялся в период проведения XIX Конгресса РОУ, открыл ведущий научный сотрудник отдела урологии и андрологии МНОЦ МГУ им. М. В Ломоносова, д.м.н., профессор **Михаил Евгеньевич Чалый.** На мероприятии специалисты обсудили проблемы, связанные с острой задержкой мочеиспускания, ассоциированной с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Завершился симпозиум не совсем обычно: среди участников форума состоялся розыгрыш нескольких профессиональных изданий по урологии, написанных ведущими специалистами России.

Острая задержка мочеиспускания: оптимизируем подход к лечению, снижаем его риск

Заместитель главного врача по урологии ГБУЗ НИИ Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского Минздрава Краснодарского края, профессор **Владимир Леонидович Медведев** в своем докладе остановился на проблеме острой задержки мочеиспускания (ОЗМ): подходах к лечению пациентов с этим патологическим состоянием и снижением связанных с ним рисков в дальнейшем.

Говоря об эпидемиологии, этиологии и патогенезе симптомов нарушения функций нижних мочевыводящих путей (СНМП), докладчик напомнил коллегам о том, что эти симптомы могут быть различными – накопительными, миктурическими, постмиктурическими. «У большинства пожилых мужчин наблюдается не менее одного СНМП, и эти симптомы заметно коррелируют со старением, вследствие чего затраты, связанные с их лечением, будут возрастать в соответствии с демографическими изменениями», – сообщил он.

В связи с причинами СНМП профессор В.Л. Медведев упомянул о внушительном перечне различных заболеваний, которые могут приводить к их развитию и, в частности к гиперактивности или гипоактивности детрузора мочевого пузыря: доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), камень дистального отдела мочеточника, опухоль мочевого пузыря, стриктура уретры, инфекции мочевыводящих путей, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, синдром хронической тазовой боли, ночная полиурия и др. «Одной из главных причин СНМП считается ДГПЖ, а симптомы болезни обычно бывают связаны с инфравезикальной обструкцией. При этом увеличение размеров предстательной железы (ПЖ) происходит достаточно постепенно, и хотя пациенты обычно не догадываются о причине происходящего, они отмечают, что с возрастом у них нарастает частота и выраженность СНМП и ухудшение качества жизни в связи с этой симптоматикой. К сожалению, сегодня урологи наблюдают, что некоторые молодые пациенты уже в 30-летнем возрасте имеют такие же симптомы, как и 70-летние мужчины. Однако это не всегда происходит вследствие увеличения ПЖ», – сказал докладчик.

Владимир Леонидович отметил, что ОЗМ случается по разным причинам в разных регионах России, но в нашей стране пока не проводилось крупных рандомизированных исследований по этому поводу. Однако не так давно в Москве было проведено одно из таких исследований, которое позволило выяснить, что у жителей столицы регистрируется около 100 тыс. случаев ОЗМ за год. По данным Скорой помощи города Ростова-на-Дону отмечается около 7 тыс. обращений в год пациентов с ОЗМ. Анализируя причины такой серьезной статистики, профессор В.Л. Медведев сказал: «Если говорить об оценке собственного состояния здоровья и отношения пациента к этому состоянию, то в зависимости от возраста, массы тела и ряда других факторов, мнение пациента чаще всего отличается недооценкой тяжести своего состояния и слишком оптимистичной его характеристикой. Некоторые из пациентов считают, что ухудшившееся состояние «пройдет само», другие уверены, что «так и должно быть, поскольку я старею». В результате такого подхода у россиян часто происходят определенные осложнения, в т.ч. ОЗМ».

Докладчик снова обратился к результатам московского исследования: «При анализе данных группы пациентов, поступивших на стационарное лечение по поводу ОЗМ в Москве (было проанализировано 536 случаев ОЗМ у пациентов, средний возраст которых составил 69,5 года, при этом в 26,9% случаев пациенты ранее уже были госпитализированы по поводу ОЗМ), выяснилось, что в 91,6% случаев у пациентов причиной ОЗМ стала именно ДГПЖ, причем вероятность наступления ОЗМ росла пропорционально увеличению размеров ПЖ. И лишь незначительную часть причин составили следующие заболевания: стриктура уретры, нейрогенная атония мочевого пузыря, острый простатит, ОЗМ после биопсии ПЖ, опущение тазовых органов. «Данные московского исследования мы сравнили с данными, полученными при оценке основных причин развития ОЗМ у пациентов, обратившихся в лечебные учреждения Краснодарского края, – сообщил профессор В.Л. Медведев. – И получили схожие показатели: у 90,3% пациентов причиной ОЗМ стала ДГПЖ. Острый простатит стал причиной ОЗМ в 4,5% случаев, ОЗМ после биопсии ПЖ наступила в 1,8% случаев, в результате стриктуры уретры – в 1% случаев.

Докладчик привел некоторые факты, свидетельствующие о том, что ОЗМ является частым и наиболее грозным осложнением у пациентов с ДГПЖ: в среднем ОЗМ встречается у 10% мужчин старше 70 лет; при увеличении объема ПЖ более 40 см^3 и уровня простатического специфического антигена выше 1,4 нг/мл риск развития ОЗМ возрастает в 4 раза, вероятность развития ОЗМ у мужчины старше 70 лет в 8 раз выше, чем у 40-летнего.

«Сегодня мы знаем, что пациенты, которые поступают к нам в стационары с ОЗМ, как правило, обременены и сопутствующими заболеваниями (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, инфаркт миокарда, инсульт, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка

Профессор В.Л. Медведев

и 12-перстной кишки, онкологические заболевания), по поводу которых они принимают большое количество лекарственных средств (ЛС), в т.ч. мочегонных, которые в свою очередь могут привести к острой или хронической задержке мочи. Известно, что к 70 годам около 20% пациентов получают 5 или более ЛС одновременно», – сообщил Владимир Леонидович.

Как же назначать терапию, чтобы учесть взаимодействия ЛС в организме пациента? «Этот вопрос остается достаточно дискутабельным, потому что у наших пациентов довольно часто наблюдается полипрагмазия, при которой четыре из пяти принимаемых ими препаратов оказываются биологически активными добавками к пище с сомнительной эффективностью. И в то же время среди этих ЛС есть и необходимые, к примеру для лечения ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии и сахарного диабета. Уже упоминавшееся московское исследование показывает, что до развития ОЗМ только 8,1% пациентов получали ингибиторы 5α-редуктазы, при этом 15,7% получали фитопрепараты или гомеопатические средства. Только 45,5% пациентов наблюдались у врача-уролога и лишь 32,1% получали какую-либо терапию».

Докладчик напомнил, что методами устранения ОЗМ у пациентов являются катетеризация мочевого пузыря уретральным катетером, цистостомия, применение α_1-адреноблокаторов, использование простатического стента. «Московское исследование показало, что на практике у 57% пациентов ОЗМ разрешалось консервативными методами, а у 43% применялись различные оперативные пособия, – констатировал профессор В.Л. Медведев. – И хотя большинству урологов известно, что комбинация катетеризации мочевого пузыря и терапии α_1-адреноблокаторами способна улучшить прогноз исходов катетеризации, 40% пациентов не была назначена лекарственная терапия».

В связи с этим докладчик привел результаты двухфазного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования, отражающего стандартную медицинскую помощь в реальной жизни. «Это исследование продемонстрировало, что применение α_1-адреноблокатора обеспечивает более раннее удаление катетера и что продолжение лечения в течение 6 месяцев после этого снижает необходимость в оперативном лечении ДГПЖ без повышенного риска побочных эффектов. – резюмировал он. – Это демонстрирует пользу α_1-адреноблокатора при лечении ОЗМ, связанной с ДГПЖ. Приведенные данные подтверждает и статистика Cochrane: 60,2% мужчин восстанавливают спонтанное мочеиспускание после удаления катетера при использовании α_1-адреноблокаторов по сравнению с 38,1% мужчин без использования α_1-адреноблокаторов. При применении α_1-адреноблокаторов в последующем только у 35,6% пациентов возникал рецидив ОЗМ по сравнению с 50,7% пациентов при использовании плацебо».

Терапия пациентов с симптомами нарушения функций нижних мочевыводящих путей

«Фокус на пациента» – таким был основной слоган доклада профессора **Михаила Евгеньевича Чалого** по поводу терапии пациентов с СНМП. В связи с этим докладчик напомнил: «Во времена Гиппократа период старости человека начинался по достижении им возраста 63 лет, а более старших людей именовали «долгожителями». Сегодня, в соответствии с классификацией ВОЗ, 60–75-летний возраст считается «пожилым», а «долгожителями» принято называть людей, достигших 90-летнего возраста». Далее профес-

сор М.Е. Чалый предложил проследить, в зависимости от каких событий менялась средняя продолжительность жизни (СПЖ) мужчин на примере Англии с 1850 до 2000 г.: «СПЖ в XIX веке составляла 40–45 лет, за 150 лет она увеличилась на 35 лет в результате того, что прекратились масштабные войны, появились антибиотики, α- и β-адреноблокаторы, холинолитики, ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа. При этом на первое место по смертности вышли онкологические и кардиологические заболевания».

Кроме того, как сообщил докладчик, позднее отцовство стало «трендом XXI века» во всем мире: с 1980 г. рождаемость от мужчин старшего возраста возросла на 30%. «При этом, по данным европейских и американских источников, в сперматогенезе пациентов наблюдается негативная тенденция по снижению объема и качества спермы, что подтверждает факты о негативном влиянии возраста на репродуктивную способность мужчины. Одним из факторов снижения качества спермы также считается влияние ЛС на концентрацию, подвижность и морфологию сперматозоидов», – сообщил Михаил Евгеньевич.

Профессор М.Е. Чалый

Докладчик напомнил о том, что современный мужчина хочет достичь успеха не только в карьере, но и в ощущении себя здоровым человеком, а также в личной жизни. «Однако нам известно, что с возрастом у мужчины ухудшается эректильная функция, а еще более значимый вклад в ее снижение вносят СНМП. Кроме того, на качество жизни мужчины значимо влияют и другие факторы. И если на начальном этапе появления в практике уролога α1-адреноблокаторов мы еще не интересовались эякуляторной функцией пациента, то сегодня мы считаем ее крайне важным фактором удовлетворенности половым актом, особенно, если речь идет о ретроградной эякуляции, – сказал профессор М.Е. Чалый. – Поэтому сегодня мы предлагаем мужчине персонифицированное лечение, учитывая и симптомы, и потребности пациента».

Михаил Евгеньевич напомнил, что α-адренорецепторы находятся также в сердечно-сосудистой и в центральной нервной системах, а α1-адренорецепторы имеют бóльшую селективность к мочеполовой системе. При этом побочными эффектами блокирования α1-адренорецепторов являются головокружение, постуральная гипотензия, обморок, астения. Подклассами α1-адренорецепторов являются α_{1A} (располагаются в строме ПЖ и уретре мочевого пузыря), α_{1B} (расположены в гладких мышцах сосудов) и α_{1D} (находятся в мочевом пузыре и уретре). «Блокада α_1 (A и D)-адренорецепторов вызывает расслабление мышечных волокон ПЖ, уретры и мочевого пузыря, тем самым ликвидируя спазм и способствуя устранению препятствий к оттоку мочи, – пояснил он. – Поэтому, упоминая об эффективности α-адреноблокаторов, мы имеем в виду тот факт, что косвенные сравнения и ограниченные прямые сравнения между α1-адреноблокаторами демонстрируют нам следующее: все они имеют схожую эффективность в соответствующих дозах. Для полного развития эффекта может потребоваться несколько недель, однако значительная эффективность по сравнению с плацебо уже достигается в период от нескольких часов до нескольких дней».

Что касается побочных эффектов, связанных с применением α1-адреноблокаторов, то профессор М.Е. Чалый сообщил: «Чаще всего α1-адреноблокаторы хорошо переносятся. А все побочные эффекты в основном связаны с вазодилатацией. При этом необходимо помнить, что пациенты, принимающие α1-адреноблокаторы при операции по поводу катаракты, имеют более высокий риск развития симптома атоничной радужки».

Подводя итог сказанному, докладчик привел выводы исследователей, которые проводили сравнительный анализ различных ЛС – α1-адреноблокаторов: «Назначая α1-адреноблокатор, необходимо выбирать ЛС, которое сохраняет высокую уроселективность в любой возрастной группе, у которого отсутствует выраженность побочных эффектов и их встречаемость у пожилых пациентов по сравнению с более молодыми. Кроме того, следует учесть, что повышение встречаемости у пациентов с возрастом ДГПЖ/СНМП требует назначения адекватной терапии.

Таким образом, препарат должен быть эффективен в улучшении у пациента СНМП, скорости потока мочи и качества жизни. Кроме того, препарат должен снижать долгосрочный риск прогрессирования СНМП и хорошо переноситься пожилым пациентом с ДГПЖ. Он должен иметь минимальный вазодилатирующий эффект, в т.ч. у пациентов с артериальной гипертензией, сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом и принимающих антигипертензивные препараты. Желательно, чтобы долгосрочная переносимость и эффективность ЛС была сопоставима у молодых и пожилых пациентов. Также эффективность ЛС должна быть подтверждена в различных группах пациентов, вне зависимости от объема ПЖ.

Словом, требования к применению α1-адреноблокатора заключаются в сохранении эректильной и эякуляторной функций, отсутствии вазодилатирующего системного эффекта и эффекта атоничной радужки у больных глаукомой. И, наконец, надо учитывать, что активность α1-адренорецепторов создает условия для прогрессирования ишемии, гипоксии, флебостаза и, следовательно, асептического воспаления. Поэтому α1-адреноблокаторы крайне необходимы сегодня в урологической практике. Без этой группы ЛС мы не можем адекватно и патогенетически обусловленно назначать терапию пациентам с заболеваниями, которым присущи СНМП, а также лечить осложнения.

ДЛЯ РАННЕГО ОБЛЕГЧЕНИЯ ДИЗУРИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ[2,3]:

- **Тамсулозин от Берлин-Хеми/А. Менарини**
- **Упаковки по 30 и 100 капсул = 30 или 100 дней непрерывной терапии**
- **1 капсула в сутки[2]**

БЕРЛИН-ХЕМИ МЕНАРИНИ

1. Распоряжение Правительства РФ от 10.12.2018 N 2738-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2019 год». **2.** Инструкция по медицинскому применению препарата Профлосин® от 13.10.2016. **3.** Akin Y. et al. //International Urology and Nephrology, 2013 Vol. 45, Issue 1, pp 45-51. **4.** Государственный реестр предельных отпускных цен производителей на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов (по состоянию на 23.09.2019) (Электронный ресурс) – URL: http://grls.rosminzdrav.ru/pricelims.aspx (дата обращения 24.09.2019).

Показания к применению: лечение дизурических расстройств при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). **Противопоказания:** повышенная чувствительность к тамсулозину, включающая лекарственно-индуцированный ангионевротический отек, или другим компонентам препарата; ортостатическая гипотензия (в том числе в анамнезе); тяжелая печеночная недостаточность; возраст до 18 лет (данные по эффективности и безопасности отсутствуют). **Способ применения:** внутрь, по 1 капсуле 1 раз в сутки после завтрака или первого приема пищи. Капсулу следует проглатывать целиком, не разжевывая, запивая достаточным количеством воды. Капсулу нельзя делить на части или разламывать, так как это может повлиять на скорость высвобождения действующего вещества. Учитывая прогрессирующий характер заболевания, симптоматическая терапия может проводиться длительно. Длительность лечения определяет врач. **Побочное действие:** Возможные побочные эффекты при применении препарата приведены ниже по нисходящей частоте возникновения: часто (<1/10, ≥1/100), нечасто (<1/100, ≥1/1000), редко (<1/1000, ≥1/10000), очень редко(<1/10000), частота неизвестна (по имеющимся данным установить частоту не представляется возможным), включая отдельные сообщения. Нарушения со стороны нервной системы: часто – головокружение; нечасто – головная боль; редко – обморочные состояния. Нарушения со стороны органа зрения: частота неизвестна: – нечеткость зрения, нарушения зрения. Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы: нечасто – ощущение сердцебиения, ортостатическая гипотензия. Нарушения со стороны дыхательной системы, грудной клетки и органов средостения: нечасто – ринит; частота неизвестна – эпистаксис (носовое кровотечение). Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: нечасто – запор, диарея, тошнота, рвота; частота неизвестна – сухость во рту. Нарушения со стороны репродуктивной системы: часто – нарушения эякуляции, ретроградная эякуляция, анэякуляция; очень редко –приапизм. Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей: нечасто – сыпь, кожный зуд, крапивница; редко - ангионевротический отек; очень редко – синдром Стивенса-Джонсона; частота неизвестна – многоформная эритема, эксфолиативный дерматит. Общие нарушения: нечасто – астения. В ходе пострегистрационных наблюдений были зарегистрированы случаи развития синдрома интраоперационной нестабильности радужной оболочки глаза (синдром узкого зрачка) при операции по поводу катаракты или глаукомы у пациентов, принимавших тамсулозин. Опыт постмаркетингового применения: в дополнение к перечисленным выше побочным эффектам на фоне применения тамсулозина были зарегистрированы отдельные случаи фибрилляции предсердий, нарушения ритма сердца, тахикардии и диспноэ. Поскольку данные спонтанные сообщения поступали после выхода препарата на рынок по всему миру, не представляется возможным с достаточной степенью надежности оценить частоту развития данных явлений и их связь с применением тамсулозина. **Условия отпуска из аптек:** Отпускают по рецепту.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ СОДЕРЖИТСЯ В ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ПРОФЛОСИН® ОТ 13.10.2016.

ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини» 123112, Москва, Пресненская набережная, д.10, БЦ «Башня на Набережной», блок Б. Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01

RU-PROF-03-2019-v01-print. Дата утверждения материала: 01.11.2019

РЕКЛАМА

Комбинированная терапия расстройств мочеиспускания после операций на предстательной железе

21-22 ноября в Москве состоялся совместный Конгресс урологов ОАО РЖД и ФМБА России, в процессе работы которого проводилась трансляция из операционных в режиме «живой хирургии», а также были сделаны доклады по самым насущным поблемам современной урологии. На одной из сессий в рамках Конгресса заведующий кафедрой урологии и андрологии ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА РФ, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ Алексей Георгиевич Мартов предложил коллегам обсудить тему комбинированной терапии расстройств мочеиспускания после операций на предстательной железе.

«Мы все прекрасно знаем, к каким результатам приводят эндохирургические методики выполнения операций у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ): в большинстве случаев у них уменьшаются жалобы, улучшается качество жизни и скорость мочеиспускания. Сегодня открытые операции у больных ДГПЖ практически не выполняются, поскольку существует альтернативная программа лапароскопической аденомэктомии, которая применяется в основном у пациентов с предстательной железой (ПЖ)больших размеров. Однако, несмотря на объем ПЖ и опыт хирурга, который выполняет операцию, лишь в 70% случаев оперативное вмешательство приводит к успеху. В 30% случаев у пациентов сохраняются симптомы нарушения функции нижних мочевых путей (СНМП): ночная и дневная поллакиурия, вялая струя мочи, ночные позывы на мочеиспускание, болезненное мочеиспускание и ургентное недержание мочи», – сообщил докладчик.

Говоря о причинах сохраняющихся СНМП после трансуретральной резекции простаты (ТУРП), профессор А.Г. Мартов назвал среди них инфравезикальную обструкцию, нестабильность детрузора, в т.ч. в комбинации с гипотонией, спазм наружного сфинктера и недержание мочи.

«Еще в 2002 г. многие наши коллеги пробовали лечить подобные состояния с помощью α_1-адреноблокаторов, применяя эти препараты в послеоперационном периоде, – отметил докладчик. – Как известно, α_1-адреноблокаторы улучшают скорость потока мочи, делают более редкими случаи дневных мочеиспусканий, почти не влияют на ургентность, а их влияние на никтурию доказано лишь в некоторых исследованиях. Основные механизмы действия этих препаратов также хорошо известны: они оказывают влияние на рецепторы, локализующиеся в зоне шейки мочевого пузыря, на капсуле ПЖ, и резидуальные ткани аденомы. Также отмечено их влияние на сосуды подслизистого слоя и на нейрогенные центры мочеиспускания. Все эти влияния α_1-адреноблокаторов полезны при лечении послеоперационной дизурии».

С учетом вышесказанного и имея определенный опыт, профессор А.Г. Мартов и его коллеги провели исследование с целью дать определение сравнительной эффективности монотерапии и комбинированной терапии при ликвидации послеоперационной дизурии у пациентов с ПЖ больших размеров, которым были проведены трансуретральные операции по поводу ДГПЖ. В данное исследование, продолжавшееся на протяжении года, вошли 94 пациента с объемом ПЖ более 100 см^3. Всем больным была выполнена ТУР, после которой из исследования были исключены 22 пациента.

Остальные 72 человека были рандомизированы в две равнозначные группы: одна из них получала тамсулозин, другая – комбинацию тамсулозина и солифенацина на протяжении месяца. Через месяц, у этих больных оценивалось качество жизни, проводились стандартные анализы, урофлоуметрия и ультразвуковое исследование.

Далее Алексей Георгиевич остановился на проблеме патогенеза дизурии у больных после эндохирургического вмешательства по поводу ДГПЖ: «Обычно мы лечим пациентов с дизурией противовоспалительными препаратами, считая что она является симптомом хронического простатита или инфицирования. Однако на самом деле механизм возникновения дизурии гораздо сложнее: он запускается по многим причинам – вследствие изменений в шейке мочевого пузыря, связанных с ДГПЖ, из-за неполной регенерации уротелия после операции, повышенной активности детрузора и в результате травмы. А если учесть, что комбинированные уродинамические исследования мы выполняем далеко не всем больным, то в результате наблюдаем соответствующее число пациентов с ирритативными симптомами».

Профессор А.Г. Мартов описал несколько механизмов формирования дизурии после стандартной ТУРП на примере конкретных случаев с пациентами: «В одном из случаев объем остаточной мочи у пациента перед операцией был 110 мл, объем микции – 180 мл, объем ПЖ – 115 см^3. В результате выполнения ТУР у пациента было удалено 85 г ткани. Емкость мочевого пузыря после операции составила около 290 мл, объем микции — около 80 мл. При этом моча сразу попадала на раневую поверхность, в результате чего возникали позывы на мочеиспускание, происходило частое мочеиспускание, несмотря на увеличение емкости мочевого пузыря. Это одна из самых часто встречающихся на практике ситуаций. В другом случае, когда выполняется паллиативная ТУРП (псевдо-ТУРП), при несоответствии объема удаленной ткани объему переходной зоны после оперативного вмешательства остается «мочевая дорожка». Еще один вариант формирования дизурии возникает при неудаленных апикальных тканях. Основными признаками такого состояния является слабая струя мочи после операции, обструктивный тип кривой либо малый объем микции, а также рецидивирующая острая задержка мочеиспускания (ОЗМ) в послеоперационном периоде. Существует также ряд других причин, способствующих образованию инфравезикальной обструкции после выполненной ТУР: это вентральная средняя доля, длинный простатический отдел уретры, неудаленные крупные фрагменты ткани или крупные сгустки крови».

Также докладчик упомянул о проблемах, связанных с состоянием мочевого пузыря у мужчин пожилой и старческой возрастной группы и способных приводить к гиперактивности детрузора. Среди них им были названы атеросклероз сосудов таза, нарушение кровоснабжения в стенке мочевого пузыря, рецидивирующее воспаление, возрастные дегенеративные процессы, повышение тонуса симпатической нервной системы.

Вернувшись к результатам исследования, профессор А.Г. Мартов привел интра- и послеоперационные показатели у пациентов обеих групп, сопоставимые по весу удаленной ткани, времени выполнения операции, срокам установки уретрального катетера и проведенным в стационаре койко-дням: различий по этим показателям в группах не было.

Что касается стандартной схемы лекарственной терапии пациентов в исследовании, то, помимо перорального применения фторхинолонов 7 дней, НПВС в виде ректальных свечей 10 дней, гемостатической терапии до достижения визуального эффекта, уросептиков в течение месяца, то в первой группе она включала в себя тамсулозин, а во второй группе – М-холинолитик в сочетании с тамсулозином. Спустя месяц исследователи сравнили показатели в обеих группах. «Через месяц после операции по визуальной аналоговой шкале были отмечены статистически достоверные различия в состоянии пациентов в пользу группы, которая применяла комбинированную терапию, – отметил докладчик. – Изменений в симптоматике по опроснику IPSS (которая, как известно, включает и ирритативные, и обструктивные компоненты) отмечено не было. Однако ирритативные симптомы после выполнения ТУРП практически в два раза уменьшились во второй группе, где к терапии был добавлен М-холинолитик, который повлиял на послеоперационный ирритативный компонент», – сообщил докладчик.

По показателям количества остаточной мочи и максимальной объемной скорости мочеиспускания после проведения операции у пациентов обеих групп в данном исследовании различий отмечено не было. Однако по показателям среднего объема микции (ирритативному компоненту) достоверные различия были получены: в первой группе до и после операции изменений почти не произошло, а во второй – объем микции увеличился на 90 мл после операции.

Что касается побочных эффектов после приема комбинированной терапии, то среди них докладчик назвал сухость во рту (чаще во второй группе), запор (чаще во второй группе). Эти побочные эффекты были ожидаемы и имели легкую степень, поэтому препараты не были отменены ни в одном из случаев.

Новый подход к лечению детей с синдромом неполного опорожнения мочевого пузыря

Т.Л. Божендаев [1], Н.Б. Гусева [1,2], Е.Я.Гаткин [3], Р.О.Игнатьев [2], Э.К. Заботина [1]

[1]ГБУЗ Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ, Москва, Россия

[2]Отдел хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

[3]Медицинский институт Факультета повышения квалификации медработников РУДН, Москва, Россия

На обследовании и лечении находились 58 детей 7–12 лет (36 девочек и 22 мальчиков) с синдромом неполного опорожнения мочевого пузыря. По методу лечения больные были разделены на три группы. Детям в 1-й группе проведено лечение лазером низких частот, во 2-й группе лечение выполнено на основе БОС-терапии, в 3-й группе лечение выполнено двумя этими методами. В 1-й группе отмечалось наличие остаточной мочи, увеличение эффективного объема мочевого пузыря на 15% от исходного. Пациентам 2-й группы удалось повысить скорость эвакуации мочи, но эффективный объем мочевого пузыря остался прежним. В 3-й группе при увеличении эффективного объема мочевого пузыря на 32,5% улучшена эвакуаторная функция и отсутствовала остаточная моча. Без увеличения общего числа микций число сенсорных мочеиспусканий увеличилось на 20% в сутки. При среднем объеме мочеиспускания 180±25 мл на урофлоуметрии скорость потока мочи увеличилась до 18,7±5,7 мл/с. Таким образом, было отмечено улучшение резервуарной и эвакуаторной функции мочевого пузыря одновременно. В результате комплексного лечения методами БОС и НИЛИ больных 3-й группы активизировались самостоятельный волевой контроль и рефлексы мочеиспускания (замыкательный и переключения). Более эффективная коррекция неполного опорожнения мочевого пузыря у детей достигается только при сочетании указанных методов лечения.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Синдром неполного опорожнения мочевого пузыря (термин предложен ICS в 2004 г.) у детей клинически проявляется следующими симптомами: недержанием мочи при переполнении мочевого пузыря (МП), неконтролируемым подтеканием мочи после мочеиспускания, чувством неполного опорожнения пузыря. Возникновение данного синдрома обусловлено дискоординацией детрузорно-сфинктерного аппарата, в результате чего возникает спонтанная внутрипузырная гипертензия, которая провоцирует пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР). Постоянное наличие остаточной мочи в МП приводит к частым рецидивам ПМР после его оперативной коррекции. Проблема лечения детей с ПМР является актуальной и не до конца решенной в связи с недостаточной эффективностью оперативного вмешательства. Урофлоуметрия при таком типе нарушений выявляет дисфункциональный тип кривой.

Одним из вариантов нарушения эвакуаторной функции мочевого пузыря является дисфункциональное мочеиспускание (ДМ). По определению ICCS ДМ – это гиперактивность уретрального сфинктера в фазу мочеиспускания у неврологически нормального ребенка [1]. Асинхронная работа сфинктера и мышц тазового дна часто приводит не только к неэффективному опорожнению МП, но и к задержке дефекации, парадоксальному энкопрезу. ПМР, хроническая мочевая инфекция могут являться следствием дискоординации мышц, участвующих в процессе опорожнения МП [2]. Клинически ДМ проявляется: снижением позыва на мочеиспускание, наличием остаточной мочи, редкими затрудненными мочеиспусканиями, недержанием мочи при переполнении МП.

Вопрос об этиологии нарушения эвакуаторной функции МП у детей без органических патологических изменений нервной системы в настоящее время остается открытым. В связи с тем, что отсутствуют точные данные, касающиеся распространенности ДМ у детей с расстройствами мочеиспускания на территории РФ. В то же время в ходе международных мультицентровых исследований, проведенных в европейских странах, ДМ выявлено у 15% детей с различными расстройствами мочеиспускания. Это послужило основой для разработки и валидации специальных диагностических инструментов квалиметрии, адаптированных для диагностики указанного патологического состояния [3]. Неполное опорожнение МП, обструктивное мочеиспускание в исследованных группах сочеталось с ПМР и хронической мочевой инфекцией в 28,7% случаев [4, 5].

Несмотря на широкий спектр лекарственных средств, подбор способов лечения расстройств мочеиспускания по-прежнему является актуальной проблемой у детей и взрослых. Более 60% расстройств мочеиспускания и дефекации носят функциональный характер вследствие незрелости органов и систем ребенка [14].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В урологическом отделении КДП ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского были обследованы и пролечены 58 детей 7–12 лет (36 девочек и 22 мальчиков) с синдромом неполного опорожнения МП.

Пациенты жаловались на снижение позыва на мочеиспускание, подтекание мочи при переполнении МП. В 68% наблюдений дети не чувствовали позыва на мочеиспускание, и родители напоминали о необходимости осуществить его через 3 и более часов после предыдущей микции. По таблице оценки императивного мочеиспускания Е.Л. Вишневского (2001) провести диагностику не представлялось возможным, т.к. в ней не учтены параметры сфинктерной недостаточности. По таблице незрелого типа мочеиспускания его оценивали в 9–11 баллов. Дезактивацию рефлексов мочеиспускания (замыкательного и переключения) выявляли опытным путем. По первичным характеристикам параметров опорожнения МП дети были разделены на 3 группы, которые представлены в *таблице*.

Таблица Характеристика пациентов

Параметры	1-я группа	2-я группа	3-я группа	Всего
Скорость мочеиспускания при УФМ, мл/сек	11,6±3,8	13,2±2,4	14,8±4,3	13,2±3,5
Эффективный объем мочевого пузыря, мл	187,2±18,4	174,4±28,8	191,4±16,7	184±21,3
Объем остаточной мочи, мл	82,4 ±23,5	72,6±32,2	68,4±33,5	74,5±29,7
Наличие патогенной флоры в моче, n	8	7	7	22
Метод лечения НИЛИ, n	22	–	18	40
Метод лечения БОС, n	–	18	18	36

Расчет статистической однородности исходных показателей трех групп наблюдения был проведен методом непараметрической статистики и анализа качественных данных.

Критерий Манна–Уитни: наблюдений – 58 (22:18:18). U=184 (U ожидаемое: 205,3). Z=–21,3 [0,843022]. Вывод: сдвига нет. Критерий Вилкоксона: *p* – значение (двустороннее) 580:0,84894. Критерий Ван дер Вардена – *p* – значение (двустороннее) –1,02189: 0,75425. Критерий Крамера–Уэлча<1,96.

Таким образом, на момент исследования была доказана статистическая однородность показателей пациентов в исследуемых группах.

При оценке параметров мочеиспускания, сенсорный акт встречался только в 32% наблюдений, что требовало обследования ребенка смежными специалистами. На кривой ЭЭГ у детей была зафиксирована задержка формирования корковой ритмики относительно возраста. По результатам реопельвиографии при наполнении МП отмечался ангиоспазм, снижение амплитуды систолической волны до 0,011, Ом при 0,033 Ом и скорости быстрого кровенаполнения до 0,12–0,25 Ом/сек (норма 0,45–0,55 Ом/сек), который в 24 случаях усиливался при опорожнении МП.

У детей остаточная моча составляла до 50% от эффективного объема МП. Бактериурия (*Escherichia coli*) выявлялась у 22 девочек, что потребовало противовоспалительного лечения. По данным урофлоуметрии (УФМ), скорость мочеиспускания была снижена до 11,6±3,8 мл/сек. Но учитывая снижение функционального объема МП на 23,4% от средневозрастного, снижение скорости потока было до 74,6% от нормы.

В зависимости от проведенного лечения, но при схожести клинических проявлений, дети были разделены по группам (в связи с амбулаторным режимом проведения исследования). Родители самостоятельно выполняли приемы поведенческой терапии: режим принудительных мочеиспусканий, стимуляцию сенсорных мочеиспусканий, индивидуальный режим потребления жидкости в течение 3 месяцев по рекомендации врача. В 1-й группе (22 ребенка), была выполнена терапия лазером низких частот (10 сеансов). Во 2-й группе (18 человек) проведено лечение на основе биологической обратной связи (БОС) стимулирующим методом (10 сеансов). Дети 3-й группы (*n*=18) получили комплексное лечение: 10 сеансов лазером и 10 сеансов БОС-терапии.

С помощью аппарата магнито-лазерной терапии «МИЛТА» с арсенид-галиевым лазером осуществлялось лечение лазером низких частот, светодиодными источниками света и кольцевым магнитом. Параметры лазерного излучения: длина волны лазерного источника энергии 890 нм, светодиодных источников 860–960 нм. Индукция постоянного магнитного поля составляла не менее 35 мТл. Мощность светового потока (Р) составила 4 Вт в импульсе. Частота следования импульсов равнялась 50 Гц [6].

На приборе «Уростим» (Laborie, Канада) был выполнен метод БОС-терапии, который заключался в проведении стимуляционной сессии в режиме Stim Bio после стандартной педиатрической. МП наполнялся естественным путем до пороговой чувствительности под контролем УЗИ до возрастного объема наполнения [7].

Сессия в стимулирующем режиме состояла из 10 сеансов по 28 минут чередующихся: фаз расслабления по 8 секунд

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ПАТЕНТ

НА ИЗОБРЕТЕНИЕ

№ 2609738

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Патентообладатель: Гаткин Евгений Яковлевич (RU), Гусева Наталья Борисовна (RU)

Авторы: Гаткин Евгений Яковлевич (RU), Гусева Наталья Борисовна (RU), Корсунский Анатолий Александрович (RU), Заботина Элона Кареновна (RU), Божендаев Тимофей Леонидович (RU), Даренков Сергей Петрович (RU)

Заявка № 2015147285

Приоритет изобретения 05 ноября 2015 г.

Дата государственной регистрации в Государственном реестре изобретений Российской Федерации 02 февраля 2017 г.

Срок действия исключительного права на изобретение истекает 05 ноября 2035 г.

Руководитель Федеральной службы по интеллектуальной собственности Г.П. Ивлиев

и фаз стимуляции по 12 секунд силой тока 5 мА и частотой 75 Гц с пропускной способностью стимула до 500 мС с контролем эффективности лечения с помощью УФМ с последующим определением резидуального объема [8].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У детей при лечении расстройств мочеиспускания ангиологического генеза требуется проведение комплексного лечения, состоящего из совокупности средств и методов вазопротекторного действия. В 1-й группе проведенная терпия низкоэнтенсивным лазерным излучением (НИЛИ) позволило купировать симптомы циркуляторной гипоксии. Исходно сниженные показатели скорости быстрого кровенаполнения сосудов в регионе (0,12–0,25 Ом/сек) под воздействием энергии лазера удалось улучшить (до 0,25–0,35 Ом/сек), снизив ангиоспазм. Купирование циркуляторной гипоксии позволило получить ожидаемые результаты в виде увеличения эффективного объема МП на 15% от исходного. Но изменений сфинктерной активности не было отмечено. По данным УФМ скорость потока мочи не изменилась. Резидуальный объем мочи сократился на 16,8%.

На основе БОС-терапии проводился лечебный комплекс для коррекции нарушения эвакуаторной функции нижних мочевыводящих путей у детей с морфофункциональной незрелостью и снижением активности рефлексов мочеиспускания. Пациентов 2-й группы лечили методом БОС-терапии, в результате удалось улучшить параметры эвакуации мочи. Через 1 месяц после курса лечения при контроле методом УФМ скорость мочеиспускания увеличилась до 18,7±3,2 мл/сек за счет увеличения эффективного объема мочеиспускания на 23% (180±15мл). Исходно у 68% детей было моторное мочеиспускание, т.е. родители напоминали им о необходимости осуществить мочеиспускание через 3–4 часа после предыдущей микции. На фоне БОС-терапии число детей с моторным мочеиспусканием сократилось до 38%. По таблице незрелого типа мочеиспускания было 9–11 баллов, после окончания процедур – 15–19 баллов. У пациентов стал появляться волевой контроль мочеиспускания, активировались рефлексы: замыкательный и переключения. Общий объем МП остался в прежней позиции, что было ожидаемо, БОС-терапия не повлияла на увеличение объема МП, а действовала только на активацию проводящих путей МП [9].

У пациентов 3-й группы проведено комплексное лечение НИЛИ и БОС-терапией.

У пациентов 3-й группы выявлено увеличение эффективного объема МП на 32,5% с соответствующим снижением резидуального объема, по данным дневников мочеиспускания. Сенсорные мочеиспускания увеличились на 20% в сутки без увеличения общего числа микций. При среднем объеме мочеиспускания (180±25 мл) скорость потока мочи увеличилась до 18,7±5,7 мл/сек. Таким образом, было отмечено одновременное улучшение резервуарной и эвакуаторной функций МП.

У детей морфофункциональная незрелость, дисфункция МП неорганического генеза сопровождаются расстройствами кровообращения передних отделов малого таза. Структурно-биоэнергетические нарушения в гладкой мускулатуре МП возникают наряду со снижением активности рефлексов мочеиспускания и дефицита гемоциркуляции [10].

Особенности излучения лазеров низкой интенсивности, которые делают его применение в педиатрии актуальным – это монохроматичность, когерентность, минимальное расхождение потока излучения, перенос энергии с малыми потерями, возможность создания широкого спектра плотности, мощности и фокуса на минимальной площади. Оказанная энергией НИЛИ существенная стимуляция репаративных процессов в поврежденных или обедненных тканях приводит к улучшению клеточного энергообмена. Биостимулятором клеток гладкой мускулатуры является монохроматический красный цвет в связи с его физико-химическими свойствами ионной проницаемости. Активация внутриклеточных органелл, обусловленная резонансным поглощением специфическим акцептором, высвобождает активность АТФ-азной системы, которая приводит к усилению биоэнергетических процессов [11].

Повышение скорости кровенаполнения сосудов, снятие спазма, нормализация биоэнергетических процессов в гладкой мускулатуре и, следовательно, увеличение эффективного объема МП и улучшение комплаентности детрузора происходят при воздействии лазерного излучения на область МП. Метод БОС-терапии способствует активации рефлексов мочеиспускания: замыкания и переключения, повышает продуктивность самостоятельного опорожнения МП. Появлению волевого контроля и достижению зрелости мочеиспускания способствуют сочетанное, потенцированное вазоактивное действие и нейрофизиологическая модуляция [12].

Разработанный нами режим лечения детей с дисфункциональным мочеиспусканием заключается не только в воздействии на сфинктерный аппарат, но в комплексной коррекции ангиоспазма и опосредованном воздействии на сенсорную часть рефлекторной дуги, что позволяет оказывать влияние на все звенья патологической цепи «ангиоспазм – сокращение эффективного объема МП – дискоординация детрузора и сфинктера – патологическая рефлюксация резидуального объема – рефлюкснефропатия» [13].

Техническим результатом данного способа является купирование ангиоспазма в бассейне передних отделов сосудов малого таза путем повышения амплитуды быстрого кровенаполнения с помощью энергии лазеров низкой интенсивности местного воздействия. Позитивное влияние на регионарное кровообращение МП способствует увеличению его эффективного объема и активации сенсорной части рефлекторной дуги, что проявляется увеличением числа сенсорных мочеиспусканий. Использование данного изобретения перед известным методом БОС-терапии позволяет потенцировать эффективность его воздействия, что достоверно контролируется методом УФМ с электромиографией.

«...»

На основании полученных результатов наших исследований мы рекомендуем проводить у детей с дисфункциональным мочеиспусканием комплексное лечение по разработанной методике, включающее комплексное воздействие энергии лазеров низкой интенсивности и БОС-терапию

Суть разработанного и запатентованного нами метода состоит в коррекции ангиологических нарушений, которые способствуют спазму гладкой мускулатуры и замедлению активации рефлексов мочеиспускания. Ангиотропное воздействие с помощью энергии НИЛИ потенцирует воздействие стимуляционных методик (БОС-терапия), что в совокупности функционально уравновешивает работу МП, как синхронизируя работу детрузора и сфинктерного аппарата, так и восстанавливая волевой контроль (изобретение №2609738).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нарушение мочеиспускания у детей без органических патологических изменений в публикациях исследователей разных клиник и научных школ традиционно рассматривается как вариант синдрома гиперактивного пузыря. При таком подходе внимание акцентируется только на восстановлении резервуарной функции МП без учета работы сфинктера. Проблемы с дезактивацией рефлексов тазового дна, которые проявляются диссинергией, нарушением эвакуации мочи, часто имеют дети с признаками незрелости органов и систем. В случае дисфункционального мочеиспускания коррекция нарушений лежит в плоскости комплексного лечения: комбинации методов вазоактивного воздействия и активации тазовых рефлексов на фоне длительной поведенческой терапии (терапии дозревания).

Проводя комплексное лечение запатентованной нами технологией, мы восстанавливаем нормальное кровоснабжение тканей, улучшая трофику тканей, тем самым улучшая как резервуарную, так и эвакуаторную функции МП, а после БОС-терапии у детей появляется контролируемое мочеиспускание. При этом улучшаются показатели уродинамики и снижается риск развития инфекции мочевыводящих путей в связи отсутствием остаточной мочи. Развитие и рост бактериальной флоры в нижних мочевыводящих путях, особенно у девочек, связаны с нарушением регулярного опорожнения МП. Кишечная палочка является наиболее опасной в плане развития инфекционно-воспалительного процесса. Анатомически женская уретра является более короткой по длине, чем мужская, и предрасположена к контаминации микробной флорой. Неполное опорожнение МП создает условия для развития восходящей мочевой инфекции с поражением верхних мочевыводящих путей и почек. Эффективность противовоспалительной и антимикробной терапии у таких пациентов зависит от интенсивного восстановления полноценной эвакуации мочи.

Таким образом, на основании полученных результатов наших исследований мы рекомендуем проводить у детей с дисфункциональным мочеиспусканием комплексное лечение по разработанной методике, включающее комплексное воздействие энергии лазеров низкой интенсивности и БОС-терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Neveus T., von Gontard A., Hoebeke P., Hjälmås K., Bauer S., Bower W., Jørgensen T.M., Rittig S., Walle J.V., Yeung C.K., Djurhuus J.C. The stan-dardization of terminology of lower urinary tract functionin children and adolescents: report from the Standardisation Committee of the International Children's. Continence Society. J. Urol. 2006;176(1):314–24.
2. Söderstrom U., Hoelcke M., Alenius L., Söderling A.C., Hjern A. Urinary and faecal incontinence:a population-based study. Acta Paediatr. 2004;93(3): 386–9.
3. Bakker E., van Sprundel M., van der Auwera J.C., van Gool J.D., Wyndaele J.J. Voiding habits and wettingin a population of 4,332 Belgian schoolchildren aged between 10 and 14 years. Scand. J. Urol. Nephrol. 2002;36(5):354–62.
4. Sureshkumar P., Jones M, Cumming R., Craig J. A population based study of 2,856 school-age children with urinary incontinence. J. Urol. 2009; 181 (2):808–15; discussion 815–6.
5. Sureshkumar P., Craig J.C., Roy L.P., Knight J.F. Daytime urinary incontinence in primary school children: a population-based survey. J. Pediatr. 2000; 137(6):814–8.
6. Гаткин Е.Я. Применение лазерной фотостимуляции в детской хирургии. Дисс. докт. мед. наук. М., 2009.
7. Гусева Н.Б., Вишневский Е.Л., Игнатьев Р.О. Перспективы метода биологической обратной связи в комплексном лечении детей с дисфункциями тазового дня. Рос. вест. 2010;1:89–96.
8. Вишневский Е.Л., Гусева Н.Б., Игнатьев Р.О., Панин А.П. Патент «Способ лечения детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря при снижении позыва к мочеиспусканию методом биологической обратной связи» №2452531, 2010 г.
9. Панин А.П. Алгоритм диагностики и эффективность лечения гиперактивного мочевого пузыря у детей Дисс. канд. мед. наук. М., 2010.
10. Заботина Э.К. Динамика кровообращения и функционального состояния при лечении пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей. Дисс. канд. мед. наук. М., 2006.
11. Кульчавеня Е.В., Лазерная терапия в комплексном лечении туберкулеза мочевой системы. Дисс. докт. мед. наук. СПб.,1997.
12. Длин В.В., Османов И.М., Чугунова О.Л., Корсунский А.А., Инфекция мочевой системы у детей, Руководство для врачей. М., 2011. Т. 1. С. 286–304.
13. Божендаев Т.Л., Гаткин Е.Я., Гусева Н.Б., Корсунский А.А., Заботина Э.К., Даренков С.П. Способ лечения нейрогенной дисфункции мочевого пузыря. Описание изобретения к патенту №2609738. 2017. Бюллетень №4. С. 1.
14. Вишневский Е.Л., Лоран О.Б., Вишневский А.Е. Клиическая оценка расстройств мочеиспускания. М., 2001. 96 с.

X МОСКОВСКАЯ УРОЛОГИЧЕСКАЯ ШКОЛА

12 - 13 ноября 2020
Москва, Гостиница Славянская

Департамент здравоохранения города Москвы

МГМСУ им. А. И. Евдокимова

Первый МГМУ им. И. М. Сеченова

Европейский медицинский центр

Европейская Ассоциация Урологов

Российское общество урологов

ОСНОВНЫЕ ТЕМАТИКИ

- доброкачественная гиперплазия предстательной железы
- симптомы нижних мочевыводящих путей
- эректильная дисфункция
- мужское бесплодие
- функциональная урология
- нейроурология
- инфекции мочевой системы
- онкоурология
- лазерная хирургия в урологии

По вопросам участия обращаться:
+7 (495) 646-01-55
uroschool@ctogroup.ru
urostandart.moscow

РЕКЛАМА

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ И ДРУЗЬЯ,
ДАМЫ И ГОСПОДА!
Российское общество по эндоурологии
и новым технологиям (РОЭНТ)

При поддержке:
Российского общества урологов (РОУ)
МОО «Мужское и репродуктивное здоровье»
Медицинского научно-образовательного центра МГУ им М.В. Ломоносова
Кафедры урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Приглашает Вас принять участие в

VII Российском конгрессе
по эндоурологии и новым технологиям
с международным участием

РЕКЛАМА

который состоится в Москве 22–24 октября 2020 года,
пройдет в гостинице «Президент- Отель» по адресу:
г. Москва, ул. Б. Якиманка, 24

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

Обращаем Ваше внимание, что прием тезисов
осуществляется до 01.07.2020 года
по e-mail: dergakov@mail.ru, hammerwise@gmail.com

Координаты оргкомитета: Лалабекова Марина Валерьевна,
тел. +7 (925) 941-09-65, e-mail: marina.lal@mail.ru
Технический организатор: ООО «Научно-методический организационный медицинский центр»
Информационная поддержка: газета «Московский уролог» www.rusmh.org/gazeta-urolog
Официальный сайт: www.endourolrus.org www.uroweb.ru

Теломеразы в диагностике рака мочевого пузыря

Д.М. Камалов, А.С. Тивтикян
Медицинский научно-образовательный центр МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва
Кафедра урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва

Д.М. Камалов, к.м.н., уролог медицинского научно-образовательного центра МГУ имени М.В. Ломоносова, старший преподаватель кафедры урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ имени М.В. Ломоносова, к.м.н.

А.С. Тивтикян,
уролог, аспирант кафедры урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ имени М.В. Ломоносова

Тема рака мочевого пузыря (РМП) на сегодняшний день остается одной из самых актуальных в урологии. РМП – злокачественное новообразование, зачастую никак себя не проявляющее на начальных стадиях. Наиболее частым симптомом является примесь крови в моче. Самым распространенным способом диагностики РМП является ультразвуковое исследование наполненного мочевого пузыря, однако оно является субъективным методом, к тому же небольшие образования могут остаться незамеченными. Самым достоверным методом диагностики РМП является цистоскопия. Цистоскопия – инвазивный метод обследования, требующий наличия специального оборудования, анестезиологического пособия. Существуют гибкие цистоскопы, при использовании которых не требуется анестезия, хотя процедура должна быть выполнена в специальном помещении. Современные поликлиники в Российской Федерации не всегда располагают такой возможностью.

РМП встречается в 7–10% среди всех впервые выявленных онкологических заболеваний. По всему миру стандартизированная по возрасту частота заболевания составляет 9 случаев на 100 тыс. для мужчин и 2,2 случая на 100 тыс. для женщин. Смертность во всем мире от РМП на 100 тыс. человек составила 3,2 случая у мужчин и 0,9 у женщин.

В группе риска по заболеваемости РМП состоят множество потенциальных пациентов. Наиболее доказанным фактором риска является хроническое воздействие анилиновых красителей на организм, чаще всего, сотрудники предприятий по производству лакокрасочных покрытий входят в это число. Кроме того, у пациентов с хроническим циститом существенно возрастает вероятность развития злокачественного новообразования. Среди факторов риска также следует отметить курение. В крупных рандомизированных исследованиях в группе пациентов, отказавшихся от курения, существенно снижалась заболеваемость РМП.

Около 70–80% впервые выявленных случаев РМП относятся к немышечно-инвазивному виду новообразования (Ta, T_1, Tis). Методом выбора лечения данных пациентов является трансуретральная резекция (ТУР) мочевого пузыря. Особенностью данного вида рака является его высокая частота рецидивирования (до 70%) и прогрессирования (до 30%).

Заболевание осложняется уже тем, что стадия T2 подразумевает собой практически безальтернативное использование радикального оперативного лечения ввиду высокого риска метастазирования. Поэтому в случае среднего или высокого онкологического риска больным РМП стадиях (Ta, T1, Tis), дополнительно проводится внутрипузырная инстилляции вакцины БЦЖ или химиотерапия.

РМП – социально-значимое заболевание, не имеющее достоверных маркеров в крови, либо в моче. Несмотря на то, что немышечно-инвазивный вид этого новообразования поддается лечению, частота рецидивов высока, она зависит как от индивидуальных особенностей опухоли, так и от навыков оперирующего хирурга и послеоперационного ведения больных. Цистоскопия – метод, основывающийся на способностях хирурга распознать новообразование, однако РМП *in situ* выявить без специальных методов визуализации невозможно.

Таким образом, в мировом врачебном сообществе встал вопрос о разработке и внедрении нового онкомаркера. Это дало бы возможность проводить скрининг, а также контролировать рецидив заболевания.

Молекулярно-генетическая диагностика РМП – направление, которое развивается в последние 10–12 лет и изучает влияние ряда сигнальных путей, вовлеченных в регулирование клеточного цикла, процессы дифференцировки, приводящих в случае их нарушения к образованию опухолевых заболеваний. Исследование активности генетических маркеров способно, в некоторой степени, прогнозировать активность опухолевого процесса, быть маркером прогрессирования РМП а также служить в качестве неинвазивного скринингового метода ранней диагностики этого заболевания.

Среди наиболее изученных генетических маркеров выделяют несколько молекулярно-генетических маркеров. Ген-супрессор опухоли TP53, расположенный в локусе p13.1 17-й хромосомы и кодирующий транскрипционный фактор p53 (утрата указанного локуса ведет к потере супрессивной функции белка p53 и к прогрессированию РМП). Ген *CDKN1A*, локализованный в локусе

«...»

Рак мочевого пузыря встречается в 7–10% среди всех впервые выявленных онкологических заболеваний. По всему миру стандартизированная по возрасту частота заболевания составляет 9 случаев на 100 000 для мужчин и 2,2 случая на 100 000 для женщин. Смертность во всем мире от рака мочевого пузыря на 100 000 человек составила 3,2 случая у мужчин и 0,9 у женщин

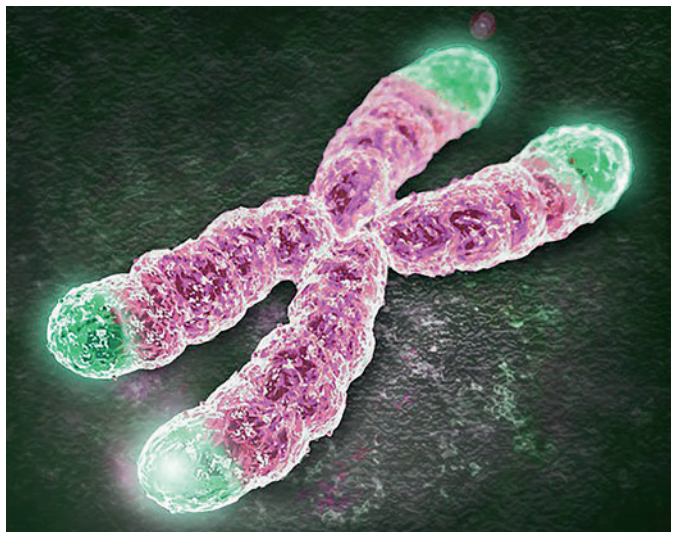


Рисунок 1. Теломераза

Рисунок 2. ПЦР диагностика

p21.1 на 6-й хромосоме и кодирующий ингибитор циклинзависимой киназы p21. Ген MDM2, расположенный в локусе q14.3-q15 12-й хромосомы и кодирующий белок *MDM2* – природный ингибитор p53 (при РМП обнаружено увеличение числа копий указанного гена). Ген *INK4a*, расположенный в локусе p21 9-й хромосомы и кодирующий одновременно два негомологичных ядерных белка – *P16INK4a* и P14ARF (продукты альтернативных рамок считывания; причем P14ARF из них способен стабилизировать и активировать белок p53, так что нормальная работа указанного гена обеспечивает снижение проонкогенной активности). Онкомаркер UBC – специфический маркер РМП, представляющий собой растворимый фрагмент цитокератинов (18 и 8), которые появляются при разрастании раковых клеток. UBC антиген РМП имеет специфичность 95% и чувствительность 60–78%. Возрастание уровня этого маркера также возможно при развитии воспалительных процессов, в т.ч. бактериальной этиологии, которым подвержена мочеполовая система человека. Онкомаркер NMP22 предназначен для ранней диагностики злокачественной опухоли, является белком ядерного матрикса и одним из специфических онкомаркеров РМП, чувствительность которого – до 70%. Онкомаркер TPS является неспецифическим маркером РМП, представляющий собой тканевой полипептид (цитокератин 18). Наибольший уровень цитокератина 18 в крови у больных РМПс, метастазами. TPS играет важную роль в прогнозировании выживания в течение первого года после проведения лечебных мероприятий.

Тем самым, приходится констатировать, что вышеперечисленные маркеры не обладают достаточной специфичностью и чувствительностью в диагностике РМП, поэтому поиск новых маркеров этого заболевания является актуальной задачей.

Фермент теломераза поддерживает теломеры на концах хромосомы. Обратная транскриптаза теломеразы (TERT) в комплексе с теломеразной РНК контролирует рост теломер и участвует в регуляции количества делений клеток. По сравнению с нормальными соматическими клетками, экспрессия гена *TERT* восстанавливается в большинстве типов опухолевых клеток (до 90%), обеспечивая защиту от апоптоза соматической клетки после определенного числа клеточных делений. Для РМП такая активация происходит за счет появления соматических мутаций в промоторной области гена *TERT*. Мутации, такие как C228T и C250T в промоторной области гена *TERT*, создают новые сайты связывания фактора транскрипции, специфичного для трансформации E26 (ETS), который регулирует появление мРНК TERT (см. рис. 1 и 2).

В настоящее время Международным агентством по изучению рака (МАИР) при Всемирной организации здравоохранения, проведен анализ встречаемости мутаций *TERT 228T* и *TERT 250T* при РМП для европейской популяции. Разработана технология диагностики РМП с помощью цифровой ПЦР (dd-ПЦР) и изучение мутаций *TERT 228T* и *TERT 250T*, имеющих высокую специфичность для идентификации опухолевых клеток. Проведенные исследования по определению данных мутаций выявили высокую специфичность и чувствительность данного метода исследования, которая достигает 98%.

Биоматериалом для исследования в данном случае является отнюдь не кровь, а моча, что делает данный вид диагностики проще в использовании: сбор мочи не требует специальных навыков среднего медицинского персонала, он может быть осуществлен в т.ч. самим пациентом. После центрифугирования и выделения ДНК, выполняется ПЦР и исследуются мутации обратной транскриптазы TERT 228T и TERT 250T. Данный анализ следует проводить как скрининг РМП, так и контроль рецидива заболевания. В свою очередь это позволит своевременно выполнять повторную резекцию мочевого пузыря, проводить БЦЖ или химиотерапию, что увеличивает шансы пациента избежать в будущем радикальную операцию (цистэктомию).

Новый метод диагностики РМП призван улучшить выявляемость онкологического заболевания, улучшить послеоперационный контроль заболевания, снизить долю пациентов с мышечно-инвазивным РМП. Предполагаемое пособие может быть внедрено по всей стране не только в крупных центрах, но и в простых районных поликлиниках. Одной из национальных задач является борьба с онкологическими заболеваниями. Очевидно, что ранняя диагностика гораздо эффективней и доступней как для пациента, так и для системы здравоохранения в целом.

«...»

Новый метод диагностики рака мочевого пузыря призван улучшить выявляемость онкологического заболевания, улучшить послеоперационный контроль заболевания, снизить долю пациентов с мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря

Ятрогенные стриктуры уретры у мужчин: диагностика и методы лечения

На одной из сессий совместного Конгресса урологов ОАО РЖД и ФМБА России «От атома – к клиническим стандартам» аспирант кафедры урологии и андрологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова **Мурат Клычбиевич Семенов** сделал доклад под руководством уролога-андролога Государственной клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова, профессора **Сергея Владиславовича Котова** о современном состоянии проблемы стриктур уретры.

Доктор М.К. Семенов напомнил о том, что ятрогенными принято считать стриктуры уретры, пусковым механизмом патогенеза которых являются медицинские вмешательства на мочеиспускательном канале. Докладчик отметил, что, по данным китайских урологов, случаи поражения уретры вследствие трансуретрального вмешательства у пациентов могут достигать 46%. По статистике, приводимой урологами развитых европейских стран, случаи ятрогенных стриктур уретры встречаются у 35% пациентов, в развивающихся странах 36% пациентов получают травмы в результате операций, из них ятрогенные стриктуры уретры встречаются у 16% больных.

Классифицируя ятрогенные стриктуры уретры, докладчик разделил их на две категории – стриктуры после трансуретральных вмешательств (ТУР) и стриктуры после проведения лучевой терапии органов малого таза. По его мнению, первая категория стриктур может возникать у пациентов либо после трансуретральных операций и манипуляций, (после ТУР предстательной железы – ПЖ, эндоскопической энуклеации ПЖ, ТУР мочевого пузыря, уретроцистоскопии, после дренирования мочевого пузыря уретральным катетером, после бужирования уретры, травматичной катетеризации, после введения агрессивных химических веществ – серебро- или спиртосодержащих), либо в результате операций на уретре (стриктуры неоуретры после операций по поводу гипоспадии, стриктуры уретры/облитерации простатического отдела уретры после открытых аденомэктомий).

Далее доктор М.К. Семенов рассказал об исследовании, которое было проведено на базе ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова. Здесь с 2011 по 2016 г. был прооперирован 321 пациент с диагнозом стриктуры уретры. Из этого числа пациентов были отобраны 133 человека, у которых были диагностированы ятрогенные стриктуры уретры. Средний возраст больных составил 66 лет, а средняя протяженность стриктуры уретры у них составляла 2,9 см. Критериями включения пациентов в исследование стали случаи после транс- (интра) уретральных вмешательств, бужирования уретры, травматичной катетеризации, посткатетерных стриктур, после неудачного лечения по поводу гипоспадии, а также после открытых операций по поводу доброкачественной гиперплазии ПЖ (ДГПЖ).

Все исследуемые пациенты были разделены на 4 группы: в первую вошли пациенты со стриктурами уретры после ТУР-вмешательств (включая бужирование и травматичную катетеризацию), во вторую – пациенты с посткатетерными стриктурами, в третью – пациенты со стриктурами неоуретры после операции по поводу гипоспадии, в четвертую – мужчины со стриктурами после выполненных операций ЧПАЭ (чрезпузырной аденомэктомии)/ПЛАЭ (позадилонной аденомэктомии).

В первую группу вошли 72 (54%) пациента, протяженность стриктур у них составляла не более 2 см, преимущественная локализация наблюдалась в бульбозном отделе, а среди особенностей были отмечены короткая протяженность стриктуры, невыраженная степень спонгиофиброза, при этом более частые поражения встречались в проксимальном бульбозном отделе уретры. Во вторую группу вошли 45 (34%) пациентов, протяженность стриктур у которых составляла 2,4 см, преимущественная локализация наблюдалась в бульбозном отделе, среди особенностей были отмечены более протяженный дефект уретры, местами поражений были как бульбозный, так и пенильный отделы уретры, встречались пануретральные стриктуры, спонгиофиброз был выраженным. В третьей группе из 7 (5%) пациентов протяженность стриктур составляла 6 см, преимущественная локализация наблюдалась в пенильном отделе, среди особенностей были отмечены поражения дистальной части уретры, дефицит местных тканей, выраженные рубцовые изменения, увеличенная протяженность стриктур. Четвертую группу составили 9 (7%) пациентов, протяженность стриктур у них составляла 2 см, преимущественная локализация наблюдалась в бульбозном отделе и задней уретре, среди особенностей были отмечены выраженные рубцовые изменения, частые облитерации, поражение задней уретры.

«У всех пациентов четырех групп был проведен ряд исследований: морфологическое (окрашивание гемотоксилином и эозином), гистохимическое (окрашивание по Ван-Гизону для изучения морфологического субстрата стриктуры и ее соединительной ткани), иммуногистохимическое (реакция с маркерами воспаления – CD45R, CD58, CD20, CD3, с маркерами мышечной и фиброзной тканей – Desmin, Smooth Muscle Actin, Vimentin, Calponin-1), морфометрия (анализ распределения мышечных и фиброзных элементов стромы), – сказал докладчик. – По результатам морфологических исследований все пациенты были разделены на три группы: в группу А вошли пациенты с выраженным воспалением (густой диффузный хронический воспалительный инфильтрат) без признаков фиброза стромы, в группу Б – пациенты с выраженным фиброзом стромы при слабо выраженном (рассеянные клетки воспаления) хроническом воспалительном процессе, в группу В – пациенты с признаками хронического воспаления и различной степенью разрастания соединительной ткани. По результатам морфометрии было показано, что у пациентов группы А доля эластического компонента стромы достигала 37%, в группе Б – 72%, в группе В – 51%. По результатам иммуногистохимического исследования во всех 3 группах пациентов наблюдалась активная экспрессия маркеров мышечной и фиброзной ткани, а реакция с маркерами воспаления имела прямую зависимость от степени выраженности воспалительного процесса и степени разрастания соединительной ткани».

> «...»
>
> ***Ятрогенные стриктуры у пациентов занимают «лидирующее» место среди всех случаев стриктур уретры, составляя 43,6%. При этом основной причиной этиологии ятрогенных стриктур становятся трансуретральные оперативные вмешательства на ПЖ (54%)***

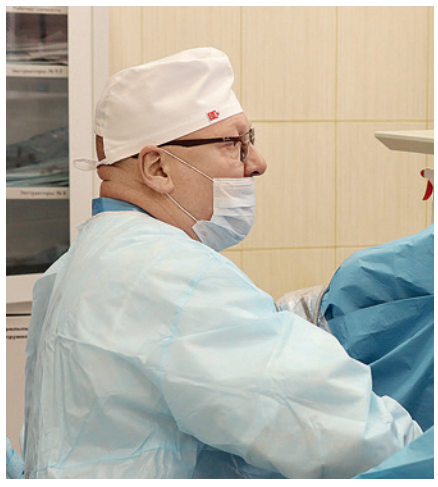
Говоря о распределении показателей воспаления по этиологическим группам, докладчик отметил следующее: «В первой группе пациентов, перенесших трансуретральные вмешательства, преобладали признаки хронического воспаления (по сравнению с фиброзом), при этом медиана оценки воспалительного процесса составляла 66%. Во второй группе пациентов с травматической этиологией стриктуры мочеиспускательного канала преобладали признаки фиброза (по сравнению с другими этиологическими группами). Медиана оценки фиброзной ткани составляла 68%».

Среди видов оперативных вмешательств, которые были выполнены пациентам, доктор М.К. Семенов перечислил следующие: внутренняя оптическая уретротомия (ВОУТ), резекция уретры, а также одноэтапные пластические методики с применением буккального лоскута. Что касается доли успешных операций, то в первой группе ВОУТ была эффективной у 52% пациентов, анастомотические методы – у 89% пациентов, одноэтапные – у 88% пациентов. Во второй группе ВОУТ была эффективной у 50% пациентов, анастомотические методы не дали рецидивов, одноэтапные методы были успешны у 82% пациентов. В третьей группе пациентов одному больному не удалось выполнить успешную пластику в один этап, после выполнения многоэтапных методов пластики ни у кого из пациентов не отмечалось рецидивов. В четвертой группе пациентов, у которых причиной стриктуры являлись открытые операции по поводу ДГПЖ, эффективность ВОУТ достигла 33%, анастомотические методы были эффективны у 75% пациентов.

Подводя итог сказанному, доктор М.К. Семенов сообщил: «Ятрогенные стриктуры у пациентов занимают «лидирующее» место среди всех случаев стриктур уретры, составляя 43,6%. При этом основной причиной этиологии ятрогенных стриктур становятся трансуретральные оперативные вмешательства на ПЖ (54%). Методы уретропластики при ятрогенных стриктурах уретры обеспечивают высокую эффективность восстановления нормативного мочеиспускания более чем у 80% пациентов. При первичных коротких стриктурах, развившихся у пациентов после ТУР ПЖ, следует отдавать предпочтение анастомотическим (конец в конец или без пересечения спонгиозного тела) уретропластикам, которые дают положительный эффект у 89% пациентов. Выполнение ВОУТ возможно у строго отобранной (со стриктурой менее 0,5 см) группы пациентов».

АЛЕКСЕЙ ГЕОРГИЕВИЧ МАРТОВ (К 60-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

Заведующему отделением урологии ГКБ им. Д. Д. Плетнева ДЗМ, доктору медицинских наук, профессору, заведующему кафедрой урологии ИПК ФМБА, ведущему научному сотруднику отдела урологии и андрологии Медицинского научно-образовательного центра Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова Мартову Алексею Георгиевичу 30 октября 2019 г. исполнилось 60 лет.



Мартов Алексей Георгиевич родился в семье врачей. В 1982 г. закончил 1-й Московский медицинский институт им. И.М. Сеченова по специальности «лечебное дело». В 1985 г. закончил Московский Ордена Дружбы народов государственный педагогический институт иностранных языков им. Мориса Тореза (факультет ВФСДС, английский язык).

С 1979 по 1982 г. учебу в институте сочетал с работой лаборанта, затем фельдшера отделения скорой и неотложной помощи 1-й поликлиники 4-го Главного управления при Минздраве СССР, с 1982 по 1987 г. обучался в ординатуре, затем в аспирантуре на кафедре урологии и оперативной нефрологии 2-го Московского Ордена Ленина государственного медицинского института им. Н.И. Пирогова. В 1987 г. успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему «Чрескожное (чресфистульное) лечение нефроуретеролитиаза».

С 1987 по 2008 г. работал в Научно-исследовательском институте урологии Минздрава России сначала в должности младшего, затем старшего научного сотрудника отдела эндоскопических методов диагностики и лечения и ДЛТ, в 1991 г. стал заведующим отделом эндоурологии и новых уротехнологий, в 2006 г. – зам. директора по научно-клинической работе того же института. В 2008 г. перешел на работу в ГКУБ №47 Москвы, где до 2012 г. работал в должности заведующего отделением эндоскопической урологии, после закрытия больницы занял пост заведующего отделением урологии (минимально инвазивных методов диагностики и лечения) ГКБ №57 Москвы (сейчас ГКБ им. Д.Д. Плетнева ДЗМ), где и работает по настоящее время. С 2012 г. – заведующий кафедрой урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА, с 2018 г. – ведущий научный сотрудник отдела урологии и андрологии Медицинского научно-образовательного центра Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова.

В 1993 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Рентгеноэндоскопические методы диагностики и лечения заболевания почек и верхних мочевых путей (суправезикальная эндоурология)», написанную в монографическом стиле, которая на долгие годы стала настольным руководством врачей-эндоурологов. С 1995 г. А.Г. Мартов имеет высшую врачебную квалификационную категорию по специальности «урология», в 2000 г. ему присвоено ученое звание профессора ВАК, с 2001 по 2004 г. был главным урологом Министерства здравоохранения РФ. В 2001 г. избран членом-корреспондентом, в 2018 г. – академиком Российской академии естественных наук (РАЕН), в 2009 г. – академиком Медико-технической академии. В 2005 г. присвоено звание «Заслуженный врач Российской Федерации». В 2013 г. Правительством Москвы А.Г. Мартов номинирован на звание «Лучший уролог», в 2019 г. награжден орденом Почета.

Алексей Георгиевич является одним из ведущих специалистов страны в области разработки новых малоинвазивных методов диагностики и лечения урологических заболеваний. К основным направлениям его научных и клинических исследований относятся: разработка и определение диагностических и лечебных возможностей новых технологий в урологии, в частности эндоурологии и лапароскопии; совершенствование перкутанных и трансуретральных рентгенэндоскопических методов диагностики и лечения заболеваний почек, верхних и нижних мочевыводящих путей; внедрение малоинвазивных и нетравматичных оперативных пособий для лечения больных мочекаменной болезнью, доброкачественной гиперплазией и раком предстательной железы, раком мочевого пузыря, стриктур и свищей верхних и нижних мочевыводящих путей, кистозных заболеваний почек и др.

А.Г. Мартов – пример высокого профессионализма, ежегодно он выполняет более 400 сложных оперативных вмешательств, большая часть из которых – комплексные и комбинированные или выполняются после предшествовавших многократных оперативных вмешательств. Кроме того, он ведет активную научно-педагогическую работу. С 1991 г. руководит Школой обучения по эндоурологии, в которой подготовлены свыше 700 специалистов из России и стран СНГ.

Алексей Георгиевич – неутомимый ученый, он опубликовал более 1000 научных работ, из них 12 методических рекомендаций, 21 монография, написанных как лично, так и в соавторстве, в т.ч. Учебник по урологии и Национальное руководство по урологии, издано 3 компьютерных монографических компакт-диска по специальности, он является автором 15 изобретений. Под руководством А.Г. Мартова успешно защищено 37 кандидатских и 5 докторских диссертаций.

Профессор А.Г. Мартов неоднократно выступал с научными докладами и показательными операциями как в различных регионах нашей страны, так и за рубежом, он принимает активное участие во всероссийских и международных урологических симпозиумах, конгрессах, съездах, неоднократно был организатором и членом оргкомитета различных научных конференций.

Алексей Георгиевич сочетает свою профессиональную работу с общественной: является заместителем председателя Российского общества урологов, президентом Российского общества по эндоурологии и новым технологиям, заместителем главного редактора журнала «Урология», членом редакционного совета Международного журнала медицинской практики, «Диагностическая и интервенционная радиология», Московского хирургического журнала, действительным членом Всемирной и Европейской урологических ассоциаций, а также Всемирной ассоциации эндоурологов, на научных мероприятиях которых он много лет избирается делегатом от России. Кроме того, он почетный член Азербайджанской и Грузинской урологических ассоциаций.

В области эндоскопической урологии А.Г. Мартов остается признанным авторитетом в нашей стране и за рубежом и одним из немногих отечественных хирургов-урологов, которого приглашают проводить показательные операции на ведущих урологических форумах. Он неоднократно показывал свое мастерство на конгрессах Европейской урологической ассоциации, Всемирной ассоциации эндоурологов, на других урологических съездах и конференциях во Франции, Германии, Швеции, Турции и др. А.Г. Мартов избран экспертом Европейской урологической ассоциации по секции новых уротехнологий (ESUT), где ведет активную работу по международному сотрудничеству, внедрению новых уротехнологий в практику работы московских и российских урологов, в обучение молодежи. В рамках международной активности при участии профессора А.Г. Мартова проведены крупные исследования CROES и ESUT по изучению эффективности удаления опухолей мочевого пузыря единым блоком и папиллярных опухолей верхних мочевыводящих путей.

Помимо огромной научной деятельности А.Г. Мартов на базе урологической клиники ГКБ им. Д.Д. Плетнева организовал за последние годы Московский Центр лазерной урологии, что позволяет проводить обучение новым уротехнологиям российских и зарубежных врачей-специалистов (узкоспектровая фиброцистоскопия, компьютерная хромоэндоскопия, мини- и микроперкутанная нефролитотрипсия, плазменная и лазерная энуклеации простаты и т.д.).

Алексей Георгиевич женат, он прекрасный семьянин, воспитавший двух сыновей 25 и 18 лет, младший из которых продолжает семейную традицию, став студентом-медиком. Доброжелательность, высокая ответственность, эрудиция и профессионализм, сочетающиеся с природной скромностью и интеллигентностью, – вот черты, присущие А.Г. Мартову, он пользуется огромным авторитетом среди коллег и уважением среди пациентов.

Президиум Российского общества урологов, администрация Городской клинической больницы им. Д.Д. Плетнева ДЗМ, коллектив кафедры урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА, отдел урологии и андрологии Медицинского научно-образовательного центра Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова, сотрудники клиники, кафедры, многочисленные ученики, коллеги и друзья сердечно поздравляют Алексея Георгиевича Мартова с замечательным юбилеем и желают ему счастья, доброго здоровья, профессиональных успехов, семейного благополучия, долгих лет активной и творческой жизни.

Многофункциональное рабочее место уролога

Uroskop Omnia Max*

Цифровая рентгеновская диагностическая система, предназначенная для урологических процедур

Непревзойдённый доступ
Свободный доступ со всех 4-х сторон стола за счёт специального дизайна изогнутого штатива

Полноформатная рентгеновская визуализация
Широкое поле обзора, позволяющее получить всю область мочеполовых путей в одном изображении с исключительным разрешением и качеством при низкой мощности дозы за счёт использования полноформатного динамического плоского детектора и снижающих дозу технологий.

Мультимодальная визуализация
Интерфейс для эндоскопических и УЗ изображений в формате высокого разрешения. Оптимальное использование в эндоурологии за счёт возможности одновременно визуализировать радиологические, эндоскопические, УЗ изображения.

siemens.com/healthineers

*Название в соответствии с Регистрацинным удостоверением «Система рентгенодиагностическая цифровая для урологии и лечения Uroskop Omnia Max в исполнениях с принадлежностями.

SIEMENS Healthineers

РЕКЛАМА