Урология сегодня

специализированное издание для урологов

www.urotoday.ru

№ 4 (14) 2011
Издается с 2009 года

Нефроптоз – от постановки диагноза к тактике ведения стр. 5

Новые шаги в оперативной урологии стр. 8-9

Гормонотерапия у больных раком предстательной железы: борьба с тестостероном или с болезнью? стр. 10

Болезнь Пейрони: диагностика и лечение стр. 15

От редактора

Баходур Камолов

К.м.н., науч. сотр. отделения урологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

kamolov@roou.ru

Уважаемые коллеги!

Количество профессиональных медицинских объединений в нашей стране постоянно увеличивается. Одних только урологических обществ в России не меньше шести. Но сколько из них не назовешь «мертвыми душами»?

В советскую эпоху роль медицинских общественных организаций, как для государства, так и для медицинского сообщества, была совершенно незначительной. Функции, которые в развитых странах реализуют общественные организации, в том числе по подготовке и повышению квалификации медицинских кадров, в нашей стране выполняло государство. Времена изменились, но наследие советской системы по-прежнему отягощает профессиональные медицинские организации – не так-то просто перейти от представительских функций к активным действиям и начать решать масштабные задачи по развитию медицины.

Все мы знаем, что сегодня государство не выделяет средств на обучение врачей. За счет бюджетных денег не съездишь на конференции и семинары даже в России, не говоря уже о зарубежных мероприятиях. Теперь спонсорами стали иностранные фармкомпании, которые дают врачам возможность посещать профессиональные конференции. Но не будем забывать, что фармкомпании преследуют собственные цели.

Если обратиться к передовому опыту других стран, то мы увидим, что роль профессиональных медицинских сообществ в Европе и США значительно выше, чем в России. Они имеют широкие полномочия, выражают общественное мнение, к которому прислушиваются чиновники, разрабатывают клинические рекомендации, обучающие программы, сертифицируют специалистов и т. д.

Так, одним из вопросов, которым занимается Европейская ассоциация урологов (ЕАУ), является обучение и повышение квалификации врачей. В Европе действует система непрерывного последипломного образования специалистов (Continuing Medical Education, CME). Это рейтинговая система, которая мотивирует специалиста к постоянному повышению своей квалификации. Врач вкладывает средства в свое профессиональное развитие, так как получение сертификатов профессиональных ассоциаций повышает его рейтинг среди коллег и определяет его статус. Работу в лучших клиниках получают специалисты с наиболее высоким профессиональным рейтингом.

Очевидно, что в современных условиях именно профессиональные медицинские организации должны заниматься повышением уровня врачей и качества лечения в нашей стране. А это значит, что придется строить свою деятельность на иных принципах, чем раньше. Конечно, такие перемены не могут быть резкими, да это и не нужно. Система меняется постепенно, но мы можем задать этим изменениям нужный вектор и двигаться в сторону повышения эффективности и значимости медицинских общественных организаций. Ни государство, ни ЕАУ, ни ВОЗ не построят нам эффективную урологическую организацию. Мы должны сделать это сами и прямо сейчас, не перекладывая эту задачу на следующее поколение урологов. Объединившись, мы с вами можем построить единую площадку в виде Ассоциации урологов России, выбрать эффективного Председателя, квалифицированное правление и привлечь сильную команду исполнителей. Такая организация поможет урологам постоянно повышать их профессиональный уровень, будет влиять на государственные структуры, отстаивать права и защищать членов Ассоциации, что, в конечном счете, скажется на авторитете организации как среди государственных структур, так и среди членов сообщества.

Для создания и развития такой Ассоциации есть все необходимые условия: сильные лидеры, грамотные специалисты, понимание основных целей, необходимые ресурсы. Не хватает лишь желания лидеров общественных организаций объединиться в одну реальную эффективную организацию.

Тема номера

Профессиональные общественные организации в жизни урологов: нужны ли перемены?

Виктория Анатольевна Шадеркина

Врач-уролог, науч. редактор урологического информационного портала Uroweb.ru

viktoriashade@uroweb.ru

Очень тяжело менять, ничего не меняя, но мы будем!
М. Жванецкий

В настоящее время тема профессиональных общественных организаций (ОО) в жизни врачей очень актуальна. Мы давно планировали публикацию этого острого и актуального материала, и, учитывая, что настоящий номер газеты выходит в преддверии 3 крупных урологических мероприятий, решили, что пришло время ознакомить читателей с нашими мыслями, надеждами и чаяниями. Цель статьи – не критика одних и восхваление других. Цель – понять причины современной ситуации и положить начало эффективной работе профессиональных урологических обществ.

Мы приезжаем на конференции, конгрессы, пленумы, съезды и даже не задумываемся, для чего и с какой целью проходят эти мероприятия. Не думаем и о том, зачем мы вступаем в ОО, платим членские взносы, оплачиваем участие в мероприятиях, проводимыми этими ОО. Зачем нам вообще нужно объединение в сообщества?

Бóльшая часть настоящего медицинского общества сформировалась в период социалистического строя, когда в СССР превалировала роль государства во всех сферах. С 1991 г. Россия выбрала иной путь – путь демократичного общества, в котором граждане играют ключевую роль в организации своей жизни, в том числе и профессиональной. Мы встали на путь развития гражданского общества, однако структура, организация, часть идеологии и мировоззрение остались прежними, когда решение принимала группа партийных руководителей, стоящих во главе государства. Здравоохранение досталось нам со всем этим наследием.

Министерство здравоохранения, как полномочный представитель государственной власти, определяло стратегию развития и функционирования всей системы медицинской помощи. А ОО носили характер объединений по профессиональным интересам для обсуждения клинической и научной работы. Так и повелось, что ОО выполняют 2 функции:

1. Периодически собирают своих членов и с трибуны информируют о собственных и мировых достижениях, делятся научным и практическим опытом. Согласно Уставу эти мероприятия называются: пленумом, съездом, конгрессом. В конце таких мероприятий, как правило, пишутся резолюции, которые в действительности не имеют никакой юридической силы и не дают никакого результата. Периодически в ОО проводится переизбрание руководства и членов президиума из узкого круга специалистов.
2. Издают профессиональные медицинские издания.

При такой работе ОО не имеют никакого влияния на развитие специальности в целом. В лучшем случае рекомендуют своим врачам различные методы диагностики и лечения заболеваний.

Было бы неправильно считать, что такая форма работы, доставшаяся нам в наследие от прошлого социалистического строя, устраивает всех. Есть прогрессивные специалисты, которые

Окончание на стр. 2

9-й Конгресс секции андрологической урологии (ESAU) Европейской ассоциации урологов (EAU)

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в 9-м Конгрессе секции андрологической урологии (ESAU) Европейской ассоциации урологов (EAU), который состоится в Санкт-Петербурге 10–12 ноября 2011 г.

Организаторами Конгресса с российской стороны выступают Профессиональная ассоциация андрологов России (ПААР) и Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования (СПбМАПО). Поддержку мероприятию оказывает также Фонд Саввы Перовича. Технический организатор – «Агентство «АБВ-экспо».

Впервые в Россию приедут ведущие эксперты EAU, Международного общества андрологов, Европейского общества сексуальной медицины, чтобы поделиться последними научно-практическими достижениями в области андрологической урологии.

Участникам Конгресса будет представлена обширная программа «живой хирургии». В течение 2 дней мероприятия будут вестись видеотрансляции из операционных СПбМАПО. Немало времени в программе отведено и видеосессиям, в ходе которых ведущие европейские урологические центры представят съемки своих оригинальных операций.

Все сессии и заседания Конгресса будут транслироваться в режиме реального времени на сайте **www.esau-2011.com**. Находясь у компьютера, специалисты смогут не только наблюдать за ходом Конгресса, но и отправлять свои вопросы непосредственно председателям президиума и модераторам, находящимся в конференц-зале.

Конгресс будет проходить в отеле «Park Inn Прибалтийская» (ул. Кораблестроителей, д. 14). Зарегистрироваться для участия в Конгрессе и ознакомиться с подробной информацией о мероприятии можно на сайте **www.esau-2011.com**.

Ждем тезисы ваших научных работ для публикации. Материалы принимаются только на английском языке до 16 сентября 2011 г. по e-mail: a**bstracts@esau-2011.com**.

По всем организационным вопросам обращайтесь по тел. +7 (495) 988-89-92 или по e-mail: **info@abvexpo.ru**.

Профессиональные общественные организации в жизни урологов: нужны ли перемены?

Окончание, начало на стр. 1

стремятся к бóльшему, чем просто проводить конференции и выпускать журналы.

Если мы обратимся к опыту наших коллег из стран с высоким уровнем развития, таких как США, Канада, Германия, Великобритания, Франция, Япония, Австралия, Скандинавские страны, то нельзя не отметить высокую значимость профессиональных организаций в национальных системах здравоохранения, где четко распределены полномочия между национальной системой здравоохранения и профессиональными ОО. В Европе и Америке ОО традиционно участвуют в создании образовательной программы высшей школы и резидентуры, в лицензировании, регламентировании клинической и научной работы (создание национальных руководств, разработка этических принципов), занимаются юридической и экономической защитой врачей, расчетом и экспертизой тарифов на медицинскую деятельность. Главное отличие зарубежных ОО от отечественных состоит в том, что они участвуют в законотворческой деятельности своей страны, представляют профессиональные интересы в органах государственной власти, влияют на принятие и внесение изменений, а также на отзыв законодательных актов по вопросам здравоохранения. Один из важнейших аспектов работы зарубежных ОО заключается в информировании своих членов обо всех изменениях, происходящих в законодательстве и в организации, о новых приказах и распоряжениях, касающихся их деятельности, а также в анкетировании специалистов по тем или иным вопросам и проблемам отрасли.

Теперь давайте посмотрим на наше российское урологическое сообщество. В нем можно выделить Российское общество урологов (РОУ), Российское общество онкоурологов (РООУ), Профессиональную ассоциацию андрологов России (ПААР), Региональную общественную организацию «Мужское здоровье» (РОО «Мужское здоровье»), Межрегиональную общественную организацию детских урологов-андрологов (МООДУА), Российское общество эндоурологов, Объединение брахитерапевтов России (ОБР).

Начнем с того, насколько доступна информация об организации. Где можно ознакомиться с учредительными документами организации? Как стать членом организации? Куда оплачивать взнос? Сколько действительных членов? Мы живем в век информационных технологий, когда всю необходимую информацию можно получить с помощью Интернета. Наиболее полные данные представлены о РООУ, ПААР, МООДУА.

Самая загадочная и непонятная в этом плане организация – Российское общество урологов. У РОУ отсутствует интернет-представительство, где можно было бы ознакомиться с Уставом, руководством и членами правления, целями и задачами; нет онлайн-заявки на вступление в организацию, т. е. невозможно вступить в организацию дистанционно, как это принято во всем цивилизованном мире. Единственный шанс на вступление – это заполнение формы заявки, которая публикуется в журнале «Урология», на который еще надо подписаться (около 2000 руб./год). Кстати, в EAU и др. зарубежных организациях, членство в обществе дает право на бесплатное получение журнала. Заявку необходимо подать в региональных представительствах.

Но тут возникают извечные российские парадоксы. Опишу свою ситуацию. Работаю и живу в Москве, но имею постоянную регистрацию в Краснодарском крае. Для того чтобы вступить в РОУ, мне необходимо подать заявку в региональное отделение, т. е. съездить в Краснодар. При этом я легко дистанционно стала членом EAU и РООУ, получив доступ ко всем информационным материалам этих организаций. Вторая проблема в отношении наших профессиональных медицинских организаций, которую я бы хотела озвучить, – обратная связь со своими членами. Она могла бы быть эффективнее и для общества, и для урологов. Кто-нибудь интересуется своими коллегами, их мнением по профессиональным вопросам, их условиями работы? Увы, никто. С какой целью тогда на конференциях требуется заполнение печатных форм, включающих все контактные данные врачей?

Цель статьи – не критика одних и восхваление других, а призыв к объединению урологов, к началу эффективной работы профессиональных урологических обществ.

Кто-нибудь информирует своих специалистов об изменениях в структуре организации, об общественной и политической деятельности организации? Думаю, что не все. Так, например, знают ли члены РОУ, что оно всем составом вошло в структуру Национальной Медицинской Палаты (информация об этом размещена на официальном сайте этой Палаты)? Проводились ли опросы, анкетирование, референдум среди урологов, согласны ли они на такой шаг, знают ли они, ДЛЯ ЧЕГО это делается? ЧТО даст им вступление в НМП? Или руководство организации настолько увлечено своими политическими амбициями, что не может снизойти до общения с рядовыми членами? Исключение составляет РООУ, которое постоянно рассылает информацию своим врачам, проводит опросы и т. д.

Третья проблема – проводимые ОО конференции. В год обществами проводится около 20 мероприятий, не считая региональных, таким образом, количество мероприятий превышает 50. Мною был проведен блиц-опрос среди знакомых урологов из 10 городов России. Опрос касался отношения к российским урологическим конференциям. Подавляющее большинство опрошенных посещают российские конференции 2–10 раз в год, причем, чем удаленнее работает уролог, тем меньше у него возможности ездить по стране. Причины тому разные: нехватка времени и средств, отсутствие коллег, которые могут заменить его на время поездки (особенно остро проблема кадров стоит в регионах), недовольство руководства ЛПУ и т. д. Никому (!) из опрошенных (32 человека) ЛПУ ни разу не оплатило поездки на профессиональные мероприятия. Как правило, спонсор поездки – сам врач (40 %) или фармкомпании (60 %). Кстати, в свое время, работая в ЦРБ кубанской станицы, я посещала урологические мероприятия именно благодаря фармкомпаниям, поскольку моя зарплата исключала эту возможность.

Итак, ВСЕ (!) опрошенные отметили высокую стоимость взносов участников. Известно, что участие в Пленуме урологов в Кисловодске стоит 4000 руб. на 1 человека (при ставке уролога, например, в ЮФО – 4600 руб./мес) + 3000 руб. дружеский ужин. Урологи считают допустимой стоимость взноса участника от 0 до 2000 руб., отмечая невысокий уровень организации многих конференций, большое количество откровенно заказных докладов, муссирование одних и тех же тем, отсутствие «ноу-хау», материалов по грамотно спланированным исследованиям, точек приложения результатов исследований на практике. Наши конференции скорее похожи на бизнес-схемы, а не на решение профессиональных вопросов.

Ни для кого не секрет, что между некоторыми существующими ОО идет конкурентная борьба, поскольку в одном профессиональном секторе присутствуют дублирующие организации. Между ними порой имеются существенные разногласия по ряду принципиальных вопросов, которые в сложившейся ситуации не приводят к развитию института ОО, а ведут к нездоровым отношениям в профессиональном сообществе. Ярким примером являются взаимоотношения РОУ и ПААР, которые переросли в противостояние между лидерами этих организаций.

Отсутствие консолидации урологов нашей страны привело к несметному количеству мелких конференций и симпозиумов, проводимых в регионах, со схожими тематиками и пересекающихся по срокам и собирающих весьма скромное число участников, но при этом имеющих большие амбиции. Мне кажется, что во многом неэффективность наших профессиональных ОО связана с тем, что ими занимаются практические врачи, которые проявили себя как хорошие специалисты, профессионалы лечебного дела. Но они больше озабочены развитием и пиаром собственных клиник и кафедр, а не объединением ВСЕХ российских урологов в мощную дееспособную структуру.

Но общественная работа врача – это далеко не лечебная и не научная деятельность. Она отличается от того, чему нас учили в медицинских ВУЗах, ординатуре, на кафедрах в аспирантуре. Некоторые специалисты, понимая сложность ситуации, получили дополнительное образование по организации здравоохранения, менеджменту, экономике и юриспруденции. Как правило, именно таким специалистам удается максимально реализовать задачи, поставленные перед руководителем ОО. Эти люди помимо всех перечисленных достоинств должны обладать качествами дальновидных политиков. Однако мы прекрасно понимаем, что такие специалисты – скорее исключение, чем правило сегодняшнего здравоохранения.

Большинство ныне действующих ОО управляются небольшим и длительное время неизменным руководящим составом, который пользуется низкой социальной активностью своих коллег и наличием номинальных членов, случайно попавших в эту организацию. Таким образом, судьбоносные решения принимают создатели этих ОО и их близкое окружение.

Если говорить о зарубежных профессиональных медицинских сообществах, то примеры можно найти в ведущих европейских странах (Великобритания, Германия, Австрия, Нидерланды, Франция и др.). Специалисты, стоящие у руля этих организаций, имеют специальное образование, занимаются общественной деятельностью с полным отрывом от медицинской практики, имеют идеологию, формировавшуюся многими 10-летиями, налаженные конструктивные взаимоотношения с государственными структурами, и поэтому решающие в содружестве общие вопросы, в первую очередь, вопросы здравоохранения.

Сложившаяся на сегодняшний день в нашей стране и в нашем здравоохранении ситуация требует принятия решений, направленных на изменение сути идеологии. Это значит, что руководство ОО должно заниматься не личными амбициями, а реальной общественной деятельностью – утверждением урологии как специальности, созданием единых стандартов, клинических рекомендаций, разработкой региональных программ. Никто не призывает к революционным изменениям: урологическому сообществу нужна не Революция, а Эволюция. Формирование здоровой ОО – дело не одного дня, и нужно, прежде всего, использовать огромный вековой опыт, который был накоплен еще до СССР.

Известно, что и за МКАДом все-таки есть жизнь. Хотелось бы, чтобы наши лидеры побывали в российской глубинке, не на официальных мероприятиях, а с обычной рабочей поездкой; чтобы заинтересовались жизнью рядовых урологов и снизошли до общения с ними. Наверное, урологов ЦРБ интересуют вопросы, связанные с особенностями робот-ассистированных операций, HIFU, развития протеомики и панелей молекулярных маркеров, но все-таки как-то отдаленно.

Не надо изобретать велосипед, необходим анализ мирового опыта по построению системы ОО, по взаимоотношениям с государственными структурами, работе со своими членами. Также необходимо активное участие самих урологов в жизни общества. Наше пассивное поведение и приводит к тому, что существует возможность не учитывать наше мнение. Общество создается не ради самого общества, а ради специалистов, в нем участвующих, ради решения наших урологических корпоративных интересов.

На сегодняшний день созданы и функционируют информационные площадки (UroWeb, газета «Урология сегодня» и ее сайт urotoday.ru), которые независимы от ОО и лидеров в урологии, где можно высказывать свои конструктивные идеи. УС

Российское общество урологов (РОУ)	**Создано:** в 1907 г. С.П. Федоровым в Санкт-Петербурге. **Руководитель:** акад. Н.А. Лопаткин. **Мероприятия:** Пленум (Съезд) + региональные конференции под эгидой РОУ, всего 8–9 конференций в год. **Проведение Школ:** совместно с Европейской ассоциацией урологов. **Количество членов:** информация недоступна. **Устав:** информация недоступна. **Интернет-сайт:** информация недоступна. **Печатный орган:** журнал «Урология» (ВАК). **Размер ежегодного взноса:** информация недоступна.
Российское общество онкоурологов (РООУ)	**Создано:** в 2004 г. профессорами Б.П. Матвеевым, О.Б. Карякиным, И.Г. Русаковым. **Руководитель:** проф. В.Б. Матвеев. **Мероприятия:** 1 Конгресс, 3 региональных конференции, 4 заседания Московского общества онкоурологов, Конференция стран СНГ. В среднем 8–9 мероприятий в год. **Проведение Школ:** нет. **Количество членов:** 2400. **Устав:** размещен на сайте www.roou.ru. **Интернет-сайт:** www.roou.ru. **Печатный орган:** журнал «Онкоурология» (ВАК), перевод Клинических рекомендаций по урологии Европейской ассоциации урологов – все бесплатно. **Размер ежегодного взноса:** 400 руб.
Профессиональная ассоциация андрологов России (ПААР)	**Создана:** в 1996 г. проф. П.А. Щеплевым. **Руководитель:** проф. П.А. Щеплев. **Мероприятия:** ежегодный Конгресс. **Количество членов:** 800. **Устав:** размещен на сайте www.andronet.ru. **Интернет-сайт:** www.andronet.ru. **Печатный орган:** журнал «Андрология и генитальная хирургия» (ВАК). **Размер ежегодного взноса:** 2500–3000 руб.
Межрегиональная общественная организация детских урологов-андрологов (МООДУА)	**Создана:** в 2007 г. проф. И.В. Казанской. **Руководитель:** проф. И.В. Казанская. **Мероприятия:** Съезд + региональные конференции. **Проведение Школ:** нет. **Количество членов:** информация недоступна. **Устав:** размещен на сайте www.pedurol.ru. **Интернет-сайт:** www.pedurol.ru. **Печатный орган:** информация недоступна. **Размер ежегодного взноса:** 1000 руб.
Региональная общественная организация «Мужское здоровье»	**Создана:** в 2003 г. проф. А.А. Камаловым. **Руководитель:** проф. А.А. Камалов. **Мероприятия:** ежегодная конференция + региональные конференции. **Проведение Школ:** нет. **Количество членов:** информация недоступна. **Устав**: размещен на сайте www.rusmh.org. **Интернет-сайт:** www.rusmh.org. **Печатный орган:** информация недоступна. **Размер ежегодного взноса:** информация недоступна.
Российское общество эндоурологов	**Создано:** в 2008 г., создание ассоциировано в РОУ. **Руководитель:** проф. А.Г. Мартов. **Количество членов:** около 800. **Устав:** информация недоступна. **Интернет-сайт:** информация недоступна. **Печатный орган:** рубрика в журнале «Урология». **Размер ежегодного взноса:** информация недоступна.
Объединение брахитерапевтов России (ОБР)	**Создано:** в 2010 г. **Руководитель:** к.м.н. П.В. Свиридов. **Количество членов:** информация недоступна. **Устав:** информация недоступна. **Интернет-сайт:** www.accbr.ru. **Печатный орган:** информация недоступна. **Размер ежегодного взноса:** 500 руб.

Травма почки в практике отделения неотложной урологии

Олег Владимирович Абаимов

Врач-уролог
МБУЗ ГКБСМП № 2,
Новосибирск

oleg@abaimov.ru

Среди всех травм повреждение почек составляет от 1 до 5 %. Мужчины травмируют свои почки в среднем в 3 раза чаще женщин. Большинство травматических повреждений почек лечится консервативно.

Классификация травматических повреждений почки

Несмотря на существование около 25 различных классификаций, главным в разделении травм почек, по нашему мнению, остается механизм травмы – тупая или проникающая. Причинами тупой травмы обычно являются повреждения в драках, автомобильных авариях, падениях с высоты. Проникающие повреждения служат следствиями колото-резаных и огнестрельных ранений.

Рис. 1. *Виды травматических повреждений почек*

Во многих европейских и американских клиниках урологи используют удобную Шкалу повреждений почки, разработанную комитетом по органным повреждениям Американской ассоциации хирургии и травмы (American Association for Surgery and Trauma – AAST).

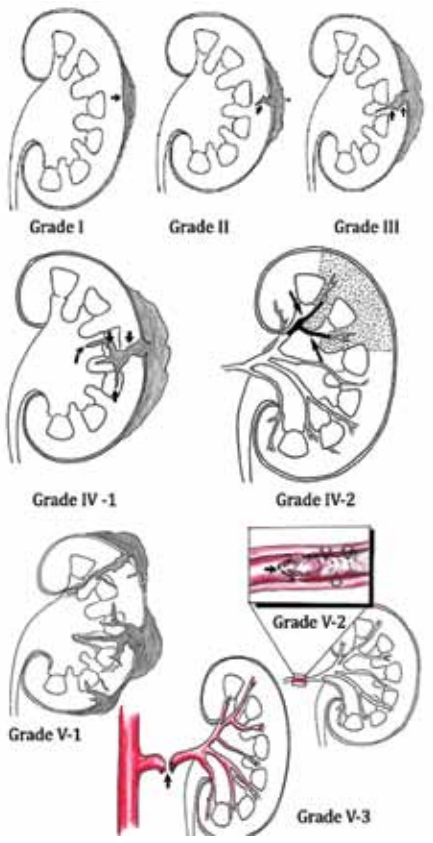


Рис. 2. *Шкала повреждений почки, разработанная комитетом по органным повреждениям Американской ассоциации урологической травмы (AAST)*

Степень*	Описание повреждения
I	Ушиб или ненарастающая подкапсулярная гематома; травма без разрыва
II	Необширная околопочечная гематома, кортикальный разрыв < 1 см глубиной, без экстравазации мочи
III	Кортикальный разрыв > 1 см без экстравазации мочи
IV	Разрыв через кортикомедуллярное соединение в собирательную систему или повреждение сосудов – повреждение сегментарной артерии, вены с образованием гематомы, частичное повреждение стенки сосуда или тромбоз сосуда
V	Множественные разрывы почки или повреждение сосудов почечной ножки, или отрыв почки от сосудов

** При двусторонней травме необходимо увеличивать степень тяжести повреждения на 1 пункт до степени III.*

Диагностика

Важное значение в понимании дальнейшей тактики ведения больного с подозрением на наличие травмы почки имеет кропотливый сбор анамнеза травмы. В приемном покое или в реанимационном зале тщательно уточняются все обстоятельства получения травмы, ее давность и механизм. Также следует уделить внимание медицинскому анамнезу – наличию врожденных заболеваний или аномалий мочеполовой системы. Оцениваются и витальные показатели пострадавшего – артериальное давление, пульс, частота дыхательных движений. Кроме того, при объективном осмотре врач может обнаружить и проникающее ранение – колотое либо пулевое.

Существует ряд известных признаков, которые, как правило, указывают врачу приемного покоя на повреждение почек:
- гематурия;
- ощущение тяжести в брюшной полости;
- ссадины в поясничной области и/или на боковой поверхности живота;
- перелом ребер;
- боль в боку и/или боль в животе.

Среди обилия существующих методов лабораторной диагностики важнейшими по-прежнему остаются общий анализ крови с подсчетом гематокрита и общий анализ мочи.

Считается, что наличие гематурии является главным признаком повреждения почек, хотя известно, что ряд очень серьезных повреждений почек может и не сопровождаться гематурией, например повреждение сосудов почечной ножки или разрыв пиелоуретрального сегмента. Что касается уровня гематокрита, то важен его подсчет именно в динамике, начиная с момента поступления больного в приемный покой.

В инструментальной диагностике травм почек практически повсеместно используется УЗИ. Это недорогое и доступное исследование позволяет выявить факт наличия повреждения почки, но не всегда – его распространение и глубину. Особое значение имеют опыт и квалификация специалиста, выполняющего УЗИ.

Несмотря на то, что «золотым стандартом» в диагностике травм почки признается компьютерная томография, в нашей клинике, за неимением компьютерного томографа, мы часто выполняем таким больным внутривенную экскреторную урографию. Показаниями к этому исследованию мы считаем:
- наличие серьезной сочетанной травмы;
- тотальную макрогематурию;
- микрогематурию в сочетании с шоком;
- клинические признаки повреждения почек;
- травму, полученную вследствие быстрого торможения (необходимо исключить возможный отрыв мочеточника или повреждение сосудистой ножки почки).

Лечение больных с травмой почек

По данным статистики, в военное время частота нефрэктомий при почечной травме достигала 33 % случаев. В наше мирное время главная задача при лечении подобных больных – минимальный объем вмешательства в сочетании с максимальным сохранением функции почки. Это может быть достигнуто только правильным выставлением показаний к экстренному оперативному вмешательству, а они таковы:

1. Нестабильная гемодинамика (кровотечение из сосудов почечной ножки!).
2. Наличие экстравазаций контрастного вещества или плохая визуализация почки в ходе выполнения внутривенной контрастной урографии.
3. Выявление травмы почки IV или V степени тяжести при ревизии органов брюшной полости по поводу сочетанных повреждений.
4. Неоднозначность в толковании результатов экскреторной урографии либо наличие ранее существовавшей патологии почек (гидронефротическая трансформация, крупные кисты, опухоли и т. п.).

Во всех случаях повреждения почек I степени и в большинстве случаев II степени тяжести вполне возможна консервативная тактика. Это – постельный режим, инфузионная и антибактериальная терапия в сочетании с динамическим контролем гемодинамики, уровня гематокрита, гематурии и ультразвуковой картины травмированной почки.

Если дежурный уролог все-таки принимает решение о необходимости выполнения ревизии почки, то чаще всего она заканчивается ушиванием паренхимы почки (как правило, это IV степень тяжести травмы по Шкале повреждений почки AAST). При выявлении нежизнеспособного участка паренхимы почки показана его резекция. Мы чаще используем люмботомический доступ со стороны поражения, но опыт многих клиник указывает на возможную предпочтительность срединной лапаротомии. Около 15–20 % вмешательств при почечной травме заканчиваются нефрэктомией. В основном это следствие тяжелых сочетанных травм, огнестрельных поражений почки.

Таким образом, современные достижения в диагностике и лечении позволяют уменьшить частоту проведения хирургических вмешательств по поводу почечной травмы в пользу органосохраняющего лечения.

Коротко

70-летие применения гормональной терапии при раке предстательной железы

Сателлитный симпозиум компании Астеллас Фарма в рамках VI Конгресса РООУ

5 октября 2011 г., 17.00, гостиница «Космос»,
зал «Вечерний Космос»

НАУЧНАЯ ПРОГРАММА

Председатели: *проф. В.Б. Матвеев, проф. И.Г. Русаков*

История гормональной терапии 1941–2011 гг.
Проф. И.Г. Русаков осветит основные этапы открытия и развития гормональной терапии рака предстательной железы на протяжении 70 лет, начиная с работ Нобелевского лауреата 1941 года Чарлза Брентона Хаггинса до настоящего времени.

Новые подходы и перспективы гормональной терапии рака предстательной железы.
Доклад проф. В.Б. Матвеева будет посвящен обзору будущих направлений и перспектив развития гормональной терапии рака предстательной железы, в том числе последним достижениям в лечении гормон-рефрактерного рака простаты.

Дебаты

Интермиттирующая гормональная терапия рака простаты.
Участники: проф. А.Д. Каприн, А.В. Говоров
Несмотря на данные последних опубликованных исследований по применению интермиттирующей гормональной терапии рака простаты, соответствующие изменения в Рекомендациях Европейской ассоциации урологов, вопрос о ее применении нельзя считать окончательно решенным. Положительные и отрицательные стороны интермиттирующей гормональной терапии, выбор схем и режимов – вопросы, которые будут обсуждаться в рамках данной секции.

Дебаты

Биохимический рецидив рака простаты после радикального лечения: место и время гормональной терапии.
Участники: проф. Е.И. Велиев, М.И. Волкова
Выявляемость ранних стадий рака простаты в России неуклонно растет, одновременно увеличивается и число пациентов, подвергшихся радикальному лечению, с биохимическим рецидивом заболевания. Вопросы, которые касаются назначения таким больным гормональной терапии, по-прежнему остаются спорными. Дебаты посвящены определению путей лечения данной группы пациентов.

Дебаты

Максимальная андрогенная блокада.
Каким группам пациентов оправдано применение максимальной андрогенной блокады (МАБ)? Как изменились подходы к назначению данной терапии в последнее время? Не перевешивают ли возможные риски МАБ потенциальной ее пользы? – основные направления дебатов.

Всю интересующую вас информацию о мероприятии вы сможете получить у представителей компании Астеллас Фарма.

Ботулинотерапия в урологии

Григорий Георгиевич Кривобородов

Д.м.н., проф. кафедры урологии РГМУ, Москва

Dr.krivoborodov@hotbox.ru

История изучения ботулинического токсина (БТ) насчитывает около 1000 лет. Тяжелое заболевание, вызываемое сильнодействующим ядом, и в последующем получившее название «ботулизм», известно в Европе еще с античных времен. Недуг проявлялся параличом периферических мышц и вегетативными расстройствами, и в большинстве случаев приводил к летальному исходу. С развитием современной науки и появлением технических возможностей стало понятно, что БТ – это продукт жизнедеятельности анаэробных бактерий *Clostridium botulinum*. По антигенным свойствам и сродству с транспортными белками клетки-мишени он подразделяется на 7 серологических типов – A, B, C, D, E, F, G.

Все типы БТ блокируют выброс ацетилхолина из нервной терминали периферического холинергического синапса. Как известно, процесс транспорта везикул ацетилхолина к пресинаптической мембране происходит не спонтанно, а активно – с помощью комплекса особых транспортных белков, главными из которых являются SNAP-25, синтаксин и синаптобревин. Мишенью действия ботулинических токсинов служат именно эти транспортные белки. БТ типа А (БТ-А), который чаще других используют в медицине, имеет сродство с транспортным белком SNAP-25. Клиническим проявлением такого механизма действия является длительное расслабление мышечных волокон.

В настоящее время в России официально зарегистрировано 4 основных препарата БТ серотипа А – Ботокс (Allergan, США), Диспорт (Ipsen, Франция), Лантокс (Lanzhou Institute of Biological Products, Китай), Ксеомин (Merz, Германия).

Сегодня с уверенностью можно сказать, что медики получили в свое распоряжение медицинское средство, способное локально и эффективно расслаблять мышечные волокна. БТ имеет широкий спектр применения. Прицельное введение терапевтических доз этого вещества используют для лечения многих нейромышечных расстройств. Препарат находит применение в таких областях медицины, как офтальмология, неврология, проктология, гастроэнтерология, лечебная косметология.

В большинстве стран мира БТ-А не разрешен для лечения урологических заболеваний. В России существует специальное разрешение Минздравсоцразвития, основанное на клинических исследованиях, позволяющее использовать препарат Лантокс для лечения нарушений акта мочеиспускания.

В урологии БТ-А применяется для лечения функциональных нарушений акта мочеиспускания как нейрогенной, так и идиопатической природы. Основным показанием для применения БТ-А является нарушение функции опорожнения мочевого пузыря при детрузорно-сфинктерной диссинергии или отсутствии сократительной активности детрузора в сочетании или без спастического состояния поперечнополосатого сфинктера уретры. К сожалению, эффективной медикаментозной терапии для таких пациентов в настоящее время не существует. Вот почему в последние годы для лечения больных с нейрогенными и идиопатическими нарушениями функции опорожнения мочевого пузыря в клинической практике с успехом применяют инъекции БТ-А в поперечнополосатый сфинктер уретры. После введения препарата происходит снижение внутриуретрального сопротивления, что улучшает параметры уродинамики нижних мочевыводящих путей с точки зрения опорожнения мочевого пузыря. Данный вид лечения позволяет больным опорожнять мочевой пузырь через мочеиспускательный канал с хорошими субъективными и объективными показателями и обеспечивает низкие значения детрузорного и внутрипузырного давления. Это является большим преимуществом по сравнению с другими видами опорожнения мочевого пузыря. В частности, отсутствует риск инфекции нижних мочевыводящих путей, так как нет необходимости в дренировании и катетеризации мочевого пузыря. Важно отметить, что данный вид лечения не приводит к каким-либо побочным эффектам. К сожалению, у большинства больных ввиду снижения эффективности необходимы повторные инъекции БТ-А. Поэтому очень важно проводить ежемесячный мониторинг симптомов по шкале I-PSS, максимальной скорости потока мочи и объема остаточной мочи. По нашим данным, повторные инъекции БТ-А чаще выполняются не ранее чем через 6 мес после последней инъекции. На сегодняшний день доказано, что введение 100 ЕД БТ-А в поперечнополосатый сфинктер уретры во время уретроцистоскопии или трансперинеально является эффективным методом лечения неврологических больных с нарушением функции опорожнения мочевого пузыря.

В последние 10 лет появились исследования по применению БТ-А для лечения больных с детрузорной гиперактивностью. Проведено достаточное количество клинических исследований, доказывающих высокую эффективность ботулинотерапии в лечении больных с нейрогенной и идиопатической детрузорной гиперактивностью, рефрактерных к терапии М-холинолитиками. При помощи гибкого или ригидного цистоскопа и эндоскопической иглы от 100 до 300 ЕД БТ-А вводят в 20–30 точек детрузора. Процедуру выполняют как под местной, так и под спинальной или внутривенной анестезией. Примерно через неделю после лечения имеет место уменьшение количества и интенсивности ургентных позывов к микции, уменьшение числа мочеиспусканий в сутки, увеличение максимальной цистометрической емкости, а также отсутствие непроизвольных сокращений детрузора во время цистометрии наполнения. По нашему опыту, как первичные, так и повторные внутридетрузорные инъекции БТ-А в детрузор являются высокоэффективными, а также безопасны и не вызывают значимых местных или системных побочных эффектов. Таким образом, БТ-А является препаратом 2-й линии в лечении идиопатической и нейрогенной детрузорной гиперактивности и может быть рекомендован для лечения этих форм гиперактивного мочевого пузыря.

Принимая во внимание международный и собственный опыт ботулинотерапии можно с уверенностью сказать, что на сегодняшний день инъекции БТ-А являются эффективным, безопасным и одним из самых перспективных методов лечения функциональных нарушений акта мочеиспускания. Тем не менее, требуется еще немалое количество исследований, которые позволят более подробно и глубоко изучить вышеуказанные и другие механизмы действия ботулотоксина, определить четкие клинические показания к его применению, а также, вероятно, выявить новые возможности для его использования.

Коротко

Продолжение серии «Номограммы по онкоурологическим заболеваниям»

Уважаемые коллеги!

Российское общество онкоурологов (РООУ) совместно с компанией Bayer HealthCare в помощь врачам подготовили номограммы «Рак почки».

С помощью данного приложения вы сможете перед операцией рассчитать вероятность поражения регионарных лимфатических узлов и возможность выявления отдаленных метастазов для пациентов с впервые выявленным злокачественным поражением почки. Программа основана на исследовании европейских авторов во главе с Georg C. Hutterer (Австрия), в него были включены 5 376 пациентов, которые впоследствии подверглись хирургическому лечению. Больные были разделены на 2 равные когорты. Данные 2 660 пациентов из 1-й когорты использовались непосредственно для разработки предиктивной модели. Результаты оставшихся 2 716 пациентов были применены авторами для внешней валидизации предложенных номограмм, которая составила 85,2 % для прогноза наличия отдаленных метастазов и 78,4 % – для выявления вероятности поражения лимфатических узлов.

Второй раздел номограмм «Рак почки» содержит приложение для прогнозирования опухолево-специфической выживаемости после хирургического лечения почечно-клеточного рака, которое, несомненно, окажется полезным вам, уважаемые коллеги, для адекватного планирования режима наблюдения за вашими пациентами. Данный раздел реализован на основании работы американских коллег из Memorial Sloan-Kettering Cancer Center во главе с доктором M.W. Kattan, и содержит результаты наблюдения за 601 пациентом после хирургического лечения почечно-клеточного рака. Сроки наблюдения в рамках этого исследования были от 40 до 123 месяцев, предиктивная ценность при внешней валидизации составила 74 %.

Также на диске содержится архив статей, посвященных применению препарата Нексавар в лечении метастатического рака почки, авторами которых стали ведущие российские онкоурологи во главе с президентом РООУ проф. В.Б. Матвеевым.

Получить диск с номограммами вы сможете 5–7 октября 2011 г. в рамках VI Конгресса РООУ на стенде компании Bayer HealthCare.

Нефроптоз – от постановки диагноза к тактике ведения

Роман Викторович Васин

К.м.н., врач-уролог отделения урологии ГУЗ Рязанская областная клиническая больница

rw@mail.ru

Виктор Борисович Филимонов

Д.м.н., заведующий отделением урологии ГУЗ Рязанская областная клиническая больница

filimonov1974@mail.ru

Нефроптоз (опущение почки, патологическая подвижность почки) – это состояние подвижности почки, при котором почка смещается из своего ложа, в связи с чем ее подвижность при перемещении тела в вертикальное положение превышает физиологические границы. Нефроптоз – довольно часто встречаемое заболевание (от 0,07 до 10,6 %), возникающее у людей в расцвете жизненных сил (20–40 лет), чаще у женщин.

В фиксации почки в физиологическом положении принимают участие следующие анатомические образования: почечное ложе (почечные вместилища, поясничные ямки), фасциально-жировой аппарат почки, брюшные связки, почечная сосудистая ножка.

Среди причин развития нефроптоза необходимо отметить:

1) врожденную неполноценность связочного аппарата почки;
2) предшествующие инфекционные заболевания, снижающие активность мезенхимы и приводящие к тяжелым изменениям в соединительно-тканных образованиях;
3) повреждение связочного аппарата почки в результате травмы с полным или частичным разрывом или отрывом связок;
4) значительное и довольно резкое похудание с редуцированием паранефральной клетчатки;
5) ослабление тонуса или дряблость передней брюшной стенки со снижением внутрибрюшного давления после быстрого исхудания, после многократных беременностей или затяжных родов.

При смещении и ротации почки при нефроптозе в связи с перегибом и натяжением артерии и вены развиваются нарушения почечного кровообращения. За счет перегиба почечной вены при нефроптозе развивается артериальное полнокровие. Развившееся полнокровие органа вызывает растяжение капсулы и увеличение почки в объеме, что клинически проявляется болевым синдромом. Существование длительной ишемии органа приводит к постепенному развитию нефросклеротических процессов и нефрогенной гипертензии. В ряде случаев исходом такой ситуации является нефросклероз, тяжелая гипертензия или обнаружение «маленькой» почки при сонографии, что и служит первым поводом обращения к врачу. Нарушения уродинамики при нефроптозе вследствие перегиба или перекрута мочеточника приводят к повышению внутрипочечного давления, дилатации верхних мочевыводящих путей и артериальной гипертензии. При перекруте мочеточника, вследствие повышения внутрилоханочного давления, интенсифицируется лоханочно-почечный рефлюкс. Попадание инфицированной мочи в клетчатку почечного синуса приводит к ее инфильтрации и склерозированию.

При **физикальном** обследовании больных с нефроптозом важным методом диагностики является пальпация почек. При этом в зависимости от степени нефроптоза через переднюю брюшную стенку можно прощупать под реберной дугой нижний полюс почки или всю почку или определить ее на уровне гребня подвздошной кости или малого таза.

Наиболее частый симптом нефроптоза – боли в области поясницы или живота, возникающие в ортостазе, при ходьбе и физической нагрузке, и исчезающие или уменьшающиеся в клиностазе. Боль может быть различной интенсивности – от тупой постоянной до приступообразной, по типу почечной колики. Только тупая боль является симптомом, который может быть отнесен к специфическим признакам чрезмерно подвижной почки. Все остальные признаки, а именно – приступы болей по типу почечных колик, микро- и макрогематурия, альбуминурия, артериальная гипертензия – это симптомы осложнений нефроптоза.

Осложнения нефроптоза обычно принято подразделять на:

1) сосудистые, вызванные нарушением кровообращения в почке (артериальная гипертония, гематурия, форникальное кровотечение, одностороннее варикоцеле);
2) уродинамические, обусловленные нарушением уродинамики (уролитиаз, пиелонефрит, пиелонефритически сморщенная почка, гидронефроз).

Натяжение, истончение почечной вены обуславливает повышение венозной скорости кровотока в основном стволе и венах синуса, проявляясь клинически гематурией.

Распознавание нефроптоза не представляет труда, однако отбор пациентов с патологически подвижной почкой для оперативного лечения является сложной клинической задачей.

С учетом современных тенденций использования малоинвазивных информативных методов диагностики в медицине, неотъемлемой частью обследования больных с нефроптозом стала эхография почек в сочетании с доплерографией сосудов почек.

Рентгенологическая диагностика нефроптоза. Диагноз опущенной, патологически подвижной почки может считаться достоверным только после урорентгенологического исследования (экскреторной урографии). Экскреторная урография при подозрении на нефроптоз должна производиться в горизонтальном и вертикальном положении больного. На полученных урограммах оценивают форму, размер, функцию почек и характер нарушения уродинамики, определяют степень смещения почек вниз в ортостазе (степень нефроптоза), ротацию почки по продольной и поперечной осям и относительное сужение почечной артерии. Исходя из нормальной физиологической смещаемости почек, равной расстоянию R (высоте тела поясничного позвонка), нефроптозом I степени считают смещение почки в ортостазе больше R, II степени — 2 R, III степени — 3 R и более.

Рентгенологический признак нефроптоза в клиностазе – низкое расположение почки (почек). Патологически подвижная почка не только смещается вниз, но и поворачивается вокруг продольной (вертикальной) и фронтальной (поперечной, переднезадней) осей. Характерным рентгенологическим признаком нефроптоза является превращение лоханочно-мочеточникового угла из тупого в более острый. На экскреторных урограммах имеют место характерные изменения мочеточника. Он становится как бы излишне длинным, содержит изгибы и даже петли. В ортостазе опущенная и повернутая вокруг своих осей почка дает характерное изменение чашечно-лоханочного изображения, которое напоминает вид «плакучей ивы», «лесных колокольчиков» или «увядающего цветка» – резкий перегиб и запрокидывание чашечно-лоханочной системы книзу из-за образования острого пиелоуретерального угла с нарушением пассажа мочи вследствие механического препятствия.

Радиоизотопная ренография и нефросцинтиграфия – высокоинформативные методы в оценке нарушения функции почек, они имеют большое значение для выявления функции почки и ее изменения в положении стоя, когда возможно зафиксировать и измерить степень снижения секреции и замедление эвакуаторной функции почек.

Ультрасонографическое исследование в сочетании с доплерографией. Эхографическое исследование почек позволяет оценить их расположение, формы, контуры, анатомическое строение, определить размеры почки в целом, паренхимы, почечного синуса, а также оценить структуру и эхогенность почки и паранефральной клетчатки. Помимо самих почек при ультразвуковом исследовании необходимо оценивать и их сосуды, для чего используются различные виды доплерографии. При этом оценивают анатомию почечных сосудов и их взаиморасположение. В режиме цветового доплеровского картирования визуализируются также сегментарные, междолевые и дуговые артерии. Использование трехмерной реконструкции позволяет получить пространственное представление о всей сосудистой системе почек.

При исследовании сосудистой ножки почки оцениваются следующие показатели: диаметр и длина почечных артерий и вен, максимальная систолическая скорость артериального и венозного потока, конечная диастолическая скорость, ускорение потока в систолу, время ускорения потока в систолу, рассчитываются индексы периферического сопротивления – индекс резистентности, пульсационный индекс. Метод доплерографии почечных артерий и вен в клино- и ортостазе позволяет объективно оценить нарушения гемодинамики при нефроптозе.

Комплексное клинико-инструментальное обследование, включающее все вышеописанные методы, позволяет подтвердить диагноз нефроптоз, выявить его осложнения и выставить показания к оперативному лечению данной патологии. Представляется рациональной следующая схема диагностики и лечения пациентов при подозрении на наличие у него нефроптоза (рис. 1, 2). При наличии у обследуемого клинической картины, характерной для нефроптоза, целесообразно начать диагностический поиск с ультразвукового обследования почек в положении стоя и лежа. Для подтверждения или исключения нефроптоза у пациента с ультразвуковыми признаками нефроптоза необходимо проведение внутривенной экскреторной урографии в орто- и клиностазе. Необходимо выделять пациентов с бессимптомным течением нефроптоза, требующих динамического наблюдения.

При выявлении нефроптоза, сопровождающегося выраженным болевым синдромом, лишающим больных трудоспособности и/или сочетающегося с вазоренальной гипертензией и (или) осложненного вторичным пиелонефритом, гематурией, мочекаменной болезнью, нарушением почечной гемодинамики, выставляются показания к оперативному лечению – нефропексии (фиксации почки в физиологическом положении). При подготовке пациента с патологической подвижностью почки к плановой нефропексии необходимо проведение медикаментозной (антигипертензивной и антибактериальной) терапии вторичного пиелонефрита и артериальной ренальной гипертонии.

Пациентам с симптоматическим нефроптозом, отказавшимся от оперативного лечения, необходимо рекомендовать: динамическое наблюдение уролога, лечебный массаж, лечебную физкультуру, соблюдение режима (ограничение физических нагрузок, ношение бандажа при выполнении физической работы или переезде на длительные расстояния), высококалорийную диету, медикаментозную терапию осложнений нефроптоза. УС

Рис. 1. *Схема диагностики пациентов с нефроптозом*

Рис. 2. *Схема ведения и лечения пациентов с симптоматическим и осложненным нефроптозом*

Обучение российских врачей-урологов в Европе

Татьяна Николаевна Моисеенко

Врач-уролог отделения урологии ОГБУЗ НСО Государственная Новосибирская областная клиническая больница

tnm_79@yahoo.com

Век живи, век учись.
Fin alla bara sempre se n'impara.

Благодаря гранту Европейской ассоциации урологов «Clinical visit» с февраля 2011 г. на период 5 месяцев мне была предоставлена возможность обучения в Университете г. Верона, Италия.

Целью обучения было знакомство с организацией современной урологической клиники, изучение стандартов оказания урологической помощи пациентам. Наибольший интерес вызывали технические аспекты оперативного лечения опухолей почек, простаты, мочевого пузыря, лапароскопические и робот-ассистированные операции.

Университет располагается в южной части города под названием Борго Рома. Отделением урологии, рассчитанным на 30 коек, руководит профессор Вальтер Артибани, который является научным секретарем Европейской ассоциации урологов (ЕАУ).

Рабочий день в клинике начинается обычно в 7:45 утра с обсуждения состояния пациентов и операционного плана. Два раза в неделю в 7 часов утра! проводятся очень интересные презентации клинических случаев или тем рекомендаций ЕАУ, новых подходов в лечении больных, которые готовят как ординаторы, так и врачи отделения. После презентации врачи и резиденты живо обсуждают тему доклада, высказывают свою точку зрения, делятся опытом.

Профессор Артибани часто проводит мастер-классы под эгидой ЕАУ, поэтому в отделении всегда много иностранных гостей и делегаций.

В состав операционного блока урологической клиники входят 3 операционные (для проведения открытых, лапароскопических, робот-ассистированных, трансуретральных операций). В каждой операционной работает бригада анестезиологов.

Профессор Артибани – очень талантливый хирург, владеющий всеми видами урологических операций, работает виртуозно и быстро. В операционной всегда царит тишина. Ассистенты, операционная сестра, анестезиологи, медицинский персонал – все вместе – одно целое, команда, где каждый четко знает свою функцию.

Робот-ассистированные операции на сегодняшний день приобретают все большее и большее значение.

Клиника Университета

В клиниках Италии используют 60 роботов да Винчи. Их преимущества – в простоте овладения техникой операции, объеме и точности движений и отличной видимости операционного поля, анатомических структур. Робот-ассистированная простатэктомия выполняется трансперитонеальным доступом. Позиция пациента, внутрибрюшное давление, созданное объемом CO_2 в животе, и контролируемая гипотония (артериальное давление не превышает 70–80 мм рт. ст.) позволяют пересекать дорсо-васкулярный комплекс без предварительного лигирования.

Отдельное место занимает цистэктомия с формированием илеального неоцистиса (La Vescica Ileale Padovana (VIP)), который является резервуаром низкого давления, имеет наиболее сферическую форму и обладает высокой способностью к адаптации. Подготовка пациентов к операциям, в особенности к цистэктомии, проводится по программе «Fast track», которая основана на регулярном приеме пищи и жидкости пациентами за день до операции и в день операции, и не требует проведения очистительных клизм.

Успех этой программы зависит от взаимодействия нескольких специалистов: анестезиологов, диетологов, урологов. Основным преимуществом служит отсутствие явлений динамической кишечной непроходимости в послеоперационном периоде, что позволяет пациентам чувствовать себя комфортно и находиться в палате отделения с первого дня после проведенной операции!

Обучение российских врачей в странах Европы – это возможность не только делиться и перенимать опыт европейских врачей, но и расширять кругозор, изучать культуру, язык другой страны, налаживать дружеские отношения со специалистами зарубежных клиник, проводить совместные исследования.

Сакральная нейромодуляция – еще одна процедура, которая дает пациентам с нейрогенными расстройствами мочеиспускания возможность почувствовать себя более адаптированными к жизни. Время вмешательства занимает 20–30 мин. Для выполнения этой операции ведется тщательный отбор пациентов, проводится уродинамическое исследование.

При мочекаменной болезни выполняются преимущественно эндоскопические операции: перкутанная нефролитолапаксия, эндоскопическая лазерная пиело- и уретеролитотрипсия и т. д.

Последние 12 лет в отделении урологии Университета биопсия простаты осуществляется трансперинеальным доступом, что позволило нивелировать опасность осложнений.

Особую роль в диагностике урологических заболеваний играет патологоанатомическое отделение Университета. Его особенностью является то, что патологи имеют несколько специализаций. В отделении работают 2 врача, специализирующиеся в одной и той же области, что позволяет им заменять друг друга в случае необходимости. В этом отделении под руководством профессоров В. Артибани и Г. Мартиньони мне посчастливилось принять участие в научно-исследовательской работе.

Операционный блок

На базе Университета проводятся изыскания, в том числе совместно с другими клиниками Италии. Научная работа клиницистов широко освещена в печати, представлена в виде докладов на различных конгрессах и конференциях.

Нельзя не отметить, что Университет Вероны знаменит своими успехами в лечении рака поджелудочной железы. В этом направлении ведутся очень серьезные научные исследования совместно с патологами, микробиологами и центром по борьбе с раком.

Очень здорово, что для российских врачей появляется все больше и больше возможностей обучения в странах Европы. Это позволяет не только делиться и перенимать опыт европейских врачей, но и расширять кругозор, изучать культуру, язык другой страны, налаживать дружеские отношения со специалистами зарубежных клиник, проводить совместные исследования.

Мы не должны забывать, что делаем одно общее дело, и наши пациенты всегда смотрят на нас с надеждой.

В заключении хочу выразить особую благодарность за поддержку и помощь в организации моего обучения профессору В. Артибани, Европейской ассоциации урологов, администрации Новосибирской областной клинической больницы, профессорам С.И. Шкуратову, В.И. Исаенко, А.А. Еркович, А.В. Юданову.

Витапрост форте в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Сергей Владимирович Козырев

К.м.н., зав. приемным отделением ФГУ НИИ урологии Минздравсоцразвития России

sergkozyrev@mail.ru

Виктория Анатольевна Шадеркина

Врач-уролог, науч. редактор урологического информационного портала Uroweb.ru

viktoriashade@uroweb.ru

В последние 10-летия заболеваемость населения Российской Федерации постоянно растет, что связано, с одной стороны, с ростом доли пожилого населения и более эффективной выявляемостью заболеваний с помощью новых методов диагностики и, с другой стороны, с недостаточной эффективностью системы профилактики и предотвращения заболеваний.

В 2002 г. число пациентов с заболеваниями предстательной железы составляло 717 890, а в 2009 г. – уже 1 161 849 человек. Одним из наиболее распространенных заболеваний у мужчин пожилого и старческого возраста является доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ). У большинства из пациентов (66–97 %) ДГПЖ сочетается с хроническим воспалительным процессом в предстательной железе. Подобное сочетание осложняет течение ДГПЖ и снижает эффективность консервативной терапии. Так же наличие хронического воспалительного процесса увеличивает число послеоперационных осложнений в случае оперативного лечения. Частота заболеваемости ДГПЖ, ее грозные осложнения и установленная роль в нарушении функции других органов и систем обуславливают важность и актуальность поиска новых и эффективных методов лечения.

Согласно Рекомендациям Европейской ассоциации урологов (EAU, 2010) оптимальной консервативной схемой лечения ДГПЖ является комбинированное назначение альфа1-адреноблокаторов и ингибиторов 5-α-редуктазы.

Однако не прекращаются попытки найти новые препараты для лечения ДГПЖ с меньшим количеством побочных эффектов и минимальным влиянием на весь организм. Более 10 лет в России для лечения простатита применяется препарат биологического происхождения, выделенный из предстательной железы крупного рогатого скота – Витапрост. В 2005 г. компанией ОАО «Нижфарм» разработана новая форма препарата – Витапрост форте, в состав которого вошла двойная дозировка сампроста – 100 мг. Эффективность препарата Витапрост форте не раз исследовалась во многих ведущих центрах России – ФГУ НИИ урологии, Урологической клинике Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова), Институте повышения квалификации специалистов здравоохранения г. Хабаровска и т. д.

Результаты исследований, проведенных в этих центрах, сходны между собой – препарат положительно влияет как на субъективные, так и объективные симптомы ДГПЖ. Какие же свойства обеспечивают эффективность Витапрост форте?

Активным веществом препарата Витапрост форте является эндогенная субстанция сампрост (экстракт простаты) – комплекс водорастворимых биологически активных пептидов, выделенных из ткани простаты быков и бычков, достигших половой зрелости. Препарат обладает:

- органотропным действием на предстательную железу;
- противовоспалительными свойствами;
- иммуномодулирующим эффектом;
- усиливает синтез антигистаминовых и антисеротониновых антител;
- улучшает микроциркуляцию в пораженном органе.

Экстракт простаты обладает антиагрегантными и антикоагулянтными свойствами, усиливает синтез антигистаминовых и антисеротониновых антител, улучшает микроциркуляцию в пораженном органе. На этом основана его способность уменьшать отек и активность воспалительных процессов при заболеваниях предстательной железы. Большим плюсом является отсутствие антигенных свойств и значимых побочных эффектов.

Согласно результатам, полученным на базе Урологической клиники СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова (заведующий – проф. С.Х. Аль-Шукри), Витапрост форте существенно снижал клинические проявления ДГПЖ и хронического простатита и улучшал показатели качества жизни (см. табл.).

Результаты лечения препаратом Витапрост форте больных с ДГПЖ, полученные в урологической клинике СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Критерии оценки результатов лечения	Исходные данные (1-й визит)	Через 30 дней лечения (2-й визит)	Через 60 дней лечения (3-й визит)	Через 60 дней после завершения лечения (4-й визит)
Сумма балов симптоматики по шкале IPSS	13,9 ± 2,1	11,8 ± 2,3	9,7 ± 1,9	9,8 ± 1,7
Качество жизни QoL (баллы)	3,8 ± 0,4	3,0 ± 0,7	2,6 ± 0,5	2,6 ± 0,4
Максимальная скорость потока мочи Q_{max} (мл/с)	9,3 ± 0,9	10,5 ± 0,6	12,9 ± 0,4	14 ± 0,7
Объем остаточной мочи (мл)	65,5 ± 12,9	42,4 ± 10,5	33,8 ± 9,1	25,6 ± 7,5
Объем предстательной железы ($см^3$)	48,5 ± 5,5	47,8 ± 6,1	44,2 ± 3,7	44,2 ± 3,8
Уровень ПСА (нг/мл)	3,1 ± 0,2	–	3,0 ± 0,1	2,9 ± 0,2

Авторы исследования (В.Н. Ткачук, И.Н. Ткачук) отметили длительное сохранение положительного эффекта даже после окончания курса лечения.

В ФГУ НИИ урологии (Москва) в 2006 г. было проведено сравнительное рандомизированное плацебо-контролируемое клиническое исследование ректальных суппозиториев Витапрост форте при ДГПЖ. В исследовании участвовало 120 пациентов, которые были рандомизированы на 3 группы. Больным 1-й группы был назначен Витапрост форте в форме свечей, пациентам 2-й группы – тамсулозин перорально и 3-й группы – плацебо. Срок лечения составил 30 дней. По истечении этого срока пациентам провели контрольное обследование, которое включало осмотр, анкетирование, заполнение опросника IPSS, ТРУЗИ предстательной железы, урофлуометрию. У пациентов 1-й группы по данным ТРУЗИ уменьшился объем предстательной железы, было отмечено снижение количества остаточной мочи, увеличение средних значений Q_{max}. Положительный эффект может быть объяснен специфическим прямым и непрямым органотропным действием экстракта простаты на предстательную железу, что приводит к снижению пролиферативной активности клеток предстательной железы и торможению развития ДГПЖ, усилению синтеза антигистаминовых и антисеротониновых антител, что в конечном счете способствует уменьшению отека органа и снижению активности сопутствующих воспалительных процессов. Немалую роль играет способность экстракта простаты уменьшать отек и активность воспалительных процессов в органе за счет улучшения в нем микроциркуляции. С антиагрегантными и антикоагулянтными свойствами экстракта простаты связано и умеренное улучшение кровообращения в органе, проявившееся увеличением максимальной линейной скорости кровотока после 15 дней терапии.

Одним из параметров эффективности терапии, используемым при анализе степени выраженности обструктивной и ирритативной симптоматики ДГПЖ, являлась сумма баллов по шкале IPSS. До лечения у преобладающего числа пациентов сумма баллов составляла 8–20, т. е. имела место выраженная и умеренная степень симптоматики ДГПЖ. После лечения показатель IPSS в группе плацебо не изменился, а в 1-й и 2-й группах сместился в сторону незначительных симптомов. Также было отмечено улучшение качества жизни больных.

К подобным результатам пришли и урологи Хабаровского края, которые провели свое исследование на базе Института повышения квалификации специалистов здравоохранения г. Хабаровска (главный уролог Хабаровского края – А.М. Миллер), а также сотрудники кафедры урологии Казанского государственного медицинского университета (зав. кафедрой – д.м.н., проф. М.Э. Ситдыкова) и урологи Санкт-Петербургского городского гериатрического центра (В.Г. Гомберг, Ю.Т. Надь).

Результаты исследования позволили урологам сделать важные выводы – результаты лечения препаратом Витапрост форте и тамсулозином были сопоставимы по основным параметрам. При этом положительные изменения параметров сохраняются в течение длительного периода даже после отмены Витапрост форте. Наблюдаемая положительная динамика, продолжающаяся по окончании курса лечения, подтверждает этиопатогенетический механизм действия Витапрост Форте.

Все вышеизложенное позволяет рекомендовать Витапрост форте для лечения ДГПЖ в сочетании с хроническим простатитом как в качестве монотерапии, так и в составе схемы комбинированного лечения у пациентов с умеренно выраженной инфравезикальной обструкцией независимо от возраста и наличия сопутствующей патологии.

Новые шаги в оперативной урологии

Николай Васильевич Поляков

К.м.н., зав. 1-м урологическим отделением, ст. науч. сотр. отдела детской урологии ФГУ НИИ урологии Минздравсоцразвития России

Av73333@comtv.ru

Со времен Николая Ивановича Пирогова основными инструментами хирурга остаются скальпель и пинцет, а также шовный материал. Многие 10-летия ученые всего мира пытаются их усовершенствовать для получения оптимальных результатов оперативного лечения больных. Самым важным временным периодом в этой области можно считать последнее 10-летие XX века. В мире появилась аппаратура значительно облегчающая и, главное, сокращающая время работы хирурга на операции, ибо известно, что чем дольше длится вмешательство, тем больше интра- и послеоперационных осложнений может быть.

Самым первым и, на мой взгляд, самым существенным моментом эволюции технологий в хирургии стало внедрение в повседневную практику электрокоагуляторов и электрических ножей. Многие из ныне работающих хирургов (да и я тоже) на заре своей хирургической юности застали время, когда остановка кровоточащих сосудов осуществлялась путем перевязки последних шовным материалом. Это, безусловно, значительно продлевало время операции и уменьшало степень надежности обеспечения гемостаза. В настоящее время, даже на самых крупных артериях и венах, например во время цистэктомии, можно не выполнять их перевязку, а использовать LigaSure, глубина коагуляции которого достигает 0,5 см. Также LigaSure может применяться при лимфаденэктомии, нефрэктомии и т. д. Не уступает в этом плане и другой замечательный прибор, но уже воздействующий на окружающие ткани другим физическим явлением. Речь идет об ультразвуковом скальпеле Harmonic, применять который можно как в открытой, так и в эндовидеохирургии. Выделение тканей и органов при этом происходит практически бескровно, так как в нем гармонично сочетаются рассечение и коагуляция одновременно, от этого, наверное, и произошло название данного прибора.

При операциях на паренхиматозных органах сложно обойтись без применения, пускай и современного, шовного материала, учитывая, что даже незначительное операционное повреждение может вызвать значительную кровопотерю. Действительно, без иголки и нитки трудно обойтись при резекции почки, но и здесь нашлось место научно-техническому прогрессу! Это современные кровоостанавливающие губки на основе биоколлагена – ТахоКомб, которые еще называют уникальным биологическим пластырем.

Приведем конкретные клинические примеры из повседневной урологической практики, например резекция почки при злокачественных опухолях и различные виды нефротомий для удаления камней почек при мочекаменной болезни. До настоящего времени около 5–7 % объемных образований почек нельзя четко охарактеризовать с помощью современных методов визуальной диагностики. В связи с этим все более широкое применение находят нефронсберегающие технологии (Nephron sparing surgery), особенно при небольших размерах опухолевидного образования и удобной для резекции локализации. Поэтому проблема адекватного интраоперационного гемостаза актуальна по-прежнему. Уролог, разрезая почечную ткань, удаляя опухоль или камень, может столкнуться с ситуацией, когда кровотечение, пускай и незначительное, будет происходить из места вколов иглы в почечную ткань или участков декапсуляции почки, прошивание которых в значительной степени затруднено и опасно повреждением паренхимы почки. Вот здесь на помощь урологу и приходят «волшебные губки». При этом площадь их применения практически не ограничена, а гемостаз будет надежным.

Безусловно, революционным прорывом в современной хирургии можно считать широкое внедрение в практику современных шовных материалов, таких как Vicryl, Monocryl, Vicryl Plus (с антибактериальным покрытием), Prolene, PDS II и др. Ареактивность этих материалов и прочность сшивания тканей обеспечили значительное снижение послеоперационных осложнений, связанных с шовным материалом. Прежде всего, это уменьшение случаев послеоперационных свищей и грыж после пластических операций, а также несостоятельности различных анастомозов между различными органами. Одним из самых больших разделов в современной урологии является раздел реконструктивно-пластических операций. Уретеропиелоанастомозы, уретероуретероанастомозы, уретероцистоанастомозы, уретро-уретроанастомозы, кишечные пластики мочевого пузыря и мочеточников, а также пластические операции на половом члене и уретре в обязательном порядке требуют применения современного шовного материала. В противном случае – это бесполезная трата времени медицинского персонала и угроза здоровью больного.

Одной из основных задач уролога является восстановление нормального пассажа мочи по верхним или нижним мочевым путям, что практически всегда требует применения внешних или внутренних мочевых дренажей. И в этой области за последние годы произошли значительные изменения в лучшую сторону. Это касается, как материала, из которого делаются дренажные трубки, так и вида дренажа, внутреннего или наружного. Приведем конкретные клинические примеры. При проведении пластики лоханочно-мочеточникового сегмента, как открытым способом, так и лапароскопическим, требуется надежное дренирование верхних мочевых путей для надежного заживления места операции. Дренаж должен обладать ареактивностью, т. е. не вызывать реакции отторжения тканей и иметь достаточный диаметр для эвакуации мочи. При данной операции такими свойствами обладает нефростомический дренаж фирмы Teleflex Rüsch – одного из ведущих мировых брендов на рынке расходных материалов для урологии. Нефростомический дренаж типа Гиббона с интегрированным мочеточниковым катетером из 100 % силикона обеспечивает адекватный отток мочи из почки, а за счет гибкого дистального конца, погружаемого в мочеточник, создает наилучшие условия для репаративных процессов в области анастомоза. Так же следует отметить что все изделия фирмы Teleflex Rüsch, выполненные из 100 % силикона (нефростомические и цистостомические дренажи, уретральные катетеры), не вызывают аллергических реакций у пациентов, обладают высокой биосовместимостью и

Окончание на стр. 9

ЗАО «Сэйдж» является эксклюзивным дистрибьютором компании Teleflex (RÜSCH®) – одного из ведущих мировых брендов на рынке расходных материалов для урологии

121069, г. Москва,
ул. Малая Никитская, д. 20/9, стр. 2
тел.: +7(495) 234 39 45/46
факс: +7(495) 234 39 47
E-mail: info@sagemed.ru
Сайт: www. sagemed.ru

СЭЙДЖ

Новые шаги в оперативной урологии

Окончание, начало на стр. 8

прекрасными антибактериальными свойствами – что особенно важно в их использовании у детей и отягощенных пациентов.

При проведении уретероцистоанастомоза по поводу различных поражений пузырно-уретерального сегмента ранее однозначно применялись наружные дренажи, выводимые на переднюю брюшную стенку пациента. Это создавало дополнительные условия для инфицирования верхних мочевых путей пациента, что являлось неблагоприятным фактором в послеоперационном периоде. С появлением внутренних стентов количество таких осложнений значительно снизилось.

Одним из пионеров в этой области является компания Cook. Внутренние стенты, производимые этой компанией, можно применять как во взрослой, так и в детской урологической практике, что немаловажно, так как основное количество реконструктивно-пластических операций на пузырно-уретеральном сегменте производится в детском возрасте по поводу пузырно-мочеточникового рефлюкса и нейромышечной дисплазии мочеточников.

Говоря о применении новых технологий в урологии, нельзя не упомянуть различные объемообразующие вещества. Особенно это касается детской урологической практики и такого заболевания, как пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Применение таких веществ уменьшило количество открытых операций при данном заболевании в разы.

Одним из самых надежных объемообразующих веществ является Vantris – инновационная разработка компании Promedon (Аргентина). Десять-пятнадцать лет назад при выявлении пузырно-мочеточникового рефлюкса III–IV степени ребенку выполнялось открытое оперативное вмешательство, связанное с пересадкой мочеточника, для создания антирефлюксного механизма. Послеоперационный период составлял при этом 14–21 день. Сегодня эндоскопическим путем Vantris имплантируется инъекционно под устье мочеточника, обеспечивая стойкий эффект набухания тканей и, тем самым, создавая антирефлюксный механизм. Время операции при этом составляет не более 15 мин, а послеоперационный период сокращается до 1–2 дней.

При сохранении или рецидиве пузырно-мочеточникового рефлюкса возможно повторное введение объемообразующего вещества. Риск местной, региональной и дальней миграции минимален.

В нашей статье мы коснулись далеко не всего спектра технических достижений, появившихся в современной урологической практике, но это и не было нашей задачей. Важно, как мне кажется, было показать, что применение достижений научно-технического прогресса в урологии сокращает операционную травму, уменьшает кровопотерю во время и после операции, снижает количество ранних и поздних послеоперационных осложнений, уменьшает время пребывания больного на операционной койке, что в итоге сказывается на качестве жизни наших пациентов.

Такие инновации в большой оперативной урологии служат залогом излечения больного, что в конечном итоге и является целью медицины. УС

Ведение пациентов с мочекаменной болезнью в послеоперационном периоде после дистанционной ударно-волновой литотрипсии

Александр Израилевич Неймарк

Д.м.н., проф., зав. кафедрой урологии и нефрологии ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет

urologagmu@mail.ru

Николай Александрович Ноздрачев

К.м.н., ассистент кафедры урологии и нефрологии ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет

nozdrachevuro@mail.ru

Доля мочекаменной болезни (МКБ) среди всех урологических заболеваний составляет 40 %. Основным этапом лечения пациентов с МКБ является избавление от камня. Однако само по себе удаление камня может лишь создать условия для улучшения уродинамики, коррекции воспалительного процесса в мочевых путях. Тем более, что избавление от камня не может оказать воздействия на метаболические процессы, происходящие в организме каждого пациента. Это указывает на необходимость медикаментозной защиты почки у больных нефролитиазом, в том числе у пациентов, перенесших дистанционную ударно-волновую литотрипсию (ДУВЛ) и нефролитолапаксии.

Кроме того, проведение нефролитолапаксии часто сопровождается инфекционно-воспалительными осложнениями, что также требует профилактических мероприятий. Поэтому мы считаем вопрос послеоперационного ведения пациентов одним из самых важных в лечении МКБ.

Основной целью консервативного лечения в послеоперационном периоде является скорейшее изгнание фрагментов разрушенного камня. Комплекс лечебных мероприятий после ДУВЛ включает:

- медикаментозное лечение (противовоспалительная, спазмолитическая терапия, НПВС, растительные диуретики);
- физиотерапию;
- бальнеолечение;
- санаторно-курортное лечение.

Основной целью консервативного лечения в послеоперационном периоде является скорейшее изгнание фрагментов разрушенного камня.

Медикаментозное лечение

1. Спазмолитики (дротаверин, папаверин и т. д.).
2. «Водная» нагрузка заключается в приеме пациентом питьевой воды до 3 литров в сутки. Если лечение проводится в стационаре допустимо внутривенное введение жидкостей – физ. раствор, 5 % глюкоза с последующим введением салуретиков (фуросемид). Такая тактика общеизвестна и носит название «водного удара». Следует учитывать, что «форсирование» диуреза следует проводить с осторожностью при небольших движущихся камнях мочеточника, так как при нарушении оттока мочи возрастает гидростатическое давление в верхних мочевых путях, что приводит к усилению болевого симптома.
3. Противовоспалительная терапия (уроантисептики, антибактериальные препараты по показаниям). Показанием является риск развития обструктивного пиелонефрита.
4. НПВС (диклофенак натрия, кетонал). Предпочтение отдается препаратам с выраженным анальгетическим эффектом.
5. Альфа-адреноблокаторы.
6. Растительные диуретики – фитотерапия. Растительные препараты, как правило, комбинированные и обладают комплексным эффектом.
7. Активный режим так же способствует отхождению фрагментов конкремента.

Многие научные работы доказывают преимущества фитопрепаратов в комплексном лечении МКБ. Они следующие:

- высокая эффективность при длительном применении;
- воздействие на многие звенья патогенеза МКБ;
- практически полное отсутствие побочных эффектов.

Одним из таких препаратов является Канефрон® Н – комбинированный растительный лекарственный препарат, который обладает диуретическим, противовоспалительным, спазмолитическим, антимикробным, вазодилаторным и нефропротекторным действием.

Прием Канефрона® Н (2 драже/50 капель 3 раза в день) значительно уменьшает протеинурию и развитие повреждения тканей. Включение препарата Канефрон® Н в комплексную терапию больных МКБ перед предстоящей ДУВЛ препятствует выраженному подъему уровня гамма-глутаминтрансферазы, щелочной фосфатазы и N-ацетилглюкозаминидазы мочи во время операции, что указывает на защитное действие препарата на почки, а также способствует нормализации таких показателей энзимурии как лейцинаминопептидаза и N-ацетилглюкозаминидаза уже на 7-е сутки после литотрипсии, что свидетельствует о более быстром восстановлении почечной ткани в послеоперационном периоде. Предположительный механизм нефропротекторного действия Канефрона® Н осуществляется благодаря флавоноидной составляющей, которая оказывает влияние на проницаемость базальной мембраны, т. е. оказывает мембраностабилизирующее действие.

В послеоперационном периоде мы обязательно проводим исследования с целью контроля отхождения камня и профилактики и/или своевременной диагностики осложнений. Как правило, это УЗИ почек (ежедневно), обзорная и экскреторная урография, общеклинические анализы.

Лечащим врачом обязательно проводится беседа с пациентом, в которой разъясняется вероятность длительного отхождения (в течение нескольких недель) камней после ДУВЛ. В литературе описаны случаи, когда фрагменты отходили в течение 6 месяцев после процедуры.

После отхождения фрагментов камней мы проводим их анализ с целью дальнейшей реабилитации пациентов – разработки индивидуальной диеты, назначения этиологического лечения в зависимости от вида обменных нарушений.

Таким образом, в послеоперационном периоде после ДУВЛ, пациенту показан весь комплекс медикаментозного воздействия с целью не только быстрого избавления от камней, но и ускорения регенерации почечной паренхимы, профилактики развития инфекционно-воспалительных изменений и рецидива камнеобразования. УС

Гормонотерапия у больных раком предстательной железы: борьба с тестостероном или с болезнью?

Борис Яковлевич Алексеев
Д.м.н., проф., зав. отделением урологии МНИОИ им. П.А. Герцена
byalekseev@mail.ru

В статье «Практическое значение контроля уровня тестостерона при гормонотерапии рака предстательной железы» В.Б. Матвеева и А.С. Марковой («Урология сегодня», 2011, № 3) приводятся рекомендации по мониторингу уровня тестостерона у больных раком предстательной железы (РПЖ), получающих гормонотерапию (ГТ). Авторы рекомендуют регулярно контролировать концентрацию тестостерона у пациентов, получающих терапию агонистами ЛГРГ, и в тех случаях, когда уровень гормона превышает 20 нг/мл, заменять один препарат на другой или выполнять двустороннюю орхидэктомию. Не оспаривая целесообразность определения концентрации тестостерона в некоторых клинических ситуациях, хотелось бы рассмотреть вопрос о том, насколько полезен и необходим постоянный контроль степени подавления тестостерона в рутинной клинической практике.

Авторы подчеркивают важность подавления концентрации тестостерона ниже 20 нг/дл. В то же время и рекомендации EAU, и рекомендации NCCN, по-прежнему, в качестве кастрационного рассматривают уровень гормона < 50 нг/дл. К настоящему времени не проведено ни одного крупного проспективного исследования, посвященного сравнению отдаленных результатов гормонального лечения у больных РПЖ, уровень тестостерона которых в результате терапии агонистами ЛГРГ снижался < 20 нг/дл или > 20 нг/дл, но < 50 нг/дл. А те исследования, в которых сравнивали эффективность различных аналогов ЛГРГ или различных доз 1 препарата (лейпролелина), как правило, не показали различий в выживаемости без прогрессирования и общей выживаемости больных. Действительно, с появлением новых диагностических систем было установлено, что после хирургической кастрации уровень тестостерона, как правило, не превышает 20 нг/мл.

Но в то же время, рандомизированные исследования по сравнению двусторонней орхидэктомии и терапии агонистами ЛГРГ не выявили различий в клинической эффективности данных методов андрогенной депривации, что ставит под сомнение абсолютную необходимость снижения концентрации гормона < 20 нг/дл. Так, в исследовании Kaisary et al. (1989), включавшем 358 больных РПЖ, которые были рандомизированы в группу терапии гозерелином и в группу кастрации, частота развития прогрессирования и выживаемость больных не различались. Проведенный Seidenfeld et al. в 2000 г. метаанализ показал, что монотерапия аналогами ЛГРГ и хирургическая кастрация приводят к одинаковым результатам лечения больных РПЖ. Таким образом *утверждение о необходимости переключения на другой вариант андрогенной супрессии больных, у которых на фоне терапии агонистами ЛГРГ концентрация тестостерона не снижается < 20 нг/дл (но при этом снижается < 50 нг/дл), не подтверждается данными клинических исследований с наибольшей степенью доказательности.*

Хотелось бы также обратить внимание на результаты исследований по отсроченной и интермиттирующей ГТ. Известно, что отсроченная андрогенная депривация, которая может быть использована у некоторых больных распространенным РПЖ без выраженных клинических проявлений с целью избежать побочных реакций гормонального лечения, приводит к увеличению частоты осложнений и уменьшению времени до развития прогрессирования по сравнению с немедленной терапией, но при этом опухолево-специфическая выживаемость пациентов, которым начали эндокринную терапию немедленно, и тех, кому ее назначали при развитии симптоматики, не различалась. То есть, подавление тестостерона влияет на предотвращение прогрессии, но не на продолжительность жизни больных.

Метод интермиттирующей андрогенной блокады, который в настоящее время стал стандартным, заключается в периодической отмене андроген-депривационной ГТ с последующим ее возобновлением при росте уровня ПСА или клиническом прогрессировании. Основными целями интермиттирующей ГТ являются уменьшение частоты и выраженности побочных реакций, связанных с подавлением тестостерона, а также возможное увеличение до развития фазы кастрационной рефрактерности.

Рандомизированные исследования по сравнению двусторонней орхидэктомии и терапии агонистами ЛГРГ не выявили различий в клинической эффективности данных методов андрогенной депривации, что ставит под сомнение абсолютную необходимость снижения концентрации гормона < 20 нг/дл.

В экспериментальных работах, проведенных на клеточных линиях и на животных Goldenberg et al. в 1993 г., показано, что прерывистая андрогенная блокада приводит к увеличению времени до прогрессирования, т. е. развития гормон-рефрактерности опухоли.

В клинических исследованиях III фазы по сравнению эффективности интермиттирующей и непрерывной ГТ было продемонстрировано, что прерывистый вариант лечения как минимум не уступает непрерывной блокаде по показателям безрецидивной и общей выживаемости. Так, в исследовании AUO AP 17/95 (Miller et al., 2007) медиана безрецидивной выживаемости в группе интермиттирующей терапии была больше (16,6 мес), чем в группе непрерывного лечения (11,5 мес), хотя различия не достигли статистической достоверности. При этом пациенты, получавшие прерывистую андрогенную блокаду (гозерелин + бикалутамид), 88 % всего периода наблюдения находились в перерыве гормонального лечения. В другом рандомизированном исследовании (De Laval et al., 2002) выявлено достоверное преимущество интермиттирующего лечения (гозерелин + флутамид) в отношении частоты развития прогрессирования в течение 3 лет: в группе прерывистой терапии развитие гормонрефрактерности отмечено у 7 % больных, тогда как в группе непрерывного лечения – у 38,9 % ($p = 0,0052$). Следует отметить, что при проведении интермиттирующей терапии агонистами ЛГРГ неизбежны повторные повышения уровня тестостерона (феномен «вспышки»), но при этом данные всплески концентрации гормона не приводят к снижению клинической эффективности прерывистого лечения.

Не отвергая важность определения уровня тестостерона, хотелось бы подчеркнуть, что прибегать к определению его концентрации следует в тех случаях, когда это диктуется клинической картиной, например при росте ПСА на фоне кастрационной терапии или недостаточном снижении уровня ПСА через 3–6 мес после начала лечения агонистами ЛГРГ. Но уровень тестостерона без учета клинического ответа на андроген-депривационную терапию не должен служить показанием к смене или отмене проводимой терапии. В связи с этим, необходимость постоянного мониторинга концентрации гормона в процессе проведения ГТ представляется сомнительной. Более важным является определение клинической эффективности лечения на основе ПСА-мониторинга, симптоматики, физикальных и лучевых методов диагностики. УС

Ключевые статьи из международных медицинских изданий

Новые методы лечения

Степан Сергеевич Красняк

Ординатор 2-го года ФГУ НИИ урологии Минздравсоцразвития России

krasnyakss@mail.ru

Клюквенный сок не предотвращает рецидивы инфекции мочевыводящих путей: результаты рандомизированного плацебо-контролируемого исследования

Множество обсервационных, а также несколько небольших или открытых рандомизированных клинических испытаний дают понять, что американская клюква может снижать риск рецидивирования инфекции мочевыводящих путей (ИМВП).

Мы провели двойное слепое плацебо-контролируемое исследование влияния клюквы на риск рецидива ИМВП среди 319 студенток колледжа с острой ИМВП. Участницы наблюдались вплоть до повторного эпизода ИМВП или в течение 6 месяцев, в зависимости от того, какое событие наступало раньше. ИМВП определялась на основании сочетания симптоматики и положительного посева мочи с известным уропатогеном. Исследование было разработано для обнаружения 2-кратного различия между лечением и плацебо, которое было обнаружено в неослепленных исследованиях. Мы предположили, что у 30 % участников в течение наблюдаемого периода случится рецидив инфекции.

В целом, частота рецидивов составила 16,9 % (95 % ДИ 12,8–21,0), а распределение рецидивов было одинаковым в обеих исследуемых группах. Более того, в группе, принимавшей клюкву, частота рецидивирования была немного выше (20,0 % против 14,0 %). Встречаемость симптомов со стороны мочевыводящих путей на 3-й день, через 1–2 недели и более чем через 1 месяц была одинаковой в обеих группах, без заметных различий.

Среди практически здоровых студенток колледжа с острой ИМВП, употреблявших 8 унций (236 мл) 27% клюквенного сока дважды в день, не произошло уменьшения частоты рецидивов ИМВП, по сравнению с группой, принимавшей плацебо.

Источник: Barbosa-Cesnik C., Brown M.B., Buxton M., Zhang L., DeBusscher J., Foxman B. Clin Infect Dis 2011 Jan;52(1):23–30. doi: 10.1093/cid/ciq073 PMID: 21148516.

Новые методы диагностики

Нарушения метаболизма эластина у женщин с пролапсом тазовых органов

Хотя существует много исследований, изучающих роды через естественные пути, их влияния, а также влияния менопаузы на фиксацию тазового дна обнаружено не было. Мы сравнили метаболизм эластина в крестцово-маточной связке у женщин с пролапсом тазовых органов и без него, а также определили менопаузальную регуляцию этого процесса.

Изучаемая группа состояла из 35 женщин, перенесших гистерэктомию по поводу пролапса тазовых органов. Контрольную группу составили 39 женщин без пролапса тазовых органов. Пациентки заполняли опросник для оценки возраста, акушерского анамнеза, индекса массы тела и менопаузального статуса. Уровень экспрессии мРНК и белка нейтрофильной эластазы, матриксной металлопротеиназы-2, матриксной металлопротеиназы-9 определялся при помощи количественной полимеразной цепной реакции в реальном времени и твердофазного иммуноферментного анализа соответственно. Использовались образцы крестцово-маточной связки каждой пациентки. Также определялась экспрессия альфа-1-антитрипсина, ингибитора нейтрофильной эластазы. Для статистического анализа применялись однофакторный дисперсионный анализ, тест Крускала–Уоллиса и многомерная линейная регрессия.

Экспрессия нейтрофильной эластазы и мРНК матриксной металлопротеиназы-2 была выше у пациенток с пролапсом тазовых органов, нежели у женщин без него. По сравнению с предменопаузальным периодом уровень эластазы нейтрофилов и матриксной металлопротеиназы-2 значительно снизился у женщин в постменопаузе без пролапса тазовых органов, хотя он оставался повышенным у женщин в постменопаузе с пролапсом тазовых органов. Уровень альфа-1-антитрипсина был значительно ниже у постменопаузальных женщин с пролапсом тазовых органов, чем у женщин в постменопаузе без пролапса тазовых органов. Активность нейтрофильной эластазы, матриксной металлопротеиназы-2 и матриксной металлопротеиназы-9 была повышена у женщин с пролапсом тазовых органов, и эти тенденции были схожи с таковыми при экспрессии эластазы нейтрофилов и матриксной металлопротеиназы-2 даже после поправки на возраст, акушерский анамнез и менопаузальный статус.

Таким образом, постменопаузальное увеличение активности эластолитической протеазы играет значительную роль в развитии пролапса тазовых органов.

Источник: Moon Y.J., Choi J.R., Jeon M.J., Kim S.K., Bai S.W. J Urol 2011 Mar 17. doi: 10.1016/j.juro.2010.12.040 PMID: 21420126.

Новые технологии

«Всевидящая игла»: первые результаты оптической пункционной системы для подтверждения доступа при перкутанной нефролитолапаксии

До сих пор является предметом для дискуссий лучший возможный путь доступа к собирательной системе почек при перкутанной нефролитотомии (ПНЛ).

Целью данного исследования было описать первый опыт применения микрооптической системы, совмещенной со специальной пункционной иглой, для подтверждения качества выбранного доступа до проведения дилатации операционного канала.

Использовалась микрооптика диаметром 0,9 мм и 0,6 мм. Микрооптика и интегрированный источник света помещались через рабочий канал пункционной иглы. Модифицированная игла имела внешний диаметр 1,6 мм (4.85 Fr). Оптическое волокно подсоединялось через окуляр и световой адаптер к стандартной видеоэндоскопической системе. Для адекватного освещения операционного поля подключалась ирригационная система. Оптическая пункционная игла использовалась у 15 пациентов для доступа к почке перед проведением стандартной процедуры ПНЛ.

Оптическая оценка включала в себя определение искажений, разрешения, угла и поля зрения. Ирригационный поток оценивался *ex vivo* с пункционным стилетом либо с пустым каналом иглы или с введенным проводником.

Во всех случаях визуализация пунктированной чашечки прошла успешно, а нахождение иглы в целевой чашечке могло быть подтверждено перед размещением проводника и дилатацией пункционного хода. Оптика диаметром 0,9 мм значительно превосходила иглу 0,6 мм по всем оптическим параметрам. Никаких существенных осложнений не наблюдалось.

Оптическая пункционная игла для ПНЛ, по-видимому, оказывается наиболее полезной при подтверждении оптимального чрескожного доступа к почке перед дилатацией пункционного хода, что повышает безопасность процедуры.

Источник: Bader M.J., Gratzke C., Seitz M., Sharma R., Stief C.G., Desai M. Eur Urol 2011 Apr 1. doi: 10.1016/j.eururo.2011.03.026 PMID: 21477921.

Новые методы лечения

Александр Викторович Говоров

К.м.н., доцент кафедры урологии МГМСУ

alexgovorov@newmail.ru

Как улучшить выживаемость больных метастатическим раком простаты?

Известно, что биосинтез экстрагонадных андрогенов может способствовать прогрессии кастрационно-рефрактерного рака предстательной железы (РПЖ). В настоящем исследовании проведена оценка влияния абиратерона ацетата (селективного ингибитора биосинтеза андрогенов, блокирующего цитохром Р450) на общую выживаемость больных метастатическим кастрационно-рефрактерным РПЖ, ранее получавших химиотерапию доцетакселом.

В соотношении 2:1 на группы больных, принимавших преднизолон 5 мг 2 раза в сутки в сочетании с абиратероном ($n = 797$) или плацебо ($n = 398$) были рандомизированы 1195 пациентов. У 67 % мужчин до включения в исследование имелись радиологические признаки прогрессии РПЖ. При среднем сроке наблюдения 12,8 мес общая выживаемость оказалась достоверно выше при приеме абиратерона по сравнению с плацебо (14,8 мес и 10,9 мес соответственно; HR 0,65; 95 % CI 0,54–0,77; $p < 0,001$). Целый ряд других параметров также свидетельствовал о преимуществах терапии абиратероном относительно плацебо – время до прогрессии уровня общего ПСА (10,2 мес и 6,6 мес; $p < 0,001$), выживаемость без признаков прогрессии болезни (5,6 мес и 3,6 мес; $p < 0,001$), а также снижение значения ПСА на фоне лечения (29 % и 6 %; $p < 0,001$). Побочные эффекты, связанные с влиянием на выработку гормонов надпочечников (задержка жидкости в организме, гипертензия, гипокалиемия), чаще отмечались при приеме абиратерона в сочетании с преднизолоном, чем плацебо с преднизолоном (55 % и 43 % соответственно; $p < 0,001$).

Авторы сделали заключение, что у больных метастатическим кастрационно-рефрактерным РПЖ, ранее получавших химиотерапию, лечение абиратерона ацетатом приводит к улучшению общей выживаемости.

До недавнего времени у больных РПЖ, прогрессирующим на фоне химиотерапии, гормональное лечение применялось редко. Результаты настоящего исследования свидетельствуют о сохраняющейся роли стимуляции андрогеновых рецепторов в патогенезе прогрессии РПЖ, что диктует необходимость изучения новых видов гормональной терапии в этой стадии заболевания. Известные препараты для гормонотерапии 2-й линии (например кетоконазол и аминоглютетимид) в отличие от абиратерона не обеспечивают улучшения общей выживаемости пациентов и имеют более выраженные побочные эффекты. Интересным также представляется тот факт, что концентрация андрогенов в крови при лечении абиратероном снижается до 1–2 нг/дл, что теоретически позволяет думать о возможной переоценке так называемого кастрационного уровня тестостерона.

Источник: De Bono J.S., Logothetis C.J., Molina A. et al. Abiraterone and increased survival in metastatic prostate cancer. NEJM 2011;364:1995–2005.

Сравнение радикальной простатэктомии и динамического наблюдения у больных с клинически локализованным раком простаты

В 2008 г. этой же группой авторов представлены данные, согласно которым смертность, обусловленная раком предстательной железы (РПЖ), оказалась ниже при выполнении радикальной простатэктомии (РПЭ), чем при динамическом наблюдении (исследование SPCG-4). В настоящей публикации проанализированы 15-летние результаты наблюдения за той же группой из 695 мужчин с клинически локализованным РПЖ, рандомизированных в 1989–1999 гг.

При медиане наблюдения 12,8 года в группе РПЭ умерли 166/347 больных, в группе наблюдения – 201/348 пациентов ($p = 0,007$). Смерть вследствие РПЖ в группах РПЭ и динамического наблюдения имела место в 55 и 81 случае, что позволило рассчитать кумулятивную частоту смертности от РПЖ в течение 15 лет наблюдения – 14,6 % и 20,7 % соответственно (95 % CI 0,2–12). Относительный риск смерти от РПЖ при проведении операции по сравнению с наблюдением составил 0,62 (95 % CI 0,44–0,87; $p = 0,01$), риск отдаленного метастазирования – 0,59 (95 % CI 0,45–0,79; $p < 0,001$), риск локальной прогрессии заболевания – 0,34 (95 % CI 0,26–0,45). Достоверное улучшение выживаемости в группе РПЭ оказалось идентичным как до, так и после 9 лет наблюдения, что отмечалось в том числе и при РПЖ низкого риска, а также у мужчин моложе 65 лет. Для предупреждения 1 случая смерти от РПЖ было необходимо провести лечение 15 пациентов (показатель NNT) или 7 больных в возрасте < 65 лет. У оперированных пациентов риск умереть от РПЖ оказался в 7 раз выше, если имелся экстракапсулярный рост опухоли по сравнению со стадией pT2 (95 % CI 2,6–18,4).

Авторы пришли к выводу, что при увеличении срока наблюдения за больными РПЭ по-прежнему уменьшает риск смерти от РПЖ по сравнению с динамическим наблюдением. У больных с экстракапсулярной инвазией опухоли адъювантная терапия может обеспечить дополнительное преимущество в выживаемости.

Результаты данного многолетнего рандомизированного исследования позволяют нам больше узнать о так называемой «естественной прогрессии РПЖ» и о влиянии оперативного лечения на течение болезни. Несомненно, что в 2011 г. больные РПЖ низкого риска отличаются по своим характеристикам от пациентов, включенных в настоящий протокол. Кроме того, при наблюдении за пациентами сейчас в основном используется активное, а не динамическое наблюдение. Вместе с тем, авторами получены важные сведения об уменьшении с течением времени значения показателя NNT для предотвращения 1 случая смерти от РПЖ, о неблагоприятном прогнозе выжидательной тактики у мужчин моложе 65 лет и целом ряде других параметров. Не исключено также, что использование базы данных биологических образцов данного исследования позволит в будущем идентифицировать маркеры повышенного риска прогрессии РПЖ.

Источник: Bill-Axelson A., Holmberg L., Ruutu M. et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. NEJM 2011;364:1708–17.

Интервью

Применение альфа1-адреноблокаторов в урологии: что нового?

Алексей Георгиевич Мартов

Д.м.н., проф. кафедры эндоскопической урологии РМАПО, зав. отделением эндоурологии ГКУБ № 47

martovalex@mail.ru

Альфа-адреноблокаторы – одна из самых широко применяемых групп препаратов в урологии. В последнее время показания для их использования значительно расширились. Мы обсудили спектр применения альфа-адреноблокаторов с д.м.н., проф. А.Г. Мартовым.

– Алексей Георгиевич, ни один уролог в своей практике не может обойтись без назначения альфа-блокаторов. Какие области применения этой группы препаратов Вы бы выделили?

– Первое, и, пожалуй, традиционное применение альфа-блокаторов в урологии – это консервативное лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), а точнее – симптомов, связанных с ней. Помимо этого, на сегодняшний день мы широко применяем эту группу препаратов для лечения хронического простатита, для профилактики и лечения острой задержки мочеиспускания, для лечения симптомов нижних мочевых путей, связанных с перенесенной трансуретральной резекцией предстательной железы (ТУР ПЖ), термотерапией, различными лучевыми воздействиями, нейрогенными расстройствами мочеиспускания и др. Кроме того, альфа-блокаторы успешно применяются в качестве литокинетической терапии и для лечения дизурических расстройств, связанных с наличием внутреннего стента.

– Какой механизм действия альфа-блокаторов при ДГПЖ?

– Считаю необходимым напомнить нашим коллегам-урологам, что впервые об эффективности альфа-блокаторов при ДГПЖ сообщили M. Caine и A. Pfau еще в 1976 г. Из отечественных ученых первым стал работать с альфа-блокаторами Ю.А. Пытель. С тех пор эта группа препаратов прочно обосновалась в урологии. Механизм действия, если говорить кратко, обусловлен блокадой альфа1-адренорецепторов предстательной железы, мочевого пузыря и простатической части уретры, с последующим уменьшением внутриуретрального сопротивления и динамического компонента инфравезикальной обструкции.

– Повлияло ли применение альфа-блокаторов в течение последних 35 лет на тактику ведения пациентов с ДГПЖ?

– В Канаде были проведены интересные исследования, касающиеся ТУР ПЖ и альфа-блокаторов. Ученые отметили, что за последние 20 лет (1988–2008 гг.) консервативное лечение ДГПЖ значительно изменило показания, характеристики и результаты лечения мужчин, подвергнутых ТУР ПЖ. Повышенное использование альфа-блокаторов в качестве первой линии лечения ДГПЖ привело к существенному снижению количества ТУР ПЖ. Канадские ученые J. Izard и J.C. Nickel провели анализ данных всех пациентов, перенесших ТУР ПЖ на определенной географической территории в период с 1988 по 2008 г.

В результате этого анализа выяснилось, что в этот период количество ТУР ПЖ снизилось на 60 %, но при этом увеличилось число пациентов с острой и хронической задержкой мочеиспускания, гидронефрозом на момент выполнения ТУР ПЖ. Длительность госпитализации уменьшилась, а число пациентов, выписанных домой с катетерами, увеличилось. В России таких исследований не проводилось.

– В каких случаях Вы бы рекомендовали назначать альфа-блокаторы, кроме общепринятого консервативного ведения пациентов с ДГПЖ или хроническим простатитом?

– В своей рутинной практике на догоспитальном этапе мы назначаем селективные альфа-блокаторы (Сонизин) в сочетании с ингибиторами альфа-редуктазы в качестве подготовки к ТУР пациентам с большим объемом предстательной железы, а также в виде профилактики острой задержки мочеиспускания. Как правило, такую терапию можно рекомендовать на срок от 3 до 6 месяцев.

Также Сонизин мы применяем после ТУР с целью уменьшения симптомов дизурии в послеоперационном периоде. Обычно это доза 0,4 мг ежедневно в течение 30 дней.

– Можно ли применять их при раке предстательной железы?

– Известны исследования, в том числе и российские, по применению селективных альфа-адреноблокаторов у пациентов, перенесших лучевые методы лечения рака предстательной железы (РПЖ) – брахитерапию, HIFU, ДЛТ. Дело в том, что лучевая терапия РПЖ может осложняться лучевой реакцией тканей, что клинически проявляется в дизурии различной степени выраженности, которая может продолжаться до 1 года после лечения,

Окончание на стр. 13

Аналитика

Последствия глобального потепления

Температура окружающей среды как фактор образования камней в почках

Нефролитиаз является очень распространенным заболеванием во всем мире, частота встречаемости которого неуклонно повышается. Хотя основная причина образования большинства камней до сих пор не известна, в литературе высказывается мнение о влиянии тепла и климата на повышение риска камнеобразования. В последнее время компьютерное моделирование предсказывает 10 % увеличение распространенности нефролитиаза в ближайшие полвека, которое будет вторичным по отношению к последствиям глобального потепления, с сопутствующим увеличением расходов на лечение более чем на 25 %.

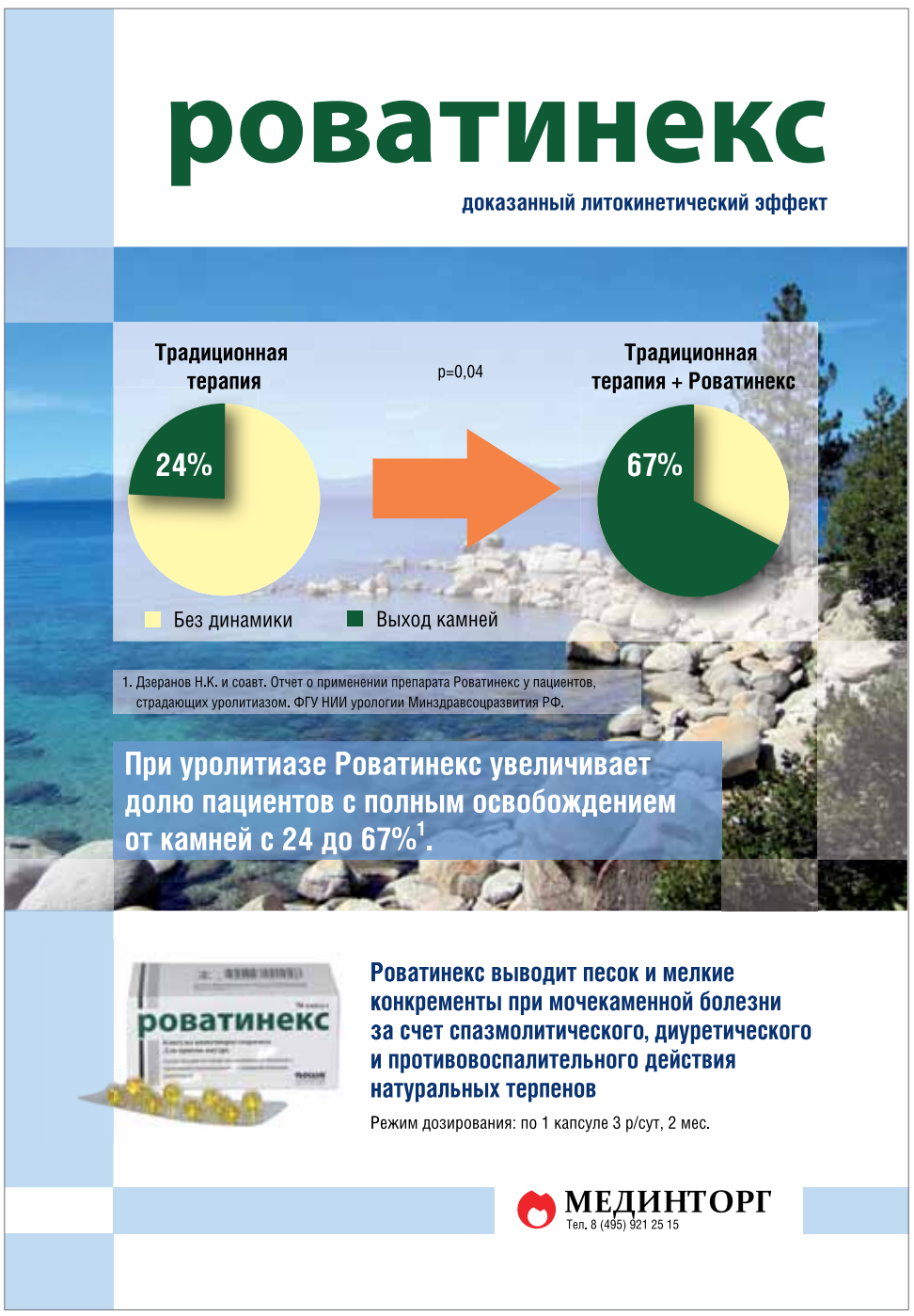
Американские ученые провели критический обзор медицинской литературы, касающейся влияния температуры окружающей среды на камнеобразование. Они разделили все доказательства по методологии на исследования, сравнивающие между собой географические регионы, встречаемость в течение продолжительного времени, и людей находящихся в определенной среде. Хотя большинство исследований смешивали между собой различные факторы, такие как солнечный свет и региональные особенности диеты, которые, разумеется, вносят некоторый вклад, складывается впечатление, что повышенная температура окружающей среды играет весьма значительную роль в патогенезе нефролитиаза среди определенных групп населения.

Примечательно, что роль тепла значительно больше у мужчин, чем у женщин. Исследователи также предположили, что большое значение имеет миграция населения (из сельских районов в более теплые, городские условия), которая началась в начале прошлого века и, по прогнозам, будет продолжаться. Миграция может иметь бóльшее влияние, чем глобальное потепление, на наблюдаемое во всем мире увеличение распространенности нефролитиаза. В настоящее время имеющиеся ограниченные данные не могут обосновать этот предлагаемый механизм, но тем более обоснованными являются дальнейшие исследования данного эффекта. УС

Абсолютное число зарегистрированных больных с мочекаменной болезнью в РФ в период с 2002 по 2009 г. увеличилось на 17,3 %: с 629 453 до 738 130. Показатель числа зарегистрированных больных на 100 тыс. населения в 2002–2009 гг. в целом имел тенденцию к росту, увеличившись на 18,1 %: с 440,5 до 520,2.

Максимальный показатель частоты встречаемости мочекаменной болезни на 100 тыс. населения в 2009 г. отмечался в Дальневосточном федеральном округе (564,6), а минимальный – в Северо-Кавказском федеральном округе (395,6). По регионам наиболее высокие показатели частоты мочекаменной болезни на 100 тыс. населения были отмечены в Алтайском крае (1261,9) и в Ненецком автономном округе (1001,8), а минимальный уровень – в Еврейской автономной области (212,0).

Аполихин О.И., Сивков А.В., Солнцева Т.В., Комарова В.А., Зайцевская Е.В. Анализ урологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики в 2002–2009 годах. Экспериментальная и клиническая урология 2011;1:4–10.



Применение альфа1-адреноблокаторов в урологии: что нового?

Окончание, начало на стр. 12

и инфравезикальной обструкцией. Авторы исследований рекомендуют в схему неоадъювантной терапии, помимо андрогенной депривации, проводимой пациентам перед лучевой терапией, включать селективные альфа-блокаторы, например Сонизин. Такая терапия позволит расширить показания у пациентов с инфравезикальной обструкцией. В режиме адъювантной терапии терапия альфа-адреноблокаторами позволяет достоверно уменьшить проявление дизурических явлений и вероятность развития острой задержки мочеиспускания у больных после брахитерапии, HIFU-терапии РПЖ. Не следует также забывать об эффективности альфа-блокаторов при лучевых циститах у женщин и мужчин, причиной которых может быть лучевая терапия рака гениталий и мочевого пузыря.

– В последние годы широко обсуждается применение селективных альфа1-адреноблокаторов при мочекаменной болезни. В каких случаях это показано?

– Первые публикации, посвященные применению альфа-блокаторов при мочекаменной болезни, были опубликованы M.C. Michel, J.J. de la Rosette в 2006 г. в журнале European Urology. Один из возможных механизмов – релаксация гладкой мускулатуры мочеточника антагонистами альфа1-адренорецепторов (альфа1-блокаторами).

Многими авторами были выявлены очевидные преимущества использования альфа1-адреноблокатора Сонизина в схеме литокинетической терапии камней нижней трети мочеточников небольших размеров. Возрастала вероятность отхождения камней, уменьшались частота и интенсивность почечных колик, количество принимаемых анальгетиков, сокращался койко-день. Соответственно снижаются затраты на лечение пациентов.

– Допускаете ли Вы возможность применения альфа-блокаторов после дистанционной ударно-волновой литотрипсии, эндоскопических вмешательств?

– После дистанционной литотрипсии назначение альфа-адреноблокаторов (Сонизин) связано с уменьшением времени отхождения камней мочеточника и фрагментов камней, что снижает частоту развития острой обструкции верхних мочевых путей. С этой же целью альфа-блокаторы назначаются после контактной литотрипсии камней мочеточника.

Известно, что тамсулозин (Сонизин) вызывает блокирование проведения болевых импульсов по нервным волокнам С-типа, а также уменьшение частоты перистальтических волн и локального спазма стенки мочеточника. Суммирование этих эффектов объясняет эффективность тамсулозина в качестве меры профилактики почечной колики в послеоперационном периоде. У пациента, принимающего альфа-адреноблокатор тамсулозин (Сонизин), значительно снижаются частота и выраженность почечной колики, и потребность в назначении анальгетиков.

– С какой еще целью альфа1-адреноблокаторы могут применяться в урологии?

– Свойство селективных альфа1-адреноблокаторов купировать дизурические явления и ирритативные симптомы натолкнуло нас на мысль об их применении, в частности Сонизина, для уменьшения дизурических симптомов у пациентов с внутренними мочеточниковыми стентами.

Даже почти «идеальные» стенты могут быть причиной симптомов нижних мочевых путей. Причиной этого, по нашему мнению, является «пузырный завиток» стента, который вызывает раздражение шейки мочевого пузыря, что приводит к нестабильности и повышенной активности детрузора.

У нас есть собственные исследования на 135 пациентах с внутренними стентами, которые получали Сонизин с целью уменьшения стент-зависимых симптомов. По их результатам было отмечено значительное уменьшение дизурии и болей в поясничной области.

Мы сделали вывод, что применение тамсулозина (Сонизин) позволяет на 33 % снизить выраженность ирритативных симптомов, связанных с наличием внутреннего стента, что, в свою очередь, значительно улучшает качество жизни пациентов.

Спектр применения альфа-блокаторов:

1. ДГПЖ.
2. Простатит.
3. Профилактика острой задержки мочеиспускания.
4. После лучевых методов лечения РПЖ.
5. Постлучевые циститы.
6. В составе литокинетической терапии.
7. Уменьшение стент-зависимых симптомов.

Беседовала **Виктория Шадеркина,**
врач-уролог

Сиалис 5 мг для ежедневного применения – новое слово в терапии эректильной дисфункции

До недавнего времени препараты для восстановления эрекции действовали лишь в течение определенного периода: от нескольких часов до полутора суток. Более длительно действующие препараты придают мужчине уверенность и возможность поддерживать сексуальные отношения, не стесненные жесткими временными рамками.

Сегодня во всем мире уже используется инновационный подход, который полностью изменил стандарты лечения эректильной дисфункции (ЭД). Теперь российские врачи, вслед за Францией, США, Германией, Испанией и многими другими странами, тоже смогут помочь пациентам вернуться к половой жизни без ЭД, а мужчины получат возможность восстановить естественные сексуальные отношения на постоянной основе благодаря ежедневному приему препарата Сиалис 5 мг.

Революционным поворотом в решении проблемы лечения ЭД явилось появление ингибитора ФДЭ-5 для ежедневного применения – Сиалис 5 мг. Постоянный прием препарата в такой дозе позволяет обеспечить стойкий эффект на протяжении всего времени приема.

Являясь единственным ингибитором ФДЭ-5 для ежедневного применения, Сиалис 5 мг значительно изменил подход в лечении ЭД у многих пациентов.

Фактически это вылилось в переход от планирования своей сексуальной активности, вычисления «оптимального времени» приема препарата и необходимости совершить половой акт в последующие за приемом несколько часов к полной свободе от временных рамок. Одним из важнейших преимуществ такого лечения является полная спонтанность сексуальных отношений, которая радикально меняет психологический фон и отношение пациента к своему состоянию. Из больного, который может стать «полноценным» мужчиной всего на несколько часов после приема таблетки, пациент становится совершенно свободным от этой зависимости человеком, ощущающим свою абсолютную состоятельность в любое время, даже если проявление сексуальной активности как таковой в конкретный промежуток времени и не нужно.

Уйти от «любви по-расписанию» к спонтанности отношений – вот основное преимущество ежедневного применения Сиалис 5 мг.

В ходе специального исследования, в котором приняли участие 342 пары, проводилась оценка влияния терапии Сиалисом 5 мг у пациентов с ЭД на качество сексуальной жизни его партнерши [1, 2]. Результаты были крайне убедительны – улучшение качества сексуальной жизни по данным опросников регистрировалось у обоих партнеров и имело симметричный характер. Психологи подчеркивают, что уверенность в сексуальной состоятельности мужчины позволяет их партнершам проявлять инициативу без опасения поставить своего партнера в неудобное положение, усугубив тем самым и без того серьезную психологическую проблему.

Женщина может выступить инициатором сексуальных отношений, если ее партнер ежедневно принимает Сиалис 5 мг.

Безопасность медицинской сестры на рабочем месте

Евгения Юрьевна Нагайцева

Выпускница факультета Высшего сестринского образования

Eugenia_N@mail.ru

В настоящее время по данным Минздравсоцразвития в России насчитывается около 1 338 672 средних медицинских работников (медсестер, фельдшеров). Практически все из них непрерывно подвергаются воздействию негативных факторов в течение рабочей смены.

Факторов, оказывающих отрицательное влияние на урологическую медсестру, великое множество.

1. *Опасность инфицирования при работе с биологическими жидкостями (моча, кровь, отделяемое из ран).*

Рост эндоскопических вмешательств в урологии, уменьшение количества «открытых» операций, использование закрытых промывных и дренажных систем сводит вероятность контакта к минимуму, но полностью исключить это невозможно. Средствами защиты служат перчатки, маски, очки, непромокаемые фартуки. При попадании загрязнения на кожу ее следует обработать тампоном, обильно смоченным 70 % спиртом, затем вымыть под проточной водой с мылом и вытереть.

2. *Опасность поражения химическими реагентами (дезинфицирующие средства, лекарственные препараты, отходы анестезирующих газов).*

В работе медицинского персонала огромное место занимает антисептика (химическая, физическая, биологическая, механическая и их сочетание). Поверхностная антисептика – это растворы для обработки кожных покровов перед оперативным вмешательством, промывания ран и полостей, рук хирургов и т. д. В урологии это могут быть Октенисепт, Сурфаниос, Гексаниос, Диасептик, Предез, Олсепт, хлоргексидин, аэрозоли, создающие пленки на поверхности тела и т. д. Фармацевтические компании, занимающиеся производством антисептиков и препаратов для дезинфекции, стремятся снизить повреждающее действие препаратов с сохранением их заданных свойств, однако полностью исключить побочные эффекты вряд ли удастся.

Также лекарственные препараты могут попадать на кожу рук персонала, в глаза, например при разведении антибиотиков, разбрызгивании и выпускании воздуха из шприца.

Средства защиты – медицинская маска, перчатки, в том числе из ПВХ. Все ссадины и порезы на коже медсестры на период работы должны быть предварительно заклеены водонепроницаемой повязкой.

Особое внимание необходимо уделять при работе с анестезирующими газами (это касается работы урологических медсестер в палатах послеоперационного наблюдения и палатах интенсивной терапии). К этой работе не допускаются беременные медсестры.

Руководство ЛПУ должно обеспечить приточно-вытяжную вентиляцию в помещениях, а персонал – спецодеждой и обувью.

3. *Опасность облучения (рентгеновские аппараты, отходы изотопов, радиоактивные выделения пациентов после их изотопного исследования (моча, фекалии, рвотные массы) или радиоактивность пациента, например, после брахитерапии).*

В урологии широко применяются лучевые методы диагностики и лечения пациентов. Медсестрам, работающим с урологическими пациентами, необходимо как можно дальше находиться от источника облучения, особенно если в палате производятся рентгенограммы передвижным рентгеновским аппаратом, в рентгеновском кабинете при участии в обследовании больного следует пользоваться средствами защиты (свинцовый фартук, передвижной экран).

К участию в работе с источниками облучения не допускаются беременные медсестры.

Российские медики работают сейчас в условиях, которые на 30 % характеризуются как опасные для здоровья.

С. Колесников

4. *Тяжелый физический труд*

Общеизвестно, что на медицинскую сестру, в том числе и урологическую, ложится подавляющая часть ухода за пациентом в послеоперационном периоде и на всем протяжении его пребывания в стационаре. Это и перекладывание пациентов с каталки на кровать и обратно, и уход за лежачими больными, переноска, поднятие, поддержка и перемещение пациентов в процессе осуществления сестринского ухода. Операционным медсестрам приходится сталкиваться с длительным стоянием, вынужденным положением тела. Все это ведет к травмам спины, болям, варикозному расширению вен нижних конечностей и т. д.

5. *Стресс в результате воздействия неблагоприятной психологической обстановки.*

По опросам Ассоциации чрезвычайных ситуаций в сестринском деле (Emergency Nurses Association) в США 3/4 опрошенных медсестер регулярно страдают от насилия на рабочем месте. От словесных оскорблений страдают 90 %, а более половины опрошенных подвергались нападениям в ходе ухода за пациентами. Это исследование было опубликовано в Journal of Clinical Nursing. В России такие опросы не проводились и это оставляет надежду, что у нас в стране ситуация несколько лучше. Однако хронический стресс – неотъемлемая часть работы медицинского персонала.

Заключение

Повышенный профессиональный риск среднего медперсонала в общем, и урологических медицинских сестер в частности, обусловлен плохим состоянием медучреждений, использованием далеких от совершенства технологий, а также отсутствием стандартизированных требований к безопасности.

Из-за отсутствия единых правил использования, обслуживания и утилизации крови и инъекционных продуктов постоянно растет число незащищенных контактов с кровью и инфицирования медработников смертельно опасными заболеваниями, что кроме неоценимого морального и материального ущерба медработника и его семьи, ведет еще и к экономическому ущербу для страны.

Заместитель главы Комитета Госдумы по охране здоровья, член президиума РАМН Сергей Колесников призывает разработать стандарты безопасности и охраны здоровья работников здравоохранения.

Российские медики осуществляют свой долг в экстремальных условиях, и в этой связи назрела необходимость разработать единые стандарты безопасности и охраны здоровья тружеников отрасли.

Академик считает, что «российские медики осуществляют свой долг в экстремальных условиях, и в этой связи назрела необходимость разработать единые стандарты безопасности и охраны здоровья тружеников отрасли». В России, где ведется глобальное реформирование системы здравоохранения, принятие правил безопасности и охраны здоровья работников отрасли должно стать одной из самых приоритетных задач. УС

Новая урологическая клиника в Санкт-Петербурге

Сергей Сергеевич Бровкин

Врач-уролог Клиники № 2 Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России

brovkin@mchs-uro.ru

Этой осенью в Санкт-Петербурге открывается новая урологическая клиника в составе ультрасовременного научно-исследовательского и лечебно-реабилитационного комплекса «Клиника № 2 Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова МЧС России». Комплекс построен на живописном берегу Лахтинского разлива и является центральным медицинским центром в системе МЧС России.

Уникальный проект комплекса, отвечающий мировым стандартам, оснащение самым современным оборудованием, комфортабельные палаты выгодно отличают комплекс от большинства существующих в Санкт-Петербурге центров медицинской помощи в целом и урологической помощи в частности. В составе центра предусмотрена гостиница для пациентов, где они могут находиться как до, так и после лечения. В поликлинике оборудован кабинет уролога, в задачи которого включены, помимо амбулаторного приема, предоперационная подготовка и послеоперационное наблюдение пациентов, выписанных из клиники и проживающих в гостинице.

Такой подход позволит значительно сократить длительность пребывания пациентов в стационаре. Ведение медицинской документации осуществляется в электронном виде, в подразделениях госпиталя установлена система пневмопочты. Руководит отделением доктор медицинских наук, профессор Сергей Борисович Петров. Оснащение стационара и операционного блока позволяет выполнять диагностику и лечение пациентов в строгом соответствии с современными стандартами. Комплекс интегрированной операционной OR 1 позволит повысить эргономику операционной бригады и обеспечит качественное проведение видеотрансляции выполняемых хирургических вмешательств не только в несколько залов центра, но и в другие города.

В эндоурологической операционной в качестве базового лечебно-диагностического элемента установлен дистанционный литотриптор последнего поколения Lithoskop, который в сочетании с различными видами эндоскопов позволяет осуществлять все виды эндоскопических вмешательств у пациентов, страдающих мочекаменной болезнью. Помимо эндоскопии операционная оснащена хирургическим лазером VersaPulse PowerSuite/Lumenis 100 и системой для фотодинамической диагностики новообразований.

Вид Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины

Одним из основных приоритетов клиники является научная и педагогическая работа. Опыт сотрудников клиники и высокотехнологичное оборудование делают учебный процесс максимально эффективным и комфортным. В составе центра имеются научно-исследовательские лаборатории, в которых возможно выполнение исследований в различных областях медицины, включая тканевую инженерию.

Под эгидой Российского общества онкоурологов на базе центра 1–2 декабря 2011 г. состоится конференция в Северо-Западном федеральном округе.

Двери нашей клиники открыты для всех (**www.mchs-uro.ru**). Добро пожаловать! УС

Болезнь Пейрони: диагностика и лечение

Бадри Роинович Гвасалия

К.м.н., врач-уролог, андролог Профессиональной ассоциации андрологов России

bgvasalia@gmail.com

Этиология и патогенез

Болезнь Пейрони – заболевание, которое заключается в образовании неэластичных фиброзных бляшек в белочной оболочке кавернозных тел полового члена. В зависимости от локализации эти образования могут вызывать разнонаправленные искривления пениса при эрекции, а также ее болезненность.

Заболеваемость составляет от 3 до 8 % по обращаемости и до 25 % – по данным аутопсии. Этиология и патогенез заболевания во многом не ясны, считается, что в основе патогенеза лежат микротравмы полового члена, сопровождающиеся расслоением белочной оболочки полового члена и образованием микрогематом. Активация процессов воспаления пролиферацией фибробластов приводит к формированию фиброзной бляшки в белочной оболочке. В дальнейшем часто наступает кальцификация фиброзных бляшек. В результате фиброзных изменений нарушается эластичность и растяжимость белочной оболочки, что в 80 % наблюдений приводит к эректильным деформациям. В 30 % случаев болезнь Пейрони сочетается с эректильной дисфункцией.

Диагностика болезни Пейрони

Первичный диагноз обычно ставится на основании анамнеза и данных осмотра пациента. Перед началом лечения проводится оценка степени искривления полового члена с обязательным фотографированием полового члена в состоянии естественной или фармакологической эрекции, это позволит в последующем оценить результаты консервативного лечения или успех операции.

Для определения точного размера и расположения бляшек выполняют УЗИ, КТ, МРТ. Расширенное обследование требуется в некоторых случаях при выборе тактики оперативного лечения.

Для оценки эректильной функции на начальных этапах показано выполнение ультразвуковой доплерографии сосудов полового члена.

Варианты клинического течения

Можно выделить 3 группы пациентов, страдающих болезнью Пейрони.

1. Бессимптомное появление фиброзных бляшек, незначительная эректильная деформация, не препятствующая половой жизни.
2. Наличие бляшек, которые приводят к выраженной эректильной деформации, при которой проведение полового акта крайне затруднено.
3. Развитие эректильной дисфункции на фоне болезни Пейрони.

Консервативное лечение

В настоящий момент не получено данных, соответствующих критериям доказательной медицины, о наличии эффективных препаратов для консервативного лечения болезни Пейрони. Однако это не позволяет отказаться от применения средств, которые в острую воспалительную фазу снижают интенсивность болевых ощущений, уменьшают площадь воспаления, способствуют образованию фиброзной бляшки меньшего размера и плотности.

Пероральные препараты

Витамин Е. Применение витамина Е обусловлено его антиоксидантными свойствами, минимальными побочными эффектами и низкой стоимостью. Использование препарата возможно также в послеоперационном периоде. Нет статистически достоверных данных, подтверждающих его эффективность.

Прокарбазин. Есть предположение, что прокарбазин ингибирует интенсивную пролиферацию фибробластов. Однако, выраженные побочные эффекты: лейкопения, тромбоцитопения, бессонница, головокружение, атаксия, выраженная головная боль, диспепсия, кожная сыпь и отсутствие достоверных данных о его клинической эффективности существенно ограничивают его применение.

Парааминобензоат. Предполагается, что препарат ингибирует пролиферацию фибробластов, секрецию мукополисахаридов и гликозаминогликанов, повышает степень утилизации кислорода в тканях и угнетает фибриногенез. Возможны побочные эффекты, такие как анорексия, тошнота. Нет статистически достоверных данных, подтверждающих его эффективность.

Тамоксифен. Препарат способствует высвобождению трансформирующего фактора роста (TGF-β) из фибробластов, это способствует деактивации макрофагов и Т-лимфоцитов и уменьшению воспалительной реакции. Возможны побочные эффекты: снижение либидо, уменьшение объема эякулята, алопеция. Нет статистически достоверных данных, подтверждающих его эффективность.

Колхицин. Известно, что колхицин снижает синтез коллагена и усиливает активность коллагеназы, а также обладает значительным цитотоксическим и противовоспалительным действием. Нет статистически достоверных данных, подтверждающих его эффективность.

Ацетил L-карнитин. Препарат может применяться как в острой воспалительной фазе заболевания, так и в послеоперационном периоде. Нет статистически достоверных данных, подтверждающих его эффективность.

Местное введение препаратов

Введение препаратов непосредственно в бляшку часто приводит к дополнительной травме белочной оболочки и в фазе острого воспаления вызывает увеличение площади воспалительного процесса, что приводит к образованию бляшки бóльшего размера. Рекомендуется использовать местную анестезию перед введением препарата в бляшку.

Стероидные гормоны. Использование глюкокортикоидов в настоящее время признано нецелесообразным вследствие невысокой эффективности и выраженных побочных эффектов: боль при введении препарата, атрофия кожи полового члена в месте инъекций и др.

Коллагеназа. Имеющиеся немногочисленные клинические данные свидетельствуют о возможной эффективности введения коллагеназы при искривлениях не более 30º, с максимальным улучшением на 15–20º.

Верапамил. Действие основано на подавлении синтеза коллагена и фибронектина с одновременным усилением активности коллагеназы экстрацеллюлярного матрикса, что позволяет уменьшить размер и жесткость бляшки. Существуют исследования, в которых достоверно доказана эффективность верапамила в плане уменьшения степени деформации полового члена. Также играют роль низкая стоимость лечения и отсутствие побочных эффектов.

Другие неинвазивные методы лечения

Чрескожный электрофорез. Методика аппликаций с применением верапамила 8 мг (иногда в комбинации в дексаметазоном 10 мг) 3 раза в нед по 20 мин в течение 3 нед может быть эффективна в лечении болезни Пейрони и требует дальнейшего исследования.

Экстракорпоральная ударно-волновая терапия. Основой применения этого метода лечения стал положительный опыт, накопленный ортопедами при использовании локального ударно-волнового воздействия при лечении тендопатий. Предполагалось, что лечебное действие дистанционной терапии обусловлено механическим разрушением бляшки. Результаты применения данной методики противоречивы, в большинстве случаев отсутствует статистически значимый лечебный эффект. Исследования в данном направлении продолжаются.

Хирургическое лечение болезни Пейрони

Выполнение оперативного вмешательства является эффективным методом лечения, направленным на устранение эректильной деформации.

Показания для хирургического лечения. Показанием для хирургического лечения может считаться желание пациента устранить эректильную деформацию в целях улучшения качества жизни. Операцию следует выполнять при длительности заболевания 8–12 мес с момента появления первых проявлений и стабильном течении на протяжении последних 3–6 мес.

Перед операцией оцениваются:
- степень и вид деформации полового члена;
- размеры полового члена;
- пенильный кровоток (доплерография).

Виды оперативного лечения

1. Укорачивающие методики: операция Nesbit и ее модификации, пликационные методы.
2. Иссечение (рассечение) бляшек и графтинг.
3. Имплантация протезов полового члена с графтингом или без.

Укорачивающие методики. В 1965 г. Nesbit предложил операцию, которая ранее выполнялась при лечении врожденных деформаций полового члена, но была признана эффективной и для лечения болезни Пейрони.

Показания к применению:
- угол искривления не более 45º;
- деформация без сужения;
- достаточная длина полового члена;
- сохранная эректильная функция.

Все укорачивающие методики приводят к уменьшению длины полового члена на 1–2 см, о чем пациенты должен быть заранее информированы.

Классическая операция Nesbit подразумевает удаление эллипсовидного участка на стороне противоположной максимальному искривлению и ушивание дефекта белочной оболочки (ушивается нерассасывающимися швами). В последующем было разработано множество модификаций операции Nesbit.

Недостатки операции Nesbit и ее модификаций:
- кровотечение, возникающее после нарушения целостности белочной оболочки;
- риск повреждения уретры и сосудисто-нервного пучка, развитие кавернита и последующее образование рубцов в кавернозных телах, приводящее к эректильной дисфункции;
- снижение чувствительности головки полового члена.

Пликационные методы. Основой этих вмешательств является инвагинация белочной оболочки без вскрытия кавернозных тел с использованием нерассасывающегося шовного материала. Самая технически простая методика и является «золотым стандартом» лечения умеренной деформации полового члена.

Недостатки пликационных методик:
- использование нерассасывающегося шовного материала может привести к формированию болезненных уплотнений, пальпируемых под кожей полового члена;
- возможность рецидива при нарушении целостности лигатуры.

Иссечение (рассечение) бляшек и графтинг. Показания к операции следующие:
- искривление полового члена более 45º;
- деформации и/или ротация пениса;
- малый половой член;
- персистирующие боли в течение года.

В настоящее время иссечение бляшки выполняется редко из-за высокого риска послеоперационных осложнений, в большинстве случаев проводят рассечение фиброзного участка, а дефект замещают природным или синтетическим материалом.

Материалы для графтинга:
- аутотрансплантаты (венозная стенка, фрагмент фасции);
- аллотрансплантаты (трупный перикард);
- ксенотрансплантаты (тонкокишечная субмукоза животных);
- синтетические гетеротрансплантаты (гортекс, дексон, силастик).

Имплантация протезов полового члена с одномоментной коррекцией деформации. Наличие эректильной дисфункции делает оправданным имплантацию протезов полового члена в качестве метода оперативного лечения болезни Пейрони.

Показания к имплантации протезов полового члена:
- распространенное поражение полового члена;
- эректильная дисфункция, не поддающаяся терапии ингибиторами фосфодиэстеразы 5-го типа.

Выбор протеза полового члена определяется степенью деформации и пожеланиями пациента. Наиболее удобными являются 3-компонентные протезы полового члена. После их имплантации выполняется устранение деформации путем, так называемого, моделирования.

При выраженных и сложных деформациях полового члена предпочтительнее имплантация пластических протезов полового члена. Соответственно, если имплантация того или иного протеза не приводит к полноценной коррекции деформации полового члена, операция дополняется графтингом. УС

Рецидивирующий цистит: лечение и профилактика

Андрей Зиновьевич Винаров

Д.м.н., проф. Урологической клиники ММА им. И.М. Сеченова

avinarov@hotmail.com

Подавляющее большинство урологов согласится, что рецидивирующий цистит является одним из тех урологических заболеваний, которое заставляет страдать пациента от возникающей дизурии, а врача, предпринимающего различное лечение, от отсутствия желаемого результата. Вновь и вновь возникает рецидив цистита.

Больная с рецидивирующим циститом подлежит обязательному обследованию. Это необходимо, во-первых, потому, что под «клинической маской» рецидивирующего цистита могут скрываться различные заболевания. Как урологические: рак мочевого пузыря, туберкулез мочевых путей, камень мочевого пузыря или уретероцеле и т. д., так и «неурологические»: гинекологические, заболевания кишечника, пояснично-крестцового отдела позвоночника и многие другие. Во-вторых, всестороннее обследование больной с рецидивирующим циститом необходимо для выявления причины, которая приводит к рецидивирующему течению заболевания. Именно поэтому обследование пациентки с рецидивирующим циститом не должно ограничиваться анализом мочи. Только весь комплекс исследований: урологических – вплоть до биопсии слизистой мочевого пузыря, гинекологических и других позволит попытаться выявить и провести коррекцию той причины, которая определяет возникновение рецидива. Ликвидация или хотя бы коррекция поддерживающего фактора является «краеугольным камнем» успешной терапии рецидивирующего цистита.

Важнейшее значение также принадлежит правильно выбранной антибактериальной терапии как первичного эпизода заболевания, так и рецидивов цистита. Выбор антибиотика для лечения первичного эпизода неосложненной инфекции нижних (неосложненный цистит) мочевых путей осуществляется эмпирически на основании многочисленных эпидемиологических исследований (ECO-SENCE, 2003; ARESC, 2006; UTIAP, 2006; и др.). Сохранение высокой чувствительности штаммов *E. coli* и других микробов семейства *Enterobacteriaceae*, которые в 80–85 % случаев являются этиологическим фактором заболевания, к фосфомицина трометамолу и нитрофуранам определяет выбор этих препаратов для лечения первичного эпизода острого неосложненного цистита. В качестве альтернативной терапии могут быть использованы фторхинолоны в тех регионах, где уровень резистентности не превышает 20 % (Рекомендации EAU, 2011). По нашему мнению, при рецидивирующем течении инфекции нижних мочевых путей необходимо микробиологическое исследование мочи с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам, более длительные (14 дней) курсы антибиотикотерапии, проведение профилактического антибактериального лечения в сроки от 180 до 360 дней.

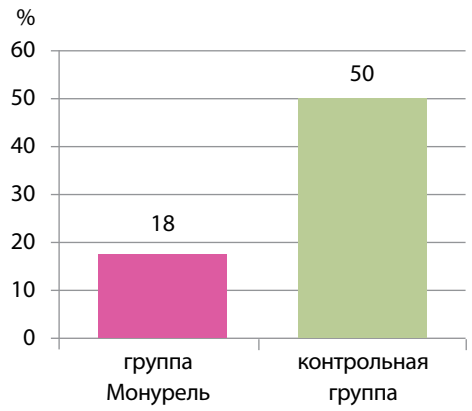
С целью увеличения сроков ремиссии и профилактики рецидивов цистита применяют Уро-Ваксом, обладающий иммуноактивным действием. Его эффективность отмечена в нескольких рандомизированных исследованиях, на основании которых препарат может быть рекомендован для профилактики рецидивов инфекции нижних мочевых путей у женщин (Рекомендации EAU, 2011).

Исследования, проводимые в последние годы на основании принципов доказательной медицины, достоверно подтвердили известное значение клюквы для профилактики рецидивирования инфекции мочевых путей (P.T. Bodel et al., 1959; D.V. Moen, 1962; A.B. Howell et al., 2010; G. Tempera et al., 2010).

Получены новые объективные доказательства, что применение клюквы (Vaccinium macrocarpon) в дозировке 36–72 мг/сут эффективно уменьшает частоту рецидивов инфекции нижних мочевых путей у женщин (A.B. Howell et al., 2010). Установлен доказанный механизм действия клюквы. Он состоит в эффективном блокировании проантоцианидинами (действующим веществом клюквы) бактериальной адгезии *E. coli* к клеткам уротелия (G. Tempera et al., 2010). Применение клюквы в дозировке 36–72 мг/сут рекомендуется EAU для профилактики инфекции нижних мочевых путей у женщин (Рекомендации EAU, 2011).

В Урологической клинике и Научно-исследовательском институте уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого Московского Государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова проводится исследование по изучению профилактического влияния препарата клюквы Монурель (Zambon) на частоту рецидива цистита. Одна таблетка Монурель содержит 36 мг проантоцианидина. После эффективного антибактериального лечения (исчезновение симптомов, нормализация анализа мочи, эрадикация возбудителя) и очередного эпизода рецидива цистита 23 пациентки в возрасте 27–44 лет были разделены на 2 группы. Первая группа, состоящая из 12 больных, принимала 1 таблетку Монурель перед сном, больным 2-й группы (11 пациенток) были даны рекомендации по режиму жизни (диета, обильное питье, соблюдение правил гигиены и др.) и рекомендован прием растительных диуретиков. Исследование рассчитано на 12 мес. Мы провели предварительную оценку через 6 мес. Из обеих групп выбыли по 1 больной. Среди 11 пациенток 1-й группы рецидив возник у 2 (18,2 %), а из 10 больных 2-й группы рецидив цистита произошел у 5 (50 %) пациенток.

Таким образом, получена достоверно значительно меньшая частота рецидива цистита в группе пациенток, принимавших препарат



Частота рецидива цистита

клюквы, по сравнению с больными, которым были даны рекомендации по режиму жизни и принимавшими растительные диуретики. Это исследование пока продолжается.

В отношении пробиотиков и растительных диуретиков достоверные исследования их эффективности для профилактики рецидивов инфекции мочевых путей пока отсутствуют. Значение восстановления гликозоаминогликанового слоя слизистой мочевого пузыря при хроническом рецидивирующем цистите с помощью внутрипузырных инстилляций препаратов гиалуроновой кислоты заслуживает внимания, но пока требует дальнейшего изучения и подтверждения эффективности.

Таким образом, противорецидивное лечение и профилактику инфекции нижних мочевых путей следует начинать при первичном эпизоде инфекции. Они должны состоять в тщательном обследовании, эффективной адекватной антибиотикотерапии, которые при осложненной инфекции целесообразно проводить с одновременной коррекцией осложняющего фактора. Последующее длительное применение низких профилактических доз антибиотиков, УроВаксом и препарата клюквы (Монурель, Vaccinium macrocarpon) в дозировке 36–72 мг/сут рекомендуется EAU для профилактики инфекции нижних мочевых путей у женщин.

Монурель – защита от цистита

3 эффекта в одной таблетке

Экстракт клюквы 36 мг PAC (проантоцианидины)
Препятствует адгезии *E.coli* к клеткам уротелия
1. Повреждает синтез фимбрий
2. Деформирует бактериальную клетку

Витамин С
3. Повышает сопротивляемость организма

1 таблетка в день:
- После курса антибактериальной терапии для поддержания достигнутого эффекта
- При часто рецидивирующих инфекциях мочевых путей для профилактики рецидивов.
- Во время периодов наибольшей подверженности стрессовым ситуациям с возможным развитием инфекций мочевых путей

ОДИН РАЗ В ДЕНЬ

Zambon 1906

ООО «Замбон Фарма»:
Россия, 121002 Москва, Глазовский пер., д. 7, офис 17.
Тел.: +7 (495) 933-38-30, 933-38-32 Факс: +7 (495) 933-38-31
e-mail: zambon@zambon.ru **www.zambon.ru**

Урология сегодня | № 4 (14) 2011

УЧРЕДИТЕЛЬ
ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»
Руководитель проекта: Белова Анна
anna.belova@abvpress.ru

РЕДАКЦИЯ
Главный редактор: Камолов Баходур
Шеф-редактор: Шадеркина Виктория
viktoriashade@uroweb.ru
Ответственный редактор: Бердникова Татьяна
ВЕРСТКА
Дизайнер-верстальщик: Степанова Елена

АДРЕС РЕДАКЦИИ И УЧРЕДИТЕЛЯ
115478, Москва, Каширское шоссе, д. 24, стр. 15
тел.: +7 (499) 929-96-19
e-mail: abv@abvpress.ru

ПЕЧАТЬ
ООО «Графика»
Заказ № 219
Тираж 8 000 экз.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ
По подписке. Бесплатно.
Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций, связи и охране культурного наследия.
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-36927 от 21.07.2009

Категорически запрещается полная или частичная перепечатка материалов без официального согласия редакции.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Ответственность за достоверность рекламных объявлений несут рекламодатели.

Читайте в следующем номере:

- **Пересадка почки в России. Анализ ситуации** — М.М. Каабак, Д.В. Перлин
- **Урологическое сопровождение беременности** — О.В. Абаимов
- **Задержка полового развития у мальчиков** — Т.В. Гарманова
- **Пузырно-влагалищные свищи** — А.А. Качмазов
- **Социальная сеть для урологов** — И.А. Шадеркин