

Медицинским  
университетам нужны  
университетские клиники  
стр. 5

Выборы.  
Мнение специалиста  
стр. 6

Выборы.  
Мнение юриста  
стр. 7

Репродуктивная функция  
у мужчин, находившихся  
в 500-суточной  
экспериментальной изоляции  
стр. 11

## От редактора



**Баходур  
Камолов**

К.м.н., врач-уролог,  
главный редактор  
газеты «Урология  
сегодня»

kamolov@roou.ru

### Уважаемые коллеги!

Как вы заметили, в течение этого года наша газета не раз обращалась к темам, касающимся состояния российской урологии. Мы писали о том, как обстоят дела в отечественных урологических организациях, знакомили вас с деятельностью и принципами работы успешных урологических объединений разных стран, публиковали мнения ведущих урологов о том, что следует изменить в профессиональном сообществе.

Сейчас, когда идет подготовка к очередному съезду Российского общества урологов, поднятые нами вопросы стали остроактуальными. Всем известно, что на съезде пройдут выборы председателя РОУ и их результат во многом определит вектор развития всей российской урологии на ближайшие несколько лет. Поэтому в нынешнем номере газеты мы предлагаем вам поразмышлять о предстоящих выборах руководства РОУ и сформировать вашу собственную позицию относительно этого события.

Мы рады были узнать, что в связи с предыдущими публикациями многие из наших читателей начали задумываться о текущей ситуации в урологии и о том, как ее можно изменить. Мы регулярно получаем устные и письменные отклики от вас, и один из таких откликов – от главного уролога Тюменской области проф. Н.И. Казеко – решили опубликовать в этом номере (см. стр. 6).

К сожалению, в преддверии выборов идут разговоры о том, что будущий председатель РОУ уже известен. Если у этих разговоров есть основания, то нам грустно осознавать, что главное урологическое объединение страны способно так обойтись со своими коллегами, проигнорировав их право участвовать в важных для организации решениях. Тем не менее мы

надемся, что это всего лишь слухи, и руководство РОУ будет выбрано честно.

Чтобы помочь оргкомитету РОУ в подготовке выборов, мы попросили известнейшего в России юриста, работающего с некоммерческими объединениями, Е.А. Абросимову разработать процедуру выборов, которая обеспечит их максимальную прозрачность и эффективность. Описанный порядок и комментарии юриста вы найдете на стр. 7, и мы надеемся, что эти рекомендации будут использованы при проведении съезда.

Нам нередко доводилось слышать мнение, что не важно, кто именно возглавит РОУ, ведь все равно ничего не изменится, все останется по-прежнему, организация будет вяло существовать, проводя ежегодные пленумы и съезды, и региональные общества урологов, как и раньше, не будут играть никакой роли в развитии урологии. Однако, коллеги, если мы обратимся к опыту других профессиональных ассоциаций, мы увидим, что все не так безнадежно.

Особенно полезен для нас в этом смысле опыт Польской ассоциации урологов (ПАУ), которая еще 15 лет назад существовала по схожему с нашим сценарию: то же наследие советской системы здравоохранения, такая же низкая активность урологов и значимость общественной организации в государстве. Однако в 1998 г. все изменилось благодаря пришедшим в руководство профессорам Анджее Борувке и Анджее Борковски. Они добились, чтобы среди польских урологов была внедрена система обучения и аттестация Европейского совета урологии (EBU), с 2002 г. ввели систему непрерывного медицинского образования (СМЕ), а в 2011 г. представитель ПАУ доктор Артур Антониевича стал председателем экзаменационного комитета EBU. Руководители ПАУ показали, что благодаря своей активности они завоевали доверие не только у государства и членов своей организации, но и среди европейских урологов.

Этот пример показывает, что все зависит от конкретных людей: в первую очередь от тех, кто способен адаптироваться к новым условиям, успевать за изменениями, происходящими в мире, и конечно же, от тех, кто готов встать во главе перемен.

## Тема номера

## Ангиомиолипома: что должен знать уролог?

### Ангиомиолипома: есть ли альтернатива скальпелю?



**Андрей  
Зиновьевич  
Винаров**

Д.м.н., проф.  
урологической  
клиники Первого МГМУ  
им. И.М. Сеченова

avinarov@hotmail.com



**Евгений  
Валерьевич  
Шпот**

К.м.н., доцент кафедры  
урологии Первого МГМУ  
им. И.М. Сеченова

shpot@inbox.ru

**Столкнуться с ангиомиолипомами (АМЛ) может любой специалист, но самые большие шансы у урологов. Патология «молодая» и редкая, а потому и неясностей в вопросах диагностики и лечения все еще много.**

Для российского уролога АМЛ почки – диагноз вполне «молодой»: впервые в России случай АМЛ почки был описан около 15 лет назад (В.А. Самсонов и А.С. Переверзев). К этому моменту в зарубежной литературе уже появились гипотезы о происхождении АМЛ, данные о генетической подоплеке неспорадических форм АМЛ и связи опухолей с женскими половыми гормонами (УС).

**– Как вы оцениваете общий уровень осведомленности урологов об АМЛ?**

– Судя по нашему опыту и общению с коллегами, уровень знаний врачей относительно

но АМЛ низкий вне зависимости от того, связана ли АМЛ с туберозным склерозом (ТС) или имеет спорадический характер. Такая ситуация характерна для всего мира: нельзя сказать, что АМЛ посвящены многие научные труды, что вопросу тактики ее лечения уделено много внимания или в этой сфере активно проводятся клинические исследования. Если говорить о России, то в базе данных диссертаций по запросу «ангиомиолипома» находится всего лишь 1 диссертация, выполненная К.В. Сорокиным под руководством проф. В.Б. Матвеева, заведующего отделением урологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина.

*С эпидемиологической точки зрения АМЛ – не распространенное заболевание: по данным отделения урологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина, АМЛ составляют около 90 % доброкачественных новообразований почек, распространенность последних, в свою очередь, составляет 3–5 % среди всех новообразований почек (УС).*

**– В свете эпидемиологических данных, должны ли урологи уделять больше внимания вопросам диагностики и лечения АМЛ?**

– Знать об АМЛ просто необходимо, так как пациенты с АМЛ почек встречаются в практике каждого уролога. Нельзя сказать, что такие больные толпятся у кабинета врача, но видим мы их достаточно часто. А в последнее время, с появлением и распространением скрининговых методов, в частности УЗИ, резко увеличилось число пациентов со случайно выявленной опухолью. Такие больные (около 70 %), как правило, имеют новообразования маленького размера и не ощущают клинических проявлений болезни – классическая триада «макрогематурия, пальпируемое

Продолжение на стр. 2 ►

### Коротко

## Ангиомиолипома: лечить или оперировать?

### Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в симпозиумах, посвященных проблемам диагностики и лечения ангиомиолипомы (АМЛ) почки.

Мероприятия пройдут в ходе съездов Российского общества урологов (РОУ) и Российского общества онкоурологов (РООУ).

**18 сентября в рамках XII съезда РОУ состоится тематический симпозиум «Ангиомиолипома. Все ли известно урологам?».**

В ходе симпозиума будут затронуты вопросы диагностики и выбора тактики лечения

как стандартных, так и редких АМЛ почки.

Проф. В.Е. Синицын представит доклад о современных методах диагностики АМЛ, диагностических трудностях и о том, как их преодолеть.

Проф. Ю.В. Кудрявцев раскроет проблемы и перспективы диагностики и лечения АМЛ почки с позиции морфолога, а к.б.н. В.В. Стрельников – с точки зрения генетики.

Завершат симпозиум доклады о современных и перспективных методах лечения АМЛ.

Проф. В.Б. Матвеев расскажет о возможностях радикального лечения пациентов с АМЛ, своевременном и корректном выборе хирургического вмешательства. Проф. А.З. Винаров расскажет о перспективах и медикаментозной терапии АМЛ, а к.м.н. Е.В. Шпот – о возможностях малоинвазивной хирургии.

### Председатели симпозиума:

**проф. А.З. Винаров, проф. В.Б. Матвеев, проф. Д.Ю. Пушкарь.**

**Место проведения:** Москва, Ленинский пр., д. 32 г (Российская академия наук); время проведения: 17.30–19.30.

4 октября в рамках VII съезда РООУ будет организован симпозиум «Ангиомиолипома почки: настоящее и будущее». Специалисты отделения урологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН – учреждения с наиболее значительным опытом лечения АМЛ почки – поделятся своими практическими знаниями в вопросах лечения как стандартных, так и казуистически редких случаев этого заболевания. Вопросы морфоло-

гии доброкачественной опухоли осветит проф. И.Н. Соколова, инструментальной диагностики – проф. А.Б. Лукьянченко. К.м.н. М.И. Волкова расскажет о российском и зарубежном опыте и перспективах хирургического лечения АМЛ. О мультидисциплинарном подходе и молекулярных мишенях АМЛ сообщит проф. А.З. Винаров, возможностях медикаментозной терапии – проф. В.Б. Матвеев.

### Председатели симпозиума:

**проф. В.Б. Матвеев, к.м.н. М.И. Волкова.**

**Место проведения:** Москва, проспект Мира, д. 150 (концертный зал гостиницы «Космос»); время проведения: 17.30–18.30.







# Ангиомиолипома: что должен знать уролог?

◀ Продолжение, начало на стр. 1

клетки становится избыточным – клетки начинают расти. Недавно FDA зарегистрировало для лечения АМЛ при ТС Афинитор – препарат, ингибирующий mTOR-путь. Согласно результатам клинических исследований, применение ингибиторов mTOR у больных ТС может быть целесообразным: у 50 % больных АМЛ сокращаются на 50 %, а у 80 % больных АМЛ сокращаются на 30 %.

**– Насколько перспективно применение ингибиторов mTOR-пути для лечения пациентов со спорадическими формами АМЛ?**

– Этот вопрос все еще остается открытым. Дело в том, что нет ясности, насколько «родственны» АМЛ спорадические и ассоциированные с ТС: есть данные о том, что «молекулярно-генетические портреты» спорадических и ассоциированных с ТС АМЛ несколько похожи, но не абсолютно идентичны. Однако лишь частичная схожесть не исключает возможности экстраполировать результаты, полученные у больных ТС, на пациентов со спорадической формой АМЛ. Так, наряду с пациентами, страдающими ТС, в исследовании по применению Афинитора была включе-

на небольшая группа больных со спорадическими АМЛ. У этих пациентов также отмечено уменьшение размеров опухолевого узла. Если при дальнейших исследованиях чувствительность АМЛ к Афинитору подтвердится, то это будет означать, что медикаментозное лечение может стать альтернативой оперативному лечению. То есть пациенту с большой АМЛ можно будет предложить медикаментозное лечение и таким способом уменьшить опухоль до параметров, при которых риск разрыва снижается и, соответственно, исчезает необходимость проводить хирургическое лечение. Или, по крайней мере, медикаментозная терапия позволит подготовить пациента к малоинвазивным методам лечения (крио- и радиочастотной абляции или лапароскопической резекции), в применении которых размер опухолевого узла является определяющим фактором.

**– Какие вы видите перспективы в диагностике и лечении АМЛ?**

– Вероятно, что для диагностики АМЛ будут выявлены прогностически ценные генетические и молекулярные маркеры. Пожалуй, хирургия останется основным способом лечения, а таргетная терапия займет свою нишу и, вероятно, пригодится не только пациентам с ТС-ассоциированными АМЛ.

носными сосудами и зрелой жировой тканью в различных количественных соотношениях. В большинстве случаев в АМЛ преобладает жировая ткань, что позволяет практически безошибочно диагностировать опухоль без морфологической верификации. Поэтому ведущую роль в диагностике АМЛ играет сочетание ультрасонографии, при которой выявляются гиперэхогенные образования, и компьютерной томографии (КТ), определяющей денситометрические показатели опухоли, соответствующие жировой ткани.

**– То есть нет необходимости проводить биопсию, верно?**

– Утверждение верно для большинства случаев. Но в некоторых ситуациях без биопсии не обойтись. По данным, полученным в нашем отделении на основе анализа случаев АМЛ, в 15 % наблюдений точно установить диагноз почечной АМЛ до операции оказалось невозможным.

Трудности диагностики, как правило, связаны с маленькими размерами опухоли, низким содержанием жировой ткани, кровоизлияниями, нетипичным агрессивным ростом АМЛ, множественным опухолевым поражением почек или редким гистологическим вариантом (эпителиоидный тип АМЛ).

Например, при преобладании мышечных элементов в опухоли при стандартном обследовании жировые включения могут не определяться. В этом случае АМЛ представляет собой изоэхогенное мягкотканное образование – возникает необходимость дифференциации с почечно-клеточным раком, так как клинически различить АМЛ и рак почки в подобном случае невозможно.

Затруднения в диагностике также могут вызвать кровоизлияние в опухоль или забрюшинное кровотечение при разрыве АМЛ, так как кровь в таких случаях маскирует жировую ткань. АМЛ в подобных случаях представляет собой эхонеоднородное образование с нечетким, неровным контуром с жидкостными включениями, визуализируемыми при УЗИ; КТ-картина АМЛ при ее разрыве и кровотечении разнообразна и неспецифична.

Наличие жировой ткани в целом является патогномоничным признаком АМЛ. Однако следует учитывать, что жировой компонент может присутствовать и в других опухолях почки: опухоли Вильмса, тератоме, липосаркоме. Более того, описаны случаи почечно-клеточного рака с содержанием жировых включений в опухоли.

**– Какой тип клеток играет наиболее важную роль в патогенезе заболевания, может ли АМЛ метастазировать?**

– В АМЛ все 3 ростка размножаются, нет понятия «зрелая» и «незрелая» опухоль. Для АМЛ нехарактерно метастазирование или местно-деструктивный рост. Однако описаны казуистически редкие случаи метастазирования АМЛ в регионарные лимфатические узлы или распространения опухоли в просвет почечной вены.

Один из уникальных случаев мы наблюдали в РОНЦ им. Н.Н. Блохина – в нашем отделении лежала больная, у которой случайно была выявлена АМЛ, распространившаяся на почечную вену и нижнюю полую вену. Опухоль своим верхним концом достигал правого предсердия и входил в него на 3 см. Но такие случаи, повторюсь, казуистически редки.

**– Какова тактика лечения пациентов с АМЛ?**

– Принципиально, рассматривая возможность лечения любого заболевания, мы должны оценивать соотношение риск – польза. Учитывая доброкачественный характер опухоли, формально ее можно было бы и не трогать.

Однако при местно-инвазивном росте с тромбозом почечной и нижней полых вен оперативное лечение показано из-за риска тромбоэмболических осложнений, а также возможной злокачественной природы тромба при сочетании АМЛ с почечно-клеточным раком. Хотя и существует мнение, что при почечной АМЛ с тромбозом почечной и нижней полых вен от хирургического лечения следует воздержаться, мы считаем, что опухолевый тромб в нижней полых вене – это абсолютное показание к оперативному вмешательству. Дело в том, что в такой ситуации есть риск развития тромбоэмболии легочной артерии.

Так как АМЛ имеет достаточно хрупкую структуру, то при больших размерах у опухоли появляется склонность к разрывам. Она может разорваться из-за минимального физического воздействия или незначительной травмы – кровотечения могут быть жизнеугрожающими. Поэтому опухоли размерами менее 4 см наблюдают, а более – уже оперируют. Учитывая доброкачественность опухоли, вне зависимости от размера опухоли, мы стараемся делать органосохраняющие операции: даже если размер опухоли достигает, например, 20 см. Стоит отметить, что технически резекция почки при АМЛ – достаточно сложная операция, поскольку АМЛ может распадаться во время вмешательства.

**– Высоки ли риск рецидива после радикального лечения АМЛ?**

– Доброкачественные опухоли, в том числе и АМЛ, не рецидивируют. Поэтому основная наша задача – это избавить человека от риска кровотечения.

С другой стороны, есть данные о моноклональности АМЛ; на неопластическую природу косвенно указывают случаи местно-инвазивного роста, сосудистой инвазии и поражения лимфатических узлов. Эти факты могут свидетельствовать о потенциальной злокачественности этого вида опухолей.

**– В каких случаях применяется ангиоэмболизация, насколько оправданно использование этого метода?**

– В целом пациента с АМЛ можно раз и навсегда избавить от опухоли, поэтому я не считаю необходимым применять ангиоэмболизацию, если есть возможность провести радикальное лечение. Ангиоэмболизация оправдана при неоперабельных опухолях – для того, чтобы ограничить поступление питательных веществ в новообразование. Однако стоит помнить, что эмболизация не убивает опухоль, а ограничивает питание. Более того, у каждого организма есть механизмы адаптации к тем или иным жизнеугрожающим состояниям. В случае с онкологическими заболеваниями адаптационные механизмы работают не на пользу всему организму: при ангиоэмболизации развивается ишемия, и у организма срабатывают компенсаторные механизмы – активизируется местный ангиогенез, в зоне ишемии появляются новые капилляры, снабжающие опухоль необходимыми веществами.

Ангиоэмболизацию в некоторых клиниках проводят в предоперационный период – для предотвращения обильных кровотечений при хирургическом удалении опухоли. Лечить же АМЛ методом ангиоэмболизации нет необходимости, потому что ангиоэмболизация приводит к инфаркту и, как следствие, развивается болевой синдром, асептическое воспаление и т. д.

**– Есть ли данные о медикаментозном лечении АМЛ?**

– Данные о медикаментозной терапии пока что относятся только к пациентам, у которых АМЛ ассоциирована с наследственным заболеванием – ТС. Недавно FDA (США) разрешило для применения при АМЛ, ассоции-

## Ангиомиолипома: таргетные препараты vs хирургическое мастерство



**Мария Игоревна Волкова**

К.м.н., с.н.с. отделения урологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, ученый секретарь МПОСО

mivolkova@rambler.ru

**Несколько месяцев назад FDA одобрило препарат, применимый для лечения ангиомиолипом (АМЛ), ассоциированных с наследственными генетическими мутациями. Кому понадобятся одобренные FDA таблетки и смогут ли они заменить руки хирурга?**

**– Что такое АМЛ и как часто урологи сталкиваются с ними?**

– АМЛ – это редкая доброкачественная опухоль, происходящая из мезенхимальной ткани. АМЛ могут встречаться практически в любых органах – в печени, матке, головном мозге, влагалище... Половой член, семенной канатик или носовая полость – тоже не исключения. Но чаще всего это новообразование обнаруживается в почках. Если говорить об эпидемиологических данных, то из всех доброкачественных новообразований почек около 95 % – это именно АМЛ.

Около 80 % АМЛ почки встречаются спорадически, а остальные 20 % – в сочетании с наследственным заболеванием – tuberозным склерозом (ТС). Изолированная АМЛ почки (спорадическая) чаще бывает солитарной, а согласно нашим исследованиям, проведенным на базе РОНЦ им. Н.Н. Блохина, у женщин спорадические формы АМЛ встречаются в 10 раз чаще, чем у мужчин.

**– Есть ли принципиальные различия между спорадическими и ассоциированными с ТС АМЛ почки?**

– Спорадические АМЛ, как правило, одиночные, небольшого размера, поражают 1 почку. У пациентов с ТС АМЛ двусторонние и более крупные, в том числе достигающие гигантских размеров – 30–40 см в диаметре. С точки зрения генетической подоплеку причины АМЛ при ТС более или менее ясны. Так,

известно, что ТС – это аутосомно-доминантное генетическое заболевание с широким спектром клинических проявлений (при ТС могут поражаться все органы, за исключением скелетной мускулатуры, периферических нервов и спинного мозга). Ключевую роль играют 2 гена – *TSC1* и *TSC2*. Мутации генов связаны с дерегуляцией mTOR (белковый комплекс, участвующий в ряде внутриклеточных цепей передачи сигнала, в том числе задействованных в процессах опухолевого роста и ангиогенеза).

Специфичных для спорадических АМЛ мутаций не описано: о наличии мутации говорят, если она найдена более чем в 50 % образцов тканей. Однако по данным некоторых исследователей, в 10 % случаев при АМЛ, не ассоциированных с ТС, выявляется мутация в гене *TSC2*, при этом альтераций в *TSC1* не обнаружено. Несмотря на многочисленные попытки, выявить другие мутации, характерные для спорадической формы АМЛ, пока не удалось.

**– То есть на настоящий момент нет сомнений, что АМЛ связаны с мутациями, верно?**

– Да, и, соответственно, нет сомнений в опухолевой природе АМЛ. Хотя многие исследователи расценивают АМЛ как гамартому, т. е. опухолевидное образование, возникающее как результат нарушения эмбрионального развития различных органов и тканей и состоящее из тех же клеточных элементов, что и орган или ткань, где оно возникло, но получивших несколько иное направление дифференцировки. В отличие от истинного новообразования, гамартомы поликлеточны и в них не обнаруживаются генетические альтерации.

**– Чем АМЛ отличается от других опухолей, каковы гистологические характеристики АМЛ?**

– АМЛ, как правило, не проявляется до того, пока не достигнет достаточных размеров. Опухоли размером более 4 см склонны к спонтанному разрывам с развитием забрюшинного кровотечения. Именно эта особенность отличает АМЛ от других злокачественных и доброкачественных новообразований почек.

Гистологически АМЛ представлена гладкомышечными волокнами, толстостенными крове-



# Ангиомиолипома: что должен знать уролог?

◀ Окончание, начало на стр. 1

рованной с ТС, таргетный препарат Афинитор – ингибитор mTOR (мишень рапамицина млекопитающих). В начале мая препарат зарегистрирован в России.

Дело в том, что 70–80 % больных ТС имеют почечные АМЛ. Как правило, опухоли почек у данной категории пациентов множественные, двусторонние, могут достигать значительных размеров, что зачастую не позволяет рассчитывать на успех органосохраняющих операций.

Мутации генов *TSC1* и *TSC2* ассоциированы с дерегуляцией mTOR (белковый комплекс, участвующий в ряде внутриклеточных цепей передачи сигнала, в том числе задействованных в процессах опухолевого роста и ангиогенеза). В связи с этим mTOR – потенциальная мишень для лекарственного воздействия

при АМЛ, ассоциированных с ТС. В двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании, включившем 118 больных, пациентов (3–34 года) рандомизировали в соотношении 2:1 на терапию Афинитором или получение плацебо (до 48 мес). В случае роста опухоли допускался перевод больных из группы плацебо на терапию Афинитором. У всех пациентов были двусторонние опухоли, в 40 % случаев ранее проводилось лечение по поводу кровотечений. У 42 % больных в группе Афинитора зарегистрировано уменьшение размеров опухоли, которое сохранялось как минимум 5 мес после окончания лечения. В группе плацебо опухоль не уменьшилась ни в одном наблюдении.

– **Каковы перспективы развития методов лечения пациентов с АМЛ?**

– Есть такое мнение, что роль хирурга в онкологии сведется к необходимости проводить биопсию, а все остальное будут делать таргетные

препараты. Я думаю, что такая оценка роли противоопухолевых препаратов сильно преувеличена. По крайней мере на нашем веку ведущую роль в лечении sporadических АМЛ будет играть именно хирургическое мастерство, совершенствование техники выполнения операции, совершенствование и распространение менее инвазивных способов резекции и т. д.

Отсутствие данных, свидетельствующих о мутациях генов ТС при sporadических опухолях, пока что не позволяет рассчитать

вать на эффект таргетной терапии, направленной на блок передачи TSC-зависимого сигнала у данной категории больных. Думаю, что дальнейшие генетические исследования внесут ясность или позволят выявить другие перспективные молекулярные мишени для лекарственного лечения sporadических АМЛ.

Беседу записала **Алла Солодова**, специальный корреспондент газеты «Урология сегодня», корреспондент журнала «Детали мира»

**Статьи в данной рубрике публикуются при финансовой поддержке ООО «Новартис Фарма» (Россия) в соответствии с внутренней политикой общества и действующим законодательством Российской Федерации. ООО «Новартис Фарма», его работники либо представители не принимали участия в подготовке и выборе публикуемых статей, не несут ответственности за содержание статей, а также не несут ответственности за любые возможные относящиеся к публикуемым в настоящей рубрике статьям договоренности либо финансовые соглашения с любыми третьими лицами. Мнение ООО «Новартис Фарма» может отличаться от мнения авторов статей и редакции.**

## Новое в урологии

# Опыт применения современных информационных технологий в работе амбулаторного уролога



**Михаил Владимирович Шамин**

Кафедра факультетской хирургии и урологии Кемеровской государственной медицинской академии  
mshamin@mail.ru

Вопрос выживания нашей страны в современном мире напрямую связан с модернизацией и технологическим обновлением производственной сферы. Это касается в том числе и медицины, так как она была и остается одним из приоритетных направлений развития общества.

Ключевым звеном для выхода России на новый технологический уровень в сфере здравоохранения является внедрение новейших медицинских и информационных технологий, а также современных методов профилактики и лечения заболеваний, в первую очередь тех, которые являются наиболее распространенными причинами потери здоровья и смертности.

### Единое информационное пространство – уже не будущее, а настоящее

В настоящее время многие страны приступили к реализации программ по созданию единого информационного пространства в сферах здравоохранения и социального развития.

Например, в Великобритании реализуется программа NHS Connecting for Health с общим объемом инвестиций 25 млрд долларов до 2014 г.

В Германии дают оценку экономии расходов при переходе на электронное здравоохранение в размере до 30 % от имеющихся затрат. В США общие потребности в инвестициях в электронную медицину на ближайшее 10-летие оцениваются от 21,6 до 43,2 млрд долларов. В результате прогнозируется экономия затрат на здравоохранение до 77 млрд долларов.

Несмотря на то, что в Российской Федерации (РФ) разработка и реализация программ информатизации здравоохранения ведется с 1992 г., объем инвестиций не определен.

Согласно результатам диспансеризации в России за 2009 г. более половины россиян нуждаются в амбулаторном лечении, причем заболевания органов мочеполовой системы занимают 3-е место в общей структуре заболеваемости.

Абсолютное число зарегистрированных больных с заболеваниями мочеполовой системы в РФ с 2002 по 2009 г. увеличилось на 25,8 %, а при расчете на 1000 населения – на 30 %. Эти цифры красноречиво говорят о необходимости развития амбулаторной урологической службы.

Порядок оказания медицинской помощи больным с урологическими заболеваниями регламентирован приказом Минздравсоцразвития России № 966 н от 8 декабря 2009 г. Согласно этому документу в городе Кемерово, исходя из численности населения 521 тыс. человек, должно быть оборудовано 26 урологических кабинетов. Исходя из приказа № 966 н, стоимость одного урологического кабинета поликлиники приблизительно составляет 63 тыс. долларов, стоимость 26 кабинетов составит 50 млн рублей. К сожалению, этот приказ оторван от реальности и не базируется на достоверных данных о состоянии урологической службы в России.

Если представить с одной стороны потребность в амбулаторной помощи, а с другой объем финансирования, то получаются 2 пирамиды: базисом одной является амбулаторная помощь, а базисом второй – объем финансирования, только в перевернутом виде.

На открытии конференции «Медицинское образование 2012» бывший министр здравоохранения РФ Татьяна Голикова сообщила, что дефицит кадров в здравоохранении России на сегодняшний день составляет 152,8 тыс. человек, в амбулаторном звене дефицит составляет 187,5 тыс. человек, а в стационарном звене существует переизбыток кадров, который составляет 34,7 тыс. человек.

Ситуация в г. Кемерово не отличается от ситуации в общем по России и дефицит амбулаторных урологов составляет порядка 85 %.

### Компьютер – не только пишущая машинка!

Целью настоящей работы является анализ первого опыта использования современных информационных технологий для повышения качества

и доступности специализированной медицинской помощи амбулаторного врача-уролога.

Компьютерная техника прочно вошла в нашу жизнь, и медицина не является исключением. Тем не менее в большинстве случаев возможности компьютеров реализуются лишь в малой степени, редко выходя за рамки шикарной пишущей машинки. Какие же направления применения компьютеров в медицине вполне реальны для любого или почти любого лечебного учреждения или конкретно взятого специалиста?

Разработанная нами модель взаимодействия между структурными подразделениями первичной амбулаторной помощи и консультативным центром клинической городской больницы № 1 такова. В структурном подразделении пациент обращается к врачу-терапевту или хирургу с жалобами, обусловленными заболеваниями органов мочеполовой системы. Врач, связываясь со специалистом-урологом консультативного центра больницы, четко за 1–2 минуты докладывает основные симптомы пациента и согласует с врачом-специалистом объем необходимого обследования, принципиальную тактику ведения больного и время предстоящей консультации специалиста-уролога консультативного центра. Заполнив первичный документ, он отправляет его по электронной почте. В результате пациент приходит на прием к специалисту с максимально возможным обследованием, что позволяет врачу определить тактику лечения, дать адекватные рекомендации и избавляет больного от 2–3 дополнительных посещений поликлиники. Если компетенция или возможности врача-специалиста недостаточны, он может обратиться при помощи Skype к врачу-урологу стационара города, к ведущим российским или зарубежным специалистам. Эта модель была представлена нами на международной выставке МедИнтекс «ЭКСПО Сибирь» в 2012 г. и завоевала золотую медаль.

### Online-консультирование в амбулаторных условиях

Материал исследования составили опросы 120 пациентов поликлиники № 10, средний возраст которых  $23 \pm 1,9$  года (2011 г.), и 157 пациентов, средний возраст которых  $22 \pm 2,3$  года (2012 г.).

Анализ структуры консультаций за период с ноября 2011 г. по февраль 2012 г. показал, что доля online-консультаций выросла более чем

на 10 %. Если в ноябре 2011 г. доля online-консультаций составляла менее 5 %, то в январе 2012 г. она составила более 17 %.

Уровень информированности о предоставляемой услуге «online-консультирование» вырос на 25 %. Доступность урологического приема в течение 1–2 дней отметили 20 % опрошенных, в течение 1–2 недель – 75 % и лишь 5 % считают, что урологическая помощь недоступна.

Из преимуществ online-консультирования 82 % анкетированных отметили экономию времени, 78 % – возможность прямого контакта врач – пациент и 51 % – получение полноценных рекомендаций в доступной форме. Перспективным направлением online-консультирования считают 85 %, сомневаются – 10 % и лишь 5 % это направление кажется неперспективным.

Анализ структуры обращаемости по заболеваниям за период с сентября 2011 г. по февраль 2012 г. показал, что на долю инфекций мочеполовой системы приходится около 40 % (39 пациентов), доля аномалий развития составила 17,3 % (17), мочекаменной болезни – 15,3 % (15), варикоцеле – 13,3 % (13), фимоза – 11,2 % (11) и на долю травм пришлось чуть более 3 %.

### Выводы

Так каковы же основные преимущества внедрения современных информационных технологий в работу врачей амбулаторного звена? Для пациента: приближение специализированной помощи; экономия времени при получении консультации; возможность прямого контакта врач – пациент; полноценные рекомендации в доступной форме.

Для врача: стандартизация подходов к лечению и ведению документации; динамический мониторинг процесса лечения; консультации с ведущими специалистами; повышение профессионального уровня.

«Немалые резервы повышения качества медицинского обслуживания связаны с улучшением его организации. В большинстве случаев амбулаторное лечение комфортнее для пациента и дешевле для государства. Недарам в экономически развитых странах его доля в составе медицинской помощи намного выше, чем у нас» (В.В. Путин «Строительство справедливости. Социальная политика для России»).



Медицинским университетам нужны университетские клиники, где бы растили, заботились и обучали врачей России и отвечали за их профессионализм



Сергей Петрович Даренков

Д.м.н., проф., заведующий кафедрой урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова darenkov@list.ru

В России насчитывается около 7 тыс. урологов, но не всех можно назвать профессионалами высокого класса. Сергей Петрович Даренков, зав. кафедрой урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, уверен: корень проблемы – в отсутствии многопрофильных университетских клиник и, как следствие, нехватке преподавательских кадров, способных квалифицированно обучать студентов и проводить последипломную подготовку врачей.

– Сергей Петрович, профессия врача всегда была и по сей день остается одной из самых востребованных в нашей стране. Насколько охотно современные студенты выбирают специальность уролога?

– Специальность врача-уролога сегодня предпочитает значительная часть студентов. Их привлекают различные субспециализации в урологии, такие как уроонкология, андрология, нейроурология, реконструктивная урология, эндоурология, урогинекология. Хочу

подчеркнуть, что урология – молодая специальность, которая выделилась из хирургии только в начале прошлого века. Тем не менее в настоящее время она является одной из наиболее динамично развивающихся дисциплин.

– Как Вы оцениваете уровень получаемого ими образования?

– Этот уровень постепенно снижается, и связано это, в первую очередь, с дефицитом врачей-педагогов. Конечно, статистически преподавателей хватает, но качество их работы вызывает много вопросов. Так, например, в нашем институте большое число преподавателей клинических кафедр ведут занятия со студентами, не занимаясь при этом ни научной, ни лечебной работой. Я понимаю, что по закону от них этого и не требуется, и формально они соответствуют статусу педагогов. Но чему может научить такой преподаватель будущего врача, если за 5 лет он написал от силы 1–2 научные работы и ни разу не заглянул в операционную? С одной стороны, он честно выполняет свои функции – читает лекции студентам, ординаторам и аспирантам, проводит с ними практические занятия. Вот только пользуется он учебниками, написанными 20 лет назад. А ведь за это время в урологии был сделан существенный прорыв – начали активно применяться малоинвазивные вмешательства, лапароскопические методы, роботическая хирургия. И если этого нет в учебниках, то как может не имеющий постоянной медицинской практики педагог научить чему-то новому?

– Где проходят лечебную практику ваши ученики – студенты, ординаторы и аспиранты?

– Они проходят ее на 5 базах – в клинике Управделами Президента РФ, 3 московских больницах и клинике Института геронтологии. В самом РНИМУ, как и во многих других российских медицинских университетах, своей клиники нет.

– В какой степени отсутствие университетской клиники сказывается на Вашей преподавательской деятельности?

– Самым негативным образом. Судите сами – урология постоянно движется вперед, появляются и внедряются новые методы лечения. Для того чтобы знакомить с ними моих студентов, я должен сам в совершенстве владеть этими методами. А значит, постоянно участвовать в лечебном процессе. Но в университете нет клиники, где на законных основаниях я мог бы лечить больных, а также ассистировать во время операций моим ученикам-ординаторам. Сегодня я делаю это на наших учебных базах, где из уважения ко мне со мной заключили соответствующий договор. Но юридической силы он не имеет: по закону я не могу входить в операционную медицинских учреждений, сотрудником которых не являюсь. Чтобы лечить больных, ассистировать ординаторам в операционных, я должен работать в этих больницах – на четверть ставки и в 5 местах!

И конечно, мы являемся заложниками материально-технического обеспечения больниц.

– А как решаются подобные проблемы за рубежом, в частности в странах ЕС и США?

– Думаю, что таких проблем там нет. В этих странах в каждом университете есть своя собственная клиника, что, несомненно, называется на уровне подготовки учащихся. Зачастую университетские клиники оказываются лучшими в своей стране, многие из них широко известны во всем мире. Я говорю так уверенно, потому что был в нескольких зарубежных университетах. Так, например, реконструктивной урологии я начинал обучаться в Университете Иоганна Гутенберга (г. Майнц, Германия). Потом стажировался в Йельском университете, проходил лечебную практику в университетской клинике Египта. Кстати, финансируются все эти учебные учреждения из федерального и муниципального бюджета и собственных средств университета, что позволяет им иметь прекрасно оснащенные клиники и содержать в штате высокопрофессиональных преподавателей.

Поэтому я очень хочу, чтобы и наш университет имел свою лечебную базу, а педагоги, работающие на кафедре урологии, могли не только консультировать, но и лечить больных. Это обеспечит приток в здравоохранение хорошо обученных специалистов-урологов, способных оказывать больным квалифицированную помощь.

Беседовала Ирина Широкова, журналист

Дистанционное образование в урологии

Первый курс дистанционного обучения по теме «Андрология – ответы на вопросы. Диагностика и лечение мужского бесплодия» прошел в рамках работы проекта «Академия амбулаторной урологии». Образовательный цикл объединил 35 урологов из России, Украины, Казахстана, Таджикистана, Молдовы. В качестве приглашенного лектора выступил проф. Игорь Владимирович Виноградов, заведующий кафедрой клинической андрологии РУДН.

Тема мужского бесплодия была выбрана не случайно – ею заинтересовалось большинство урологов и андрологов, зарегистрированных на сайте Академии амбулаторной урологии.

Участникам курса было предложено прослушать 6 лекций по следующим темам.

- 1. Претестикулярные причины мужского бесплодия.
- 2. Тестикулярные причины мужского бесплодия.
- 3. Посттестикулярные причины мужского бесплодия.
- 4. Иммунный фактор мужского бесплодия. Антиспермальные антитела.
- 5. Сексуальные проблемы (эректильная дисфункция, снижение либидо).
- 6. Эякуляторные расстройства (ретроградная эякуляция, анэякуляция).



Страница сайта во время лекции

Каждая лекция длилась 1 час, по ее завершении курсанты задавали вопросы, на которые получали подробные ответы профессора, вступали в дискуссии.

Все участники отметили высокое качество и технического обеспечения курсов (прямая интернет-трансляция, возможность интерактивного общения с профессором), и образовательного материала, необходимого для повседневной клинической практики. Свои комментарии, замечания, предложения по циклу урологии могли опубликовать на общем урологическом форуме на сайте Академии.

По окончании занятий все участники прошли итоговое тестирование, по результатам которого получили сертификаты о прохождении курса.

Дистанционный образовательный курс по теме «Андрология – ответы на вопросы», ставший пилотным проектом компании Astellas и информационного урологического порта-



Сертификаты участников с результатами финального тестирования

ла UroWeb.ru, показал высокую востребованность данной формы обучения среди амбулаторных урологов и андрологов. Главным преимуществом курса урологи считают возможность обучения без отрыва от работы, отсутствие трат на проезд и проживание в столице, бесплатность самого обучения при сохранении его качества.

Этот курс был первым, но совсем не последним – в будущем планируется расширять тематику обучения, включать в группы большее число курсантов.

Следите за анонсами будущих курсов дистанционного обучения под эгидой Astellas и UroWeb.ru!

Материал подготовила Татьяна Гарманова

Когда мне поступило предложение о проведении дистанционного курса по андрологии, я согласился не раздумывая. В нашей огромной стране, находящейся в 10 часовых поясах, только дистанционные системы образования могут позволить врачам получать современные знания без фактического приезда на образовательный цикл. Я очень рад, что получил высокую оценку своей работы от слушателей. Это обстоятельство дает надежду на продолжение сотрудничества с Академией амбулаторной урологии и позволит мне и впредь делиться знаниями и опытом с коллегами.

И.В. Виноградов

За месяц до проведения образовательного цикла администрация проекта провела опрос среди урологов, в котором именно эта тема привлекла наибольшее внимание специалистов.

В начале курса было проведено исходное тестирование, состоящее из 60 вопросов, которые предназначались как для самостоятельной оценки базового уровня знаний (по балльной системе), так и для выявления теоретических и практических моментов, которые заслуживают большего внимания во время обучения.

Проф. И.В. Виноградов, являющийся одним из ведущих специалистов-андрологов в России, разработал и подготовил весь демонстрационный материал для лекций. Информация была доступна для урологов в полном объеме и не требовала дополнительного поиска в Интернете или библиотеке.

Администрация курса отдельно напоминала участникам о проведении каждой лекции sms-оповещениями, рассылкой по электронной почте. Лекции проводились ежедневно, посещаемость участников строго контролировалась администрацией курса.



Работа в съемочной студии



До встречи в сети!



# Выборы

## Мнение специалиста



**Николай  
Иванович  
Казеко**

Д.м.н., проф.,  
заслуженный врач РФ,  
главный уролог  
Тюменской области

26w@mail.ru

**Редакция регулярно получает от наших читателей отклики, из которых мы узнаем, что благодаря публикациям коллеги начали задумываться о ситуации в российской урологии. В этом номере газеты главный уролог Тюменской области Н.И. Казеко размышляет о том, как сделать предстоящие выборы руководства РОУ максимально прозрачными.**

### Коллеги!

Я хотел бы поделиться своими размышлениями о предстоящих выборах председателя Российского общества урологов (РОУ). Я внимательно читаю все публикации на эту тему и считаю, что это очень хорошо, что наше урологическое сообщество выросло до такого уровня, когда можно открыто обсуждать вопросы, которые раньше даже не поднимались. Мы все нуждаемся в сильной профессиональной ассоциации, которая будет защищать и поддерживать не только урологию в целом, но и каждого врача. Поэтому то, каким станет РОУ, касается всех нас.

Основной вектор развития РОУ во многом зависит от человека, который возглавит организацию. Мне бы хотелось видеть на этом посту того, кто вместе со своими коллегами сможет наладить взаимодействие с чиновниками и повысить статус РОУ в глазах Минздрава. Важно также повысить авторитет РОУ среди самих урологов, чтобы врачи были заинтересованы становиться членами организации, чувствовали свою принадлежность к профессиональному сообществу, знали, что здесь им при необходимости окажут профессиональную и правовую поддержку.

Относительно периода, на который выбирается председатель Общества, я солидарен с мнением О.Б. Лорана: срок должен быть ограничен 2 или 3 годами, в отличие от 5 лет, предложенных в проекте нового устава РОУ. Пять лет – это слишком большой срок, на этот период сложно запланировать конкретные проекты и результаты. Все-таки задача председателя Общества – не поднимать ВВП страны, а давать идеи для развития организации. Руководство профессиональным объединением должно меняться чаще, тогда это даст возможность большему количеству людей возглавить организацию, а значит, сделать что-то для ее развития. Частая сменяемость председателя РОУ обеспечит самой организации хорошую динамику как в развитии, так и в решении поставленных задач.

Несомненно, у каждого из членов РОУ свое представление о том, каким должен быть председатель. И если мы как члены Общества имеем равные права, то у каждого из нас должна быть возможность предложить кандидата или прого-

лосовать за того человека, которому мы готовы доверить управление организацией.

Выбирать руководителя РОУ, на мой взгляд, должны все делегаты съезда, а не только члены правления. Сейчас по уставу высшим руководящим органом РОУ является съезд, т. е. все его участники, но при этом такая важная функция, как выборы председателя, почему-то не относится к его компетенции. Я рад был увидеть в проекте устава 2012 г., что выборы председателя предлагается проводить силами всех участников мероприятия. Поэтому предлагаю на сентябрьском съезде сначала принять новый устав, а потом уже выбирать руководство по новым правилам.

Процедура выборов, по-моему, должна включать предложение кандидатур. Мне интересно было прочесть в газете об опросе урологов, в результате которого был составлен рейтинг потенциальных кандидатов на пост председателя РОУ. Это уже хорошая основа для открытых выборов, в которых есть настоящая живая конкурентная борьба. Но я думаю, что каждый из делегатов съезда должен иметь право предложить любого кандидата (в том числе и себя). А все кандидаты должны иметь возможность выступить перед голосованием со своей программой, т. е. рассказать, что каждый из них планирует сделать, какой путь для РОУ видит, как будет налаживать работу и т. д.

Голосование за кандидатов должно быть тайным. Это даст возможность каждому высказать свое мнение, не поддаваясь давлению со стороны коллег, не принимая во внимание какие-то еще взаимоотношения, иерархию, не бо-

ясь кого-то обидеть, не опасаясь выразить поддержку, например, не другу или вышестоящему коллеге, а выбранному им кандидату.

Не нужно бояться конкуренции и открытых обсуждений. Открытость снижает возможность закулисных интриг и решений, к которым применяются коммерческие интересы. РОУ должно работать в интересах врачей-урологов. Члены РОУ должны доверять руководителю Общества, а это возможно лишь в том случае, если они сами его выберут.

К сожалению, на сегодняшний день я не раз слышал от коллег, что уже решен вопрос о том, кто станет председателем РОУ. Меня это удивляет. Как можно называть конкретных людей, если пока еще даже кандидатур предложено не было? Или все уже решено и осталось только поставить галочку, что выборы состоялись? И главное – неужели найдется человек, который готов будет стать председателем, которого не выбирали? Как он будет смотреть в глаза своим коллегам?

Я хочу пожелать всем членам РОУ и особенно всем участникам сентябрьского съезда: давайте будем более активно участвовать в жизни нашей организации, давайте не будем отмалчиваться и считать, что и без нас там наверху все решат и выберут, кого надо. Мы ждем, что РОУ будет меняться, что оно станет активнее развиваться, обучать и поддерживать урологов. Но чтобы это произошло, мы сами, точнее каждый из нас, должны что-то сделать для своей организации. Для начала хотя бы выбрать председателя, которому доверяет большинство урологов.

## Молодые ученые

## Возможный резерв повышения фертильности у пациентов с сочетанием андрогенодефицита и хронического бактериального простатита

Доля мужского фактора в бесплодных браках составляет 50 %, что нельзя игнорировать, изучая проблемы демографического кризиса.

Исследование влияния различных факторов на фертильность мужчины, как правило, проводится изолированно, что приводит к спорным и противоречивым выводам, не позволяющим понять, почему фертильность не всегда объясняется основными параметрами эякулята. В таком случае, какие же варианты решения проблемы бесплодия предлагаются в настоящее время? В основном это вспомогательные репродуктивные технологии, предложение того или иного вида оперативного лечения, проводимого не всегда по показаниям, и зачастую рекомендуется прием разнообразных БАДов и препаратов, эффективность которых не всегда имеет обширную доказательную базу. Если с двумя последними пунктами в целом все понятно, то все более распространяющиеся методики вспомогательных репродуктивных технологий все еще оставляют ряд особенностей и вопросов. Безусловно, эти методики имеют множество плюсов, однако нельзя не обращать внимание на высокую стоимость проведения манипуляций; возможность их выполнения только в крупных медицинских центрах; невысокий процент возникновения беременности; высокий риск осложнений как со стороны матери, так и со стороны плода.

Исследования последних лет все больше демонстрируют неблагоприятные исходы проведения экстракорпорального оплодотворения и интрацитоплазматической инъекции сперматозоида. В частности, это разнообразные виды врожденных дефектов и аномалий. По данным разных авторов, дети, полученные при помощи методик вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), имеют в 1,5–2 раза больший риск рождения с теми или иными аномалиями,

по сравнению с детьми, зачатие которых осуществлялось естественным путем.

Итак, действительно ли ВРТ являются оптимальным методом решения вопроса бесплодия или это лишь вариант решения проблемы, отдаленные результаты которого беспокоят преимущественно родителей?

Для того чтобы приблизиться к решению вопроса мужского бесплодия, стоит обратиться к имеющимся данным об этиологических факторах. Известно, что только у 1 из 10 мужчин бесплодие связано с генетическими и анатомическими факторами, у остальных нарушение фертильности – приобретенное: это эндокринные нарушения и воспалительные заболевания органов репродуктивного тракта. Среди эндокринных нарушений большое внимание уделяется андрогенодефициту, поскольку одним из важнейших эффектов тестостерона является инициация и поддержание процесса сперматогенеза. А среди воспалительных заболеваний органов репродуктивной системы одним из самых распространенных является хронический простатит. Как правило, он выявляется у 11–35 % трудоспособных мужчин молодого и среднего возраста и характеризуется длительным, рецидивирующим течением. Можно предположить, что у пациентов с сочетанием андрогенодефицита и хронического простатита имеется повышенный риск формирования инфертильности и взаимовлияния этих процессов.

Учитывая актуальность проблемы и исходя из отсутствия однозначного подхода к диагностике и лечению этих пациентов, была определена цель настоящего исследования: поиск резерва повышения фертильности у пациентов с андрогенодефицитом на фоне хронического бактериального простатита. Материал исследования составили 54 пациента с диагнозом нормогонадотропный гипогонадизм, хронический бактериальный простатит,

средний возраст – 29 лет. Диагноз устанавливался на основании осмотра с оценкой андрологического статуса и сбора жалоб и анамнестических данных, исследования гормонального профиля (общий тестостерон; глобулин, связывающий половые стероиды; лютеинизирующий гормон и расчет биологически доступного тестостерона (БДТ) при помощи калькулятора расчета). Так же этим пациентам выполнялась спермограмма с расчетом индекса фертильности спермы и бактериоскопия секрета простаты, его бактериологическое исследование. Все пациенты были обследованы на предмет наличия инфекций, передающихся половым путем. После постановки диагноза больным назначалось лечение в отношении хронического бактериального простатита в соответствии с рекомендациями.

Оценка результатов проводилась после купирования воспалительного процесса в предстательной железе, что наблюдалось в 89 % случаев. Таким образом, отмечалось увеличение уровня общего тестостерона с 9,9 до 13,4 нмоль/л и рост индекса фертильности спермы (ИФС) с 29 до 45 %. Особое внимание мы уделяем оценке уровня БДТ. Это сумма свободно циркулирующего в крови тестостерона и тестостерона, связанного с альбумином. Именно эта фракция обладает биологической активностью и оказывает действие на органы-мишени. В нашем исследовании отмечалась положительная динамика уровня БДТ с 41 % до лечения и до 47 % после лечения.

Для более наглядной демонстрации полученной картины позволю себе привести клинический пример. *Пациент 28 лет. Обратился по поводу бесплодия. При обследовании диагностирован нормогонадотропный гипогонадизм, хронический бактериальный простатит. ИФС до лечения составлял 14,2 %, БДТ – 33 %. В процессе лечения по мере купирования воспалительного процесса отмечалась положительная динамика*

*уровней искомых показателей. И по завершении лечения ИФС составил 32 %, а БДТ – 41,9 %.*

С учетом известных литературных данных мы считаем, что при наличии воспалительного процесса в органах репродуктивного тракта формируется поликомпонентная дисфункция сперматогенного эпителия, обусловленная образованием повышенного количества свободных радикалов кислорода с формированием оксидативного стресса, и в частности гиперпродукцией оксида азота, который в свою очередь угнетает синтез тестостерона в клетках Лейдига. Кроме того, термодинамическими исследованиями было доказано, что свободные радикалы способны разрушать Ван-дер-Ваальсовы связи в соединениях тестостерона и альбумина, что оказывает влияние на уровень свободной фракции тестостерона в крови.

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

- Антибактериальная и противовоспалительная терапия у пациентов с нормогонадотропным гипогонадизмом на фоне хронического бактериального простатита приводит как к купированию воспалительного процесса в органах репродуктивного тракта, так и к стабилизации андрогенного статуса.
- У пациентов исследуемой группы после лечения улучшались параметры эякулята.
- Купирование воспалительного процесса в простате у пациентов с нормогонадотропным гипогонадизмом может рассматриваться как возможный резерв повышения их фертильности.
- Установленный механизм требует дальнейшего патогенетического обоснования.

Материал подготовил **Константин Антонов**, аспирант кафедры урологии НГМУ (зав. кафедрой проф. А.А. Еркович)



# Мнение юриста



**Елена Антоновна Абросимова**  
Кюлн, доц. юр. фак. МГУ им. М.В. Ломоносова, эксперт Комитета по делам общественных организаций и религиозных объединений Госдумы РФ  
info@urotoday.ru

**В связи с откликом нашего читателя, главного уролога Тюменской области Н.И. Казеко, затронувшего тему предстоящих выборов председателя РОУ, редакция газеты обратилась за юридической помощью к известнейшему специалисту, работающему с некоммерческими организациями, – Елене Абросимовой. Мы попросили разработать процедуру проведения выборов и объяснить, как сделать их наиболее эффективными.**

**– Какие принципиальные моменты необходимо соблюсти, чтобы выборы прошли максимально прозрачно?**

Ведущий, проводящий выборы Председателя РОУ, должен быть внешним человеком (не член РОУ, не уролог, не врач и т. п.), абсолютно не заинтересованным в исходе выборов. Это может быть либо юрист, либо приглашенный фасилитатор/модератор, основная задача которого – следить за правильностью и последовательностью соблюдения процедуры.

Техническая готовность должна быть на высоте (компьютер, принтер, копир, проектор), так как визуальное восприятие результатов голосования позволит всем самостоятельно контролировать ход выборов, что многократно повышает доверие к самой процедуре выборов.

Важным моментом является готовность кандидатов на пост Председателя – им до начала голосования необходимо продумать и кратко изложить свой взгляд на дальнейшее развитие организации (свою программу). Здесь красота и пафос речи не играют существенной роли, так как в профессиональных сообществах понимание позиции кандидата и разделение его точки зрения значительно повышает доверие к этому кандидату.

**– Какой вид голосования – тайное или открытое – позволит сделать выборы более честными и почему?**

В профессиональных организациях, к числу которых принадлежит РОУ, безусловно, тайное голосование позволит сделать выборы честными. Обычно при открытом голосовании (посредством поднятия руки) молодые специалисты ориентируются на более опытных, смотрят, как и за кого они голосуют. Это обычная профессиональная деформация: «Уж если такой авторитет в нашей профессии голосует за этого кандидата...». Это же замечание относится к друзьям и хорошим приятелям. При открытом голосовании не получается услышать каждого участника голосования, так как замеряется «средняя температура по больнице» и голосование носит характер равнения на мэтров в профессии.

Поэтому я считаю тайное голосование более честным, когда каждый, раздумывая, напротив какой фамилии ему ставить галочку, вспомнит, что говорил кандидат в своей программной речи, и сам без подсказок определится, готов ли он поддержать реализацию этой программы или нет.

**– Что нужно сделать, чтобы предложенная вами процедура была применена во время выборов Председателя РОУ?**

Надо, чтобы об этой процедуре в подробностях узнали заранее все участники выборов Председателя РОУ, задали бы вопросы по этой процедуре, если что-то осталось неясным. После

прояснения все становится ясно и четко выстраивается в схему голосования. Главное же, чтобы было желание вообще провести выборы честно и прозрачно, а не свести это к взаимным упрекам и выяснению отношений в профессиональной среде, как это часто бывает. Развитие любой организации, и в первую очередь профессиональной, требует созидательных усилий, а не разрушительных дискуссий. Дискуссия важна для поиска верного или нового решения в профессии, а в строительстве и продвижении организации важно совместное делание.

## Процедура проведения выборов Председателя РОУ

Примечание: независимо от того, кто будет принимать участие в выборах Председателя – все участники съезда или только члены Правления, процедура проведения выборов не меняется. Может понадобиться копировальная техника для копирования необходимого количества бюллетеней, если в качестве способа голосования будет избран тайный.

### Счетная комиссия

Перед проведением процедуры выборов необходимо выбрать счетную комиссию в количестве нечетного числа членов (обычно 3 человека). Кандидатуры членов счетной комиссии может предложить любой участник съезда, включая самого себя. Сначала предлагаются кандидатуры членов счетной комиссии, при этом любой кандидат может взять самоотвод без объяснения причин.

Затем происходит голосование за утверждение состава счетной комиссии. Голосование осуществляется по схеме: голоса «за», голоса «против», голоса «воздержались». Подсчет голосов ведет председатель собрания. Результаты голосования заносятся в протокол. Члены счетной комиссии выбирают председателя счетной комиссии. После утверждения состава счетной комиссии дальнейший подсчет голосов осуществляется счетной комиссией.

### Выборы Председателя РОУ

- Ведущий Съезда объявляет начало процедуры выборов Председателя и подробно объясняет процедуру их проведения. Лучше, если главные этапы выборов фиксируются на экране (доске) для визуального восприятия всеми голосующими. Обычно в ходе выборов у голосующих возникает вопрос «Мы за что сейчас голосуем?», и запись этапов выборов на видном месте помогает разъяснить этот вопрос.

### Предложение кандидатур

- Участники съезда предлагают кандидатуры на пост Председателя. Согласовывать кандидатуры с людьми на этом этапе необязательно. Ведущий записывает фамилии кандидатов крупно на флипчарт или заносит в компьютер и выводит на экран через проектор. На этом этапе кандидатуры не обсуждаются, никаких других дискуссий не ведется. Список предложенных кандидатов фиксируется в протоколе.
- Любой из предложенных кандидатов, вошедших в список, имеет право взять самоотвод без объяснения причин. Кандидаты, желающие взять самоотвод, должны заявить об этом, их фамилии удаляются из списка кандидатур. По желанию, кандидаты могут объяснить причины самоотвода, но могут и не делать этого. Самоотводы фиксируются в протоколе.
- После принятия самоотводов список кандидатов объявляется закрытым и фиксируется в протоколе в окончательном варианте.

### Обсуждение кандидатов

- После формирования окончательного списка кандидатов начинается обсуждение кандидатур (кандидаты могут обсуждаться как в порядке поступления, так и в алфавитном порядке). Ведущий объявляет регламент об-

суждения каждого кандидата и следит за его выполнением.

- Кандидат представляет свою программу в свободной форме. Желательно высказывания о том, почему хочет занять пост Председателя РОУ, что намерен делать на посту, какие приоритеты в развитии организации видит и т. п. Время на выступление – не более 5 минут.
- Любой участник Съезда может задать кандидату вопросы. Время на вопросы-ответы – 10 минут.
- После ответов на вопросы происходит обсуждение кандидата. Любой участник съезда может высказаться в поддержку обсуждаемого кандидата или против него и объяснить свою позицию. Время на обсуждение каждого кандидата – не более 10 минут.

### Подготовка к голосованию

- После обсуждения кандидатов ведущий Съезда объявляет голосование. Голосование возможно провести как открытым, так и тайным способом. Если процедура голосования не утверждена документами, то Съезд может принять решение об одном из способов голосования. Для этого необходимо, чтобы кто-то из участников Съезда внес 1 или 2 предложения: 1) провести голосование тайным способом; 2) провести голосование открытым способом. Если выносятся 2 предложения, они голосуются как альтернативные (взаимоисключающие) по схеме: «Кто за то, чтобы провести выборы тайным голосованием?», «Кто за то, чтобы провести выборы открытым голосованием?» При альтернативном голосовании участники голосуют только «за», ведущий не собирает голоса «против» и «воздержались» по этим вопросам. Предложение, набравшее больше голосов, утверждается и фиксируется в протоколе.
- До голосования необходимо определить, какое количество голосов «за» от числа голосующих необходимо для победы в выборах. Варианты – а) простое большинство голосов (половина участников, в случае четного количества участников голосования – половина +1); б) квалифицированное большинство (2/3 голосующих).
- Перед началом голосования счетная комиссия считает количество присутствующих голосов (то есть участников, имеющих право участвовать в выборах Председателя РОУ). У каждого голосующего участника 1 голос без каких-либо приоритетов в зависимости от занимаемых позиций или заслуг. Количество голосов фиксируется в протоколе.

### Тайное голосование

- Если принято решение о проведении тайного голосования, то объявляется перерыв, во время которого счетная комиссия готовит бюллетени для голосования, ведомость с фамилиями всех участников голосования и избирательный ящик для бюллетеней, который должен быть опечатан (в качестве ящика можно использовать картонную коробку из-под бумаги). Примечание: готовить бюллетени заранее нельзя, так как теряется смысл выдвижения кандидатов и оглашения их программ на предыдущих этапах.

Фамилии кандидатов заносятся в бюллетень в алфавитном порядке.

Бюллетени готовятся на компьютере по следующему формату (см. таблицу).

- Бюллетени распечатываются по количеству участников голосования. На каждом бюллетене должна быть проставлена печать РОУ и подпись председателя счетной комиссии.
- Счетная комиссия раздает бюллетени участникам голосования – по 1 бюллетеню каждому участнику лично в руки, участник рас-

*Избирательный бюллетень для голосования на выборах Председателя Российского общества урологов г. Москва, 18 сентября 2012 г.*

| ФИО кандидата | «за» |
|---------------|------|
| Иванов И.И.   |      |
| Петров П.П.   |      |
| Сидоров С.С.  |      |
| Васильев В.В. |      |
|               |      |

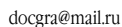
- писывается в ведомости о том, что получил бюллетень. Количество розданных бюллетеней фиксируется в протоколе.
- Председатель счетной комиссии объявляет, что в бюллетене необходимо отметить только 1 кандидата, за которого отдается голос «за».
  - Участники ставят отметки в бюллетенях и бросают их в избирательный ящик в присутствии счетной комиссии. Необходимо помнить, что члены счетной комиссии тоже должны проголосовать, так как в организационном раже они об этом могут забыть и не посчитать самих себя.
  - После того, как все участники проголосовали, объявляется перерыв. Во время перерыва счетная комиссия открывает избирательный ящик, подсчитывает бюллетени (общее количество бюллетеней, количество бюллетеней за каждого кандидата, количество испорченных бюллетеней). При подсчете голосов могут присутствовать участники съезда, по их желанию в качестве сторонних наблюдателей, не вмешиваясь в процедуру подсчета и не комментируя действия счетной комиссии.
  - Результаты подсчета бюллетеней оформляются протоколом счетной комиссии.
  - Счетная комиссия объявляет результаты голосования участникам Съезда. Результаты выборов фиксируются в протоколе Съезда.
  - Избранным на пост Председателя РОУ считается кандидат, набравший большее количество голосов «за», превысивших половину (или 2/3) голосов присутствующих. При наличии равного числа наибольшего количества голосов «за» у нескольких кандидатов после фиксации в протоколе этого факта ведущим объявляется второй тур голосования за этих кандидатов по вышеописанной процедуре тайного голосования. Второй тур голосования может быть объявлен, если число голосов, отданных за кандидата, набравшего наибольшее количество голосов «за», не достигло числа, необходимого для полного или квалифицированного большинства, которое было утверждено заранее участниками.

### Открытое голосование

- Если утверждена процедура открытого голосования, ведущий объявляет начало голосования.
- Очередность голосования за кандидатов определяется алфавитным порядком.
- Каждый участник может проголосовать только за 1 кандидата.
- Голоса за кандидатов отдаются поднятием руки участника после вопроса ведущего голосования «Кто за этого кандидата?».
- Счетная комиссия подсчитывает голоса за каждого кандидата и фиксирует это в протоколе и крупно записывает на флипчарт или заносит в компьютер и выводит на экран через проектор.
- После того, как завершено открытое голосование по всем кандидатам, счетная комиссия объявляет результаты.
- Если ни один из кандидатов не набрал необходимое количество голосов (простое или квалифицированное большинство), то процедура голосования повторяется по всем кандидатам без исключения.

Материал подготовила  
**Катерина Печуричко**, журналист





| Показатель              | Абиратерона ацетат (n = 797) | Контроль (n = 398) |
|-------------------------|------------------------------|--------------------|
| ОВ                      | 14,8 мес                     | 10,9 мес           |
| ВДП                     | 10,2 мес                     | 6,6 мес            |
| ВБП                     | 5,6 мес                      | 3,6 мес            |
| Общий клинический ответ | 38 %                         | 10,1 %             |
|                         |                              |                    |



# Беременность и ИМВП – тактика уролога

**В структуре экстрагенитальной патологии беременных одно из ведущих мест занимают заболевания мочевыделительной системы, частота которых достигает 10–12 %. Заболевания почек оказывают негативное влияние на исход и течение беременности, родов и послеродового периода.**

В популяции небеременных женщин репродуктивного возраста частота инфекций мочевыводящих путей (ИМВП) составляет 2–5 %. У беременных женщин ИМВП являются частым осложнением, достигая, по некоторым данным, 18 %.

Развиваясь на фоне специфических для беременности анатомо-физиологических изменений мочевыделительной системы, воспалительный процесс сопровождается нарушением уродинамики и гемодинамическими изменениями в мочевыводящих путях. Как известно, нарушение кровообращения в почках является одним из ведущих патогенетических звеньев серьезного осложнения беременности – гестоза. В связи с этим профилактика ИМВП во время беременности имеет особое значение в профилактике гестоза.

Изменения органов мочевыделительной системы у беременных, повышающие риск развития ИМВП:

- увеличение объема почек (за исключением объема лоханок);
- дилатация чашечно-лоханочного аппарата;
- увеличение мочеточника в диаметре, преимущественно в верхней и средней трети, чаще справа;
- удлинение мочеточника, приобретение извилистой формы;
- гипертрофия мышечных волокон мочеточника в нижней трети;
- снижение перистальтики, изменение тонуса и подвижности мускулатуры мочеточника;
- увеличение мышечного тонуса и емкости мочеточника;
- тенденция к неполному опорожнению мочевого пузыря;
- развитие везикоуретрального рефлюкса;
- изменение химического состава мочи, ощелачивание мочи;
- увеличение почечного кровотока и скорости клубочковой фильтрации;
- повышение экскреции кальция и мочевой кислоты.

Факторы, ведущие к этим преобразованиям, включают гормональные изменения (увеличение синтеза эстрогенов, прогестерона, простагландина E2), а в более поздние сроки – также нарушение оттока мочи вследствие увеличения матки. Высокая распространенность инфекций мочевых путей у беременных также объясняется следующими факторами: механическим сдавлением мочеточников маткой; глюкозурией; иммуносупрессией; изменением pH мочи и т. д.

Изменения, возникающие при беременности, могут подвергаться обратному развитию в течение 3–4 месяцев послеродового периода.

Беременность у женщин с почечной патологией часто осложняется анемией (35–70 %), гестозом (до 40 %), преждевременным прерыванием беременности в различные сроки (15–20 %), плацентарной недостаточностью (25–30 %), хронической внутриутробной гипоксией плода (30–40 %), задержкой внутриутробного развития плода (12–15 %) и целым рядом других серьезных состояний.

Выделяют 3 основные нозологические формы ИМВП у беременных: бессимптомная бактериурия, острый цистит и пиелонефрит. Спектр микроорганизмов, вызывающих ИМВП у беременных, практически не отличается от спектра возбудителей, вызывающих ИМВП у небеременных женщин: *Escherichia coli* обуславливает 80–90 % всех инфекций. Также ИМВП могут вызывать другие грамотрицательные бактерии, например, *Proteus mirabilis* и *Klebsiella pneumoniae*.

1. Бессимптомная бактериурия – персистирующая бактериальная колонизация мочевыводящих путей без явных клинических проявлений. Диагноз устанавливается при получении двух последовательно проведенных положительных бактериологических посевов мочи с одним и тем же возбудителем (с перерывом в 1–2 недели). Однократные посевы могут давать ложноположительный результат практически в половине случаев. Количественным критерием выраженной бактериурии является выявление более чем 10<sup>5</sup> уропатогенов одного вида в 1 мл мочи. Без лечения бессимптомная бактериурия может привести к развитию клинических проявлений ИМВП.
2. Острый цистит.
3. Пиелонефрит (неосложненный, осложненный).

Выбор антибиотика при гестационных ИМВП проводится преимущественно эмпирически, он должен основываться на локальных данных чувствительности уропатогенов. Обычно назначают 5–7-дневные курсы лечения, однако некоторые авторы рекомендуют кратковременный курс терапии 1–3 дня, как при остром цистите. Препаратами выбора для терапии ИМВП коротким курсом у беременных могут стать фосфомицина трометамол (3 г; 1 доза) или оральные цефалоспорины 2–3-го поколения (цефиксим, 400 мг). Общепринято рекомендуется терапия амоксициллином, цефалексином или нитрофурантоином. Контрольные посевы мочи должны быть получены через 1–4 недели после лечения и по меньшей мере еще 1 анализ до момента наступления родов.

В последние годы в медицинской практике стал широко применяться комбинированный препарат растительного происхождения Канефрон Н

(Бионорика, Германия). Имеются серьезные работы, касающиеся использования препарата у беременных женщин для профилактики и лечения ИМВП. Препарат изучался в следующих учреждениях.

1. ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России – проф. Т.С. Перепанова, к.м.н. П.Л. Хазан.
2. ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии» Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи – проф. Н.В. Орджоникидзе.
3. РМАПО, Москва – проф. Л.А. Синякова.
4. СПбМАПО, Санкт-Петербург – проф. С.Н. Калинина, проф. О.Л. Тиктинский.
5. Научный центр здоровья детей РАМН.
6. Первый МГМУ им. И.М. Сеченова.
7. Кафедра акушерства и гинекологии Петрозаводского государственного университета.
8. Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины – проф. В.И. Медведь.
9. Днепропетровская государственная медицинская академия – проф. В.А. Потапов.

И это далеко не весь перечень уважаемых урологических клиник и кафедр, где проводилось изучение эффективности и безопасности препарата Канефрон Н.

Все ученые отметили, что использование Канефрона Н сопровождалось субъективным и объективным улучшением состояния беременных всех групп по сравнению с пациентками, не получавшими этот препарат.

На фоне лечения у беременных, страдавших циститом, при включении в комплексную терапию препарата Канефрон Н наблюдали более выраженное снижение дизурической симптоматики. Также было отмечено достоверное снижение частоты реинфекции.

У беременных с гестационным пиелонефритом и обострением хронического пиелонефрита было подтверждено существенное повышение эффективности терапии на фоне приема препарата: быстрее наступало улучшение самочувствия, исчез болевой синдром и дизурические явления. Быстрее происходила нормализация результатов анализов мочи. Кроме того, значительно снизилось число рецидивов и повторных обострений.

Данных о плохой переносимости препарата не было.

Нельзя забывать, что существуют препараты, категорически противопоказанные при беременности:

- фторхинолоны – вызывают развитие артропатий у плода (норфлоксацин, ципрофлоксацин, офлоксацин);
- оксолиновая кислота и пипемидиновая кислота (пимидель, палин, уропимид) – повышают риск фетотоксических эффектов;

- нитроксолин (5-НОК) – в I триместре может сопровождаться эмбриотоксическими эффектами. Имеются факты о возможном токсическом влиянии на печень плода при применении препарата в конце беременности;
- тетрациклины повышают частоту дефектов формирования скелета у плода и зубной эмали, вызывают желто-коричневое окрашивание зубов у детей до года;
- левомицетин – риск токсического влияния на печень, развития лейкопении у плода, а также возникновения сердечно-сосудистой недостаточности новорожденных.

При лечении острого и обострений хронического пиелонефрита у беременных при наличии гипертермии и расширения верхних мочевых путей рекомендуется установка мочеточникового катетера-стента до момента наступления родов.

Правила стентирования мочеточника у беременных:

- динамическое наблюдение уролога в течение всей беременности;
- стенты с покрытием на 4–6 месяцев;
- стентирование должно заканчиваться установкой уретрального катетера;
- своевременная смена стентов;
- режим частого мочеиспускания после удаления катетера;
- ультразвуковой контроль 1 раз в месяц;
- родоразрешение на фоне дренированных мочевых путей;
- удаление стента через 4–6 недель после родов.

В особо тяжелых случаях приходится определять показания к прерыванию беременности независимо от срока. Такими показаниями являются:

- прогрессирующая почечная недостаточность, установленная на основании величины креатинина более 265 мкмоль/л и/или клубочковой фильтрации ниже 30 мл/мин;
- нарастание тяжести гипертензии, особенно ее злокачественных форм.

В настоящее время инфекционные заболевания мочеполовой системы у женщин отличаются полиэтиологичностью, стертой клинической картиной, высокой частотой микст-инфекции и склонностью к рецидивированию, что требует комплексного подхода к диагностике и лечению. Назначение препаратов должно регламентироваться стандартами. В 2012 г. вышли в свет Национальные российские рекомендации «Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов». В соответствии с этим документом препараты растительного происхождения могут применяться как в качестве дополнительной терапии у беременных с ИМВП, так и с целью профилактики рецидивов инфекции.

Материал подготовила  
**В. Шадёркина, врач-уролог**



Коротко

## Невский урологический форум, 8–9 ноября 2012 г.

**Уважаемые коллеги! Приглашаем вас принять участие в Невском урологическом форуме «Современные методы лечения заболеваний предстательной железы и нижних мочевых путей».**

Место проведения: ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41.

**Организатор:** кафедра урологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. **При поддержке:** Российского общества урологов, Санкт-Петербургского общества урологов, Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга. **Технический организатор:** ООО «Агентство «АБВ-экспо»». **Информационная поддержка:** ООО «Издательский дом «АБВ-пресс», специали-

зированное издание для урологов «Урология сегодня», урологический информационный портал [www.uroweb.ru](http://www.uroweb.ru).

В программе: лекции, дискуссии, круглые столы, видеотрансляции из операционных, форум молодых ученых.

Основные темы форума:

- симптомы заболеваний нижних мочевых путей у мужчин;
- диагностика заболеваний предстательной железы и нижних мочевых путей у мужчин;
- реконструктивная хирургия нижних мочевых путей у мужчин;

- медикаментозная терапия заболеваний предстательной железы нижних мочевых путей у мужчин;
- хирургические методы лечения заболеваний предстательной железы.

Зарегистрироваться на Форуме и ознакомиться с информацией о мероприятии можно на сайте [www.uroforum.spb.ru](http://www.uroforum.spb.ru).

По вопросам участия в Форуме обращайтесь к сотрудникам ООО «Агентство «АБВ-экспо»: тел./факс: +7 (495) 988-89-92, e-mail: [info@abvexpo.ru](mailto:info@abvexpo.ru), [www.abvexpo.ru](http://www.abvexpo.ru)



Динамическая компьютерная кавернозография в диагностике вено-окклюзивной эректильной дисфункции

За последнее время в практику были внедрены многие методы хирургического лечения эректильной дисфункции (ЭД), но правильный выбор метода лечения и его эффективность зависят от точной диагностики. Анатомия кавернозных тел может быть изучена при помощи кавернозографии, которая выполняется путем наполнения кавернозных тел рентгеноконтрастным веществом.

Сама по себе методика кавернозографии не нова. Кавернозография была впервые описана Dela Pena в 1946 г. как метод визуализации вен малого таза, а 56 лет назад May и Hirtl описали нормальное рентгеновское изображение кавернозных тел, а также изменения, которые возникают при травмах, воспалении, опухолях кавернозных тел, приапизме. Однако кавернозография в современном понимании этого термина была впервые предложена в 1984 г. Virag et al., которые выполняли рентгеновское исследование кавернозных тел после введения вазоактивного препарата папаверина, который индуцировал эрекцию и позволял провести визуализацию кавернозных тел в эрегированном состоянии.

Патологический венозный дренаж

В литературе встречается множество терминов, описывающих нарушения венозного звена эрекции. Авторы различают венокорпоральную ЭД, патологический венозный дренаж (ПВД), корпоральную недостаточность кавернозных синусов, венокорпоральную ЭД, патологическую венозную утечку, венозную недостаточность полового члена. Мы в данной статье говорим о состоянии, которое наиболее адекватно отражается термином «патологический венозный дренаж».

Существующие методики обследования обладают рядом недостатков, которые не позволяют использовать их в качестве методов топической диагностики различных форм васкулогенной ЭД. Так, область исследования при ультразвуковой доплерографии полового члена ограничена ножками полового члена; конвенциональная кавернозография не может быть оцифрована, также отсутствует возможность построения трехмерных изображений. При этом частота ложноположительных результатов при использовании перечисленных методик доходит до 20–25 %.

Исследования в направлении улучшения лучевой диагностики ЭД проводились не только нами. Д.Г. Курбатов и соавт. в 2008 г. опубликовали исследование, посвященное магнитно-резонансной томографии в сочетании с динамической инфузионной фармакокавернозометрией. В Японии Y. Kawanishi et al. в 2011 г. описали трехмерную компьютерную кавернозографию у претендентов на перевязку глубоких дорсальных вен. В Иране было



Рис. 1. Дистальный сброс крови из кавернозных тел



Рис. 2. Проксимальный сброс крови из кавернозных тел

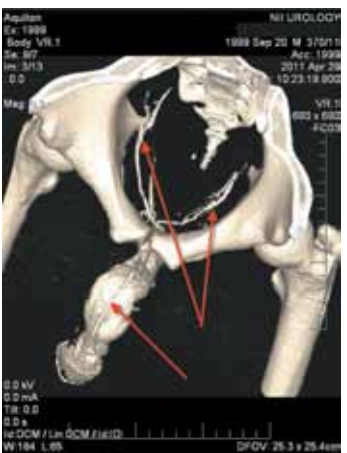


Рис. 3. Смешанный тип сброса крови из кавернозных тел



Рис. 4. Смешанный тип сброса крови из кавернозных тел

опубликовано исследование о применении компьютерной кавернозографии у пациентов с подозрением на вено-окклюзивную ЭД.

Многочисленные исследования эффективности различных диагностических техник, применяемых для диагностики веногенной ЭД, свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования методов визуализации для уточнения всех возможных направлений ПВД, в том числе и резидуальных вен кавернозных тел.

Собственное исследование

На базе ФГБУ «НИИ урологии» (Москва) группой авторов было проведено исследование значимости динамической компьютерной фармакокавернозографии в топической диагностике различных вариантов васкулогенной ЭД, связанной с нарушением венозных механизмов формирования эрекции. Исследование было проведено на 88 мужчинах с подозрением на ПВД. Средний возраст составил 39,7 ± 6,8 года. Динамическая компьютерная кавернозография применялась нами для подтверждения диагноза вено-окклюзивной ЭД, кроме того, целью данного исследования было определение состояния кавернозных тел и визуализация венозных сосудов, по которым преимущественно происходит сброс крови из кавернозных тел. Классифицируется венозная «утечка» на основании преобладающего пути венозного оттока. Выделяют 3 типа сброса крови из кавернозных тел: дистальный сброс – по системе глубокой дорсальной вены (рис. 1), проксимальный сброс – по глубоким пенильным венам (рис. 2), и смешанный тип сброса крови (рис. 3, 4).

Для выполнения динамической компьютерной фармакокавернозографии пациент располагается на столе компьютерного томографа на спине с запрокинутыми за голову руками. Сканирование пациента проводится в нативную фазу от крыльев подвздошной кости до уровня головки полового члена с задержкой дыхания на вдохе. После этого выполняется интракавернозная инъекция вазоактивного препарата (Алпростадил,

10 мкг) и проводится фармакодуплерография сосудов полового члена. По результатам сканирования в нативную фазу выставляется область исследования (от свода мочевого пузыря до головки полового члена). При достижении максимального фармакологического ответа (под контролем ультразвукового доплеровского исследования) в кавернозные тела вводится неионосодержащее низкоосмолярное рентгеноконтрастное вещество йопамидол или йодиксанол 10 мл, разведенное в 40 мл физиологического раствора.

Использование данной концентрации позволяет, с одной стороны, оптимально контрастировать кавернозные тела, избегая эффекта «переконтрастирования», с другой стороны, уменьшить травматизацию эпителия кавернозной ткани высокоосмотическими растворами, к группе которых относятся используемые контрастные препараты. При введении ½ объема запускается программа сканирования, с последующим введением оставшейся ½ объема. Последующее сканирование проводят через 50 с после кавернозографии. Исследование выполняется по протоколу Pelvis NCT Native; 120 KV; 60 mA; Rot. Time 0,5. Обработка полученных данных с последующим моделированием (MPR и 3D-реконструкцией в программе ангиографии).

Распечатка полученных данных на пленку и/или запись на CD/DVD-диски. В «костном» режиме оценивается состояние костно-суставной системы на исследуемых уровнях с наложением сосудистой фазы.

Показаниями к выполнению динамической компьютерной фармакокавернозографии являлись неэффективность консервативной терапии в течение 6 мес, планирование хирургического лечения. Как и любая диагностическая манипуляция, динамическая компьютерная кавернозография имеет ряд противопоказаний. Абсолютными противопоказаниями являются: аллергические реакции на йодсодержащие препараты; заболевания, сопровождающиеся нарушением свертываемости крови; воспалительные процессы в кавернозных телах; уретрокавернозная

фистула; гиперазотемия (креатинин сыворотки > 130 мкм/л), бронхиальная астма тяжелого течения. Относительными противопоказаниями к проведению исследования являются: клаустрофобия, эпилепсия, шизофрения, крайне тяжелое состояние больного, невозможность для пациента сохранять неподвижность во время обследования.

Наши результаты

При обработке данных динамической кавернозографии были получены следующие результаты: венозная утечка подтверждена у 72 (81,8 %) пациентов, патологические шунты между спонгиозным телом полового члена и кавернозными телами у 26 (29,5 %), склерозирование кавернозных тел полового члена у 19 (21,5 %), болезнь Пейрони выявлена у 1 (1,14 %), патологическое строение кавернозного бассейна полового члена у 13 (14,8 %) пациентов. Сочетанные патологические состояния наблюдалась у 57 (64,8 %) больных (см. табл. 1).

Как следует из данных, представленных в табл. 1, наибольшая доля встречающихся патологических состояний кавернозного бассейна – венозный сброс в подвздошные вены малого таза (55,7 %), второй по распространенности – в эпигастральные вены (18,18 %). В течение исследования проводилось сравнение диагностической ценности динамической компьютерной фармакокавернозографии с другими методами исследования состояния сосудов полового члена. Мы получили следующие результаты сравнения (табл. 2).

Как видно из табл. 2, среди имеющихся на сегодняшний день методов диагностики веногенной ЭД динамическая компьютерная фармакокавернозография имеет наилучшие показатели чувствительности, специфичности и других характеристик, определяющих диагностическую ценность метода.

Е.А. Ефремов, О.Б. Жуков, С.Н. Щербинин, Я.И. Мельник, С.С. Красняк, В.В. Симаков, А.М. Ульбашев, ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России

Таблица 1. Выявленные коллекторы патологического венозного сброса крови из кавернозного бассейна полового члена при ЭД

| Патологические состояния кавернозного бассейна полового члена            | Число пациентов |       |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|
|                                                                          | абс.            | %     |
| Подвздошные вены малого таза                                             | 49              | 55,7  |
| Эпигастральные вены                                                      | 16              | 18,18 |
| Выраженный кавернозный фиброз                                            | 12              | 13,61 |
| Смешанный вариант утечки: подвздошные + эпигастральные венозные бассейны | 11              | 12,51 |
| Всего                                                                    | 88              | 100   |

Таблица 2. Нормативные показатели некоторых составляющих МС, достижение которых повышает эффективность терапии ЭД ингибиторами ФДЭ-5

| Метод | Чувствительность, % | Специфичность, % | ППЗ, % | ОПЗ, % |
|-------|---------------------|------------------|--------|--------|
| ФДГ   | 71                  | 85               | 96     | 26     |
| ФКТ   | 73                  | 93               | 92     | 29     |
| ДКФКТ | 96                  | 98               | 98     | 97     |

Примечание. ФДГ – фармакодуплерография, ФКТ – фармакокавернозография, ДКФКТ – динамическая компьютерная кавернозография, ППЗ – положительная прогностическая значимость, ОПЗ – отрицательная прогностическая значимость.



# Репродуктивная функция у мужчин, находившихся в 500-суточной экспериментальной изоляции



**Валерий Васильевич Евдокимов**  
Д.м.н., гл. научн. сотрудник  
ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России  
info@urotoday.ru



**Андрей Владимирович Сныков**  
К.м.н., первый зам. директора  
по научной работе  
ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России  
uroinfo@yandex.ru

Увеличение продолжительности космических полетов, необходимость поддержания здоровья и высокой работоспособности испытуемых ставят вопрос об изучении состояния репродуктивной функции в указанных условиях.

Информация о влиянии длительной изоляции в гермообъекте на репродуктивную систему мужчин весьма ограничена. Ранее у нас в стране проводились отдельные модельные исследования (в 1969 г., в 1998–1999 гг.) длительной (в течение 2 мес) гипокинезии и ее влияния на репродуктивную функцию мужчин. Результаты показали, что в эякуляте мужчин на фоне нормальных значений концентрации половых гормонов в крови отмечено снижение подвижности сперматозоидов и их жизнеспособности после завершения срока изоляции. При этом выявлено, что изменения сохранялись в течение нескольких недель после окончания эксперимента, в последующем происходило их восстановление до уровня, близкого к исходному.

В других сериях модельных исследований в условиях изоляции (110 и 150 сут) обнаружено уменьшение объема эякулята, концентрации сперматозоидов и подвижности клеток с одновременным повышением числа незрелых половых клеток, что, вероятно, указывает на некоторое усиление деструкции в сперматогенном эпителии. Выявленные отклонения параметров эякулята от исходного уровня протекали на фоне увеличения объема предстательной железы и семенных пузырьков.

Все эти знания необходимы для решения задач авиакосмической и экологической медицины.

На базе НИИ урологии Минздрава России и ГНЦ РФ – Института медико-биологических проблем РАН было проведено уникальное исследование по изучению функционального состояния мужской репродуктивной системы во время **500-суточного (!) пребывания** в условиях наземного гермообъекта.

В исследовании приняли участие 6 практически здоровых мужчин добровольцев в возрасте от 26 лет до 41 года. Двое из них состояли в браке, один из них имел двух здоровых детей. Остальные были холосты.

В течение 500 суток обследуемые мужчины находились в гермообъекте в условиях, имитирующих пилотируемый полет с выполнением режима профилактических физических тренировок.

Оценка мужской половой функции проводилась по критериям BSF 1. Секрет простаты исследовали методом световой микроскопии. Исключалось наличие инфекций, передающихся половым путем. УЗИ предстательной железы, семенных пузырьков и яичек с придатками проводили на приборе ALOKA 1500. При получении спермы использовали общепринятый способ с визуальной стимуляцией. Передача биоматериала осуществлялась через шлюз и в течение 1,5 ч эякулят доставляли в лабораторию НИИ урологии, где проводили его исследование на световом микроскопе с увеличением  $\times 400$ . Параметры сперматогенеза оценивали, основываясь на рекомендациях ВОЗ 4-й редакции.

Что же показало исследование?

У всех 6 испытуемых мужчин до начала проведения эксперимента не было выявлено особенностей при андрологическом и урологическом обследовании.

**Небольшое число наблюдений в обеих группах, находившихся в условиях изоляции, не позволяет делать безапелляционные выводы. Однако уникальность исследований и обнаруженные тенденции изменений репродуктивной функции дают возможность обосновать необходимость продолжения наблюдений в аналогичных исследованиях, а также при обследовании контингентов мужчин, пребывающих в условиях длительной изоляции: полярники, подводники и т. п.**

Среднегрупповые показатели сперматогенеза до модельной изоляции не отличались от нормативов ВОЗ. Анализ полученных результатов после 500 суток изоляции показал достоверное изменение только 2 параметров:

- снижение числа живых сперматозоидов на 15 %;
- уменьшение нормальных форм сперматозоидов на 26 %.

**Длительное изменение регулярного физиологического полового ритма оказывает негативное влияние на морфологию сперматозоидов, что компенсируется увеличением количества половых клеток.**

Отмечено также незначительное увеличение концентрации сперматозоидов и объема эякулята и уменьшение подвижности сперматозоидов и содержания лецитиновых зерен в эякуляте.

При трактовке этих результатов можно опираться на основную, по нашему мнению, фактор – это длительная изоляция в условиях ограниченного пространства с нарушением привычного темпа жизни. Полученные данные свидетельствуют о том, что длительное изменение регулярного физиологического полового ритма оказывает негативное влияние на морфологию сперматозоидов, и это компенсируется увеличением количества половых клеток.

Оценивая полученные результаты, следует обратить внимание на то, что группа состояла из мужчин, прошедших строгий медицинский отбор, т. е. физически и репродуктивно здоровых.

Изменения спермограммы в этом исследовании были значительно заметнее, чем в других исследованиях. Так, например, при антиоростатической гипокинезии (АНОГ) в течение **2 мес (61 сутки)** при сохранении нормальных значений концентрации половых гормонов в крови отмечено снижение числа живых и активно-

подвижных сперматозоидов с одновременным увеличением количества патологических форм сперматозоидов и уменьшением объема эякулята. Эти изменения сохранялись в течение нескольких недель после завершения испытаний, затем происходило восстановление параметров до уровня, близкого к исходному.

Пребывание в условиях длительной изоляции (**240 суток**) у 4 испытуемых показало значительные отклонения основных параметров сперматогенеза. К 110 и 150 суткам пребывания в условиях половой дизритмии отмечено снижение активно-подвижной фракции сперматозоидов. К 240 суткам изоляции в гермообъекте происходило дальнейшее снижение общей подвижности и отдельных фракций сперматозоидов при уменьшении объема эякулята и концентрации клеток. При этом морфологические параметры сперматозоидов достоверно не изменялись, но прослежена тенденция к повышению патологических форм сперматозоидов.

Результаты биохимических тестов показали снижение концентрации лимонной кислоты и повышение числа лецитиновых зерен, что отражало застойные явления в предстательной железе и нашло подтверждение при УЗИ половых желез: отмечена умеренная гипоксигенность ткани железы, расширение семенных пузырьков и незначительное увеличение объема предстательной железы.

Сравнение результатов состояния репродуктивной функции у испытуемых, находившихся в условиях изоляции в течение **105 суток**, показывает сходные уровни параметров сперматогенеза.

**Длительные полеты вызывают и функциональные, и морфологические изменения, ведущие к развитию анемии, которая влечет за собой понижение переносимости физических и ортостатических нагрузок.**

После завершения эксперимента по общегрупповым показателям было отмечено незначительное увеличение объема эякулята, существенное повышение концентрации сперматозоидов и одновременно происходило достоверное уменьшение нормальных форм сперматозоидов. Уровень подвижности также не изменялся, оставаясь в пределах нормального.

При наблюдении за состоянием космонавтов известно, что краткосрочные полеты (до 18 суток) приводят к незначительным функциональным сдвигам в гемопоэзе, не нуждающимся в длительном периоде реабилитации. Длительные полеты вызывают и функциональные, и морфологические изменения,

ведущие к развитию анемии: уменьшаются синтез гемоглобина, изменяются формы эритроцитов с ранним их разрушением и удалением из кровяного русла, снижение запасов железа в тканях (до 10 %).



За работой

Анемия неизбежно приводит к понижению переносимости физических и ортостатических нагрузок. Несмотря на существование гематотестикулярного барьера, такие изменения в реакциях кроветворения могут влиять на репродуктивную функцию, вызывая нарушения фертильных свойств сперматозоидов, что обнаружено в данном эксперименте.

Небольшое число наблюдений в обеих группах, находившихся в условиях изоляции, не позволяет делать безапелляционные выводы. Однако уникальность исследований и обнаруженные тенденции изменений репродуктивной функции дают возможность обосновать необходимость продолжения наблюдений в аналогичных исследованиях, а также при обследовании контингентов мужчин, пребывающих в условиях длительной изоляции: полярники, подводники и т. п.

Для получения информации о состоянии компенсаторных резервных механизмов репродуктивной системы необходимо проводить андрологическое обследование, включающее оценку сперматогенеза, гормональный профиль, УЗИ предстательной железы, семенных пузырьков и органов мошонки через 3 и 6 мес после окончания эксперимента.

Полученные в ходе испытаний данные важны для клинической и экспериментальной медицины, а также свидетельствуют о целесообразности разработки перспективной программы по изучению механизмов выявленных изменений на разных уровнях – органных и клеточных – и возможности использования имеющихся фармацевтических препаратов, влияющих на параметры сперматогенеза.

Результаты модельных экспериментов показали существенные отклонения в важных параметрах сперматогенеза, особенно значительным было увеличение патологических форм сперматозоидов, что следует учитывать в последующих проектах, предусматривающих длительную изоляцию.



Профилактика послеоперационной задержки мочеиспускания после урологических операций



Леонид Михайлович Рапопорт  
Дмн., проф. каф. урологии, зам. дир. по леч. раб. НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, 1-й МГМУ им. И.М. Сеченова  
info@urotoday.ru

Каждый уролог и хирург в своей практике встречался с острой задержкой мочеиспускания (ОЗМ). Факторы риска общезвестны – пожилой возраст, заболевания нижних мочевых путей, увеличение предстательной железы и развивающееся вследствие этого снижение скорости мочеиспускания. ОЗМ часто развивается в раннем послеоперационном периоде после операций урологического и хирургического профиля. В настоящее время послеоперационная ОЗМ определяется как состояние, при котором пациент не может самостоятельно помочиться в течение 6–10 ч после операции. При этом обязательно должен пальпироваться переполненный мочевой пузырь, либо визуализироваться при ультразвуковом исследовании. Как избежать этого осложнения при разных видах хирургических вмешательств, мы спросили у д.м.н., профессора Леонида Михайловича Рапопорта (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва).

– Как часто возникает острая задержка мочеиспускания в послеоперационном периоде? Существует ли какая-то статистика?  
Данные о частоте этого явления противоречивы у разных авторов – так, например, в 1990 г. D. Kemp и N. Tabaka отметили возникновение ОЗМ у 61 % своих пациентов, по данным R.K. Finley Jr – у 0,2–13 % пациентов, по данным K. Stricker и W. Steiner – у 20 % пациентов, прооперированных по поводу хирургических заболеваний. В исследовании Olmsted County Study, включавшем в себя 2115 мужчин (возраст 49–70 лет), частота развития ОЗМ составила 6,8 на 1000 чел. в год (см. таблицу).

Объясняется это анатомической обструкцией, гипертонусом гладких миоцитов и энергетическим дисбалансом детрузора. Возникновение стойкого спазма гладкомышечных структур простаты, шейки мочевого пузыря и простатического отдела мочеиспускательного канала вследствие повышения функциональной активности  $\alpha_1$ -адренорецепторов лежит в основе так называемого динамического компонента инфравезикальной обструкции. Стимуляция  $\alpha_1$ -адренорецепторов, вызванная перерастяжением детрузора, наряду с вторичным снижением внутрипузырного давления приводит к дальнейшему развитию и сохранению ОЗМ.

Вероятность развития ОЗМ у мужчин в возрасте старше 70 лет в 8 раз выше, чем у 40-летних (M.J. Marberger, 2000).

– Как избежать развития ОЗМ?  
Самым доказанным средством является применение  $\alpha_1$ -адреноблокаторов. Их можно применять как после развития ОЗМ для улучшения исхода катетеризации мочевого пузыря, так и профилактически. В последнем случае прием  $\alpha_1$ -адреноблокаторов за 5 дней до и 3 дня после оперативных вмешательств у больных аденомой предстательной железы, оперированных на других органах, позволяет уменьшить риск развития ОЗМ в послеоперационном периоде с 17 до 2,3 %.

– Применяете ли Вы в своей практике профилактический прием  $\alpha_1$ -адреноблокаторов у пациентов – кандидатов на оперативное лечение? Какие  $\alpha_1$ -адреноблокаторы Вы бы рекомендовали?  
Да, конечно, мы применяем этот метод. Более того, в клинике Первого МГМУ им. И.М. Сеченова в период с сентября 2008 г. по март 2010 г. было проведено клиническое исследование по изучению эффективности и безопасности применения в качестве предоперационной подготовки препарата тамсулозин (Сонизин). В исследовании участвовали 151 мужчина в возрасте от 22 до 80 лет, которым были выполнены те или иные операции на мочеполовых органах.

Наибольшее количество случаев ишурии, что было вполне прогнозируемым, возникло у пациентов старшей возрастной группы (27 %), у молодых пациентов этот показатель составил 4,6 %.

– Была ли зависимость развития ОЗМ от диагноза, по поводу которого выполнялось оперативное лечение?  
Да, мы отметили, что у пациентов с установленным диагнозом аденомы или РПЖ ОЗМ встречалась чаще, чем при других нозологиях (7 и 3 больных соответственно).

Частота причин возникновения острой задержки мочи у мужчин (по S. Choong, M. Emberton, 2000)

| Причина                                | %    |
|----------------------------------------|------|
| ДТПЖ                                   | 53,0 |
| Запоры                                 | 7,5  |
| РПЖ                                    | 7,0  |
| Стриктура уретры                       | 3,5  |
| Гемотампонада мочевого пузыря          | 3,0  |
| Неврологические заболевания            | 2,0  |
| Послеоперационная ОЗМ                  | 2,0  |
| Камни мочевых путей                    | 2,0  |
| Действие лекарственных препаратов      | 2,0  |
| Инфекционно-воспалительные заболевания | 2,0  |
| Иные причины, в т. ч. неустановленные  | 16,0 |

соких доз противоречит инструкции по применению этих препаратов.

**Вывод**  
В настоящее время в России большим доступны несколько  $\alpha_1$ -адреноблокаторов. Сравнительные исследования во многих урологических клиниках мира доказали их практически равную эффективность. Подбор оптимального препарата этой группы определяется не степенью его воздействия на симптомы, а в основном удобством использования, частотой побочных эффектов и доступностью для пациентов.

Беседовала Виктория Шадёркина, врач-уролог

Зарубежные урологи считают, что частота послеоперационной задержки мочеиспускания зависит от вида операции (а также оперативного доступа) и варьирует от 4 до 25 %.

– Какие же оперативные вмешательства чаще всего осложняются ОЗМ?  
Как правило, это оперативные вмешательства на органах малого таза. Причиной ОЗМ в послеоперационном периоде становятся доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), рак предстательной железы (РПЖ).

– Каков механизм развития ОЗМ?  
Одной из причин, приводящих к ОЗМ, является перерастяжение стенки мочевого пузыря. Подобный механизм наиболее часто имеет место после проводимых под наркозом оперативных вмешательств, при которых мочевой пузырь не был дренирован уретральным катетером, или в послеоперационном периоде при слишком раннем удалении катетера. Развитию ишурии в подобных наблюдениях нередко способствуют введение препаратов из группы М-холиноблокаторов, а также повышение симпатического тонуса в результате оперативного вмешательства.

– Чем можно объяснить эти нарушения?

– Почему именно Сонизин?  
Выбор препарата не случаен. Тамсулозин (Сонизин) уроселективен, не требует титрования дозы, совместим с другими препаратами, положительно влияет на сексуальную функцию, эффективен при различных объемах предстательной железы, не влияет на уровень простатспецифического антигена.

– В чем заключалось исследование?  
Пациенты были разделены на 2 группы: основную (77 больных), в которой проводилась предоперационная подготовка тамсулозином (Сонизин) 0,4 мг в течение 5 дней до операции и 3 дней после нее, и контрольную (74 пациента), в которой терапия  $\alpha_1$ -блокатором не проводилась. Результаты исследования были проанализированы и разделены для пациентов младше 50 лет и для пациентов старше этого возраста.

Мы отметили, что в группе пациентов, принимавших Сонизин, послеоперационная ишурия после удаления катетера возникла у 3 % пациентов, в то время как в контрольной группе – у 17 %.

СОНИЗИН<sup>®</sup>

тамсулозин

Как раньше ... ЛЕГКО!

- Быстро устраняет дизурию
- Не влияет на АД
- Не требует подбора дозы

ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия): г. Москва 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8, Тел.: (495) 363-3950, Факс: (495) 363-3949, e-mail: centr@ig-richter.ru www.g-richter.ru



# Пациент с эректильной дисфункцией: как помочь?



**Михаил  
Иосифович  
Коган**

Д.м.н., проф.,  
директор НИИ урологии  
и нефрологии РостГМУ  
dept\_kogan@mail.ru

Ко мне обратился пациент Леонид, 37 лет, имеющий среднетехническое образование и работающий на одном из заводов г. Ростов-на-Дону.

## Визит первый

Жалобы: ослабление эректильной функции (ЭФ), сокращение длительности полового акта и снижение полового влечения.

Собрать сексуальный анамнез – первый шаг, который я должен сделать при оценке эректильной дисфункции (ЭД), но прежде чем говорить на эту тему, необходимо создать пациенту благоприятную обстановку для доверительного разговора. Некоторые мужчины-пациенты могут говорить открыто о своей сексуальной функции в присутствии других медицинских работников, иные – желают разговора наедине с врачом, поэтому мои первые вопросы всегда уточняют позицию пациента. В данном случае присутствовали 3 клинических ординатора, которым я хотел показать тонкости сбора сексуального анамнеза.

Первый вопрос больному с моей стороны всегда звучит примерно так «Какое отклонение от нормальной половой жизни было первым: нарушение эрекции (напряжения) полового члена, сокращение длительности полового акта или снижение полового влечения?» Пациент ответил: «Нарушение эрекции». Для меня это очень важный ответ, значит, на самом деле имеет место случай ЭД со своими корневыми причинами возникновения. Но если бы больной заявил, что первым симптомом явилась преждевременная эякуляция (ПЭ), а позднее (через 1, 2, 3 месяца) присоединилась ЭД, то тогда бы это расстройство ЭФ пришлось бы трактовать как вторичное, т. е. обусловленное первичным расстройством, т. е. ПЭ. И в такой ситуации я должен был бы изучать анамнез ПЭ, исследовать ее причины и только потом заняться пониманием природы ЭД. То же самое относится и к возможному первичному нарушению полового влечения и вторичному расстройству ЭФ. Естественно, что в такой ситуации мое изучение истории сексуальной дисфункции началось бы тогда с оценки либидо: когда возникло, как развивалось и т. д. Итак, мой пациент отметил ЭД как первый симптом – и это именно тот случай, который я хотел бы исследовать в настоящей публикации.

Далее пациент сообщил мне, что ослабление ЭФ было замечено 6 месяцев тому назад при очередном половом акте. Больной к тому времени 12 лет состоял в первом браке, имел регулярные половые отношения (2–4 раза в неделю) с женой, которая ему нравилась. Ослабление эрекции было отмечено после периода интимных ласк, но интроекция состоялась, после чего эрекция при фрикциях усилилась, и половой акт в дальнейшем прошел без проблем. Следующий половой акт оказался нормальным. А вот затем каждый последующий проходил с исходно вялой эрекцией, однако еще в течение 4 месяцев интроекции удавались. Правда, половые акты стали возможными 1–2 раза в неделю, длительность их стала сокращаться до 2–3 мин фрикций (исходно – 7–10 мин). Последующие 2 месяца стали серьезным испытанием для сексуальной пары, интроекции удались всего трижды за это время, фрикции длились 1,5–2 мин при вялом половом члене. Пациент обратил внимание на неприятное чувство

страха за свою мужскую судьбу, потерю интереса к половой близости, неуверенность перед женой и чувство стыда за свою несостоятельность. Какого-либо разговора с женой опасался. Но созрел для визита к врачу, коим оказался я.

Итак, я уточнил, что уже около 5 месяцев не было ни одной полноценной адекватной эрекции, длительность полового акта сократилась до 1–2 мин, и при набухании половой член перестал приносить оргазм партнерше. И у пациента оргазм стал «бледным». Спонтанные эрекции последние 3–4 месяца были редкими (1–2 раза в месяц) и ригидности не достигали. Иными словами, больной быстро (в течение полугода) практически полностью утратил способность к полноценному вагинальному половому акту.

Конечно, я приободрил пациента, сказав ему, что не все потеряно, правда, ЭФ снижена существенно, но все-таки набухание есть, а раз оно есть, значит и сосуды полового члена реально работают, ослабленно, но кровоток все-таки может иметь резервы своего усиления.

С учетом существующего стандарта я предложил больному заполнить анкету МИЭФ (Международный индекс эректильной функции). После разговора со мной ему было нетрудно это сделать. Я понимал, что индекс будет на уровне тяжелого поражения ЭФ, и в данном конкретном случае мне необходимо было узнать показатель МИЭФ для оценки динамики лечения. За 15 мин анкета была заполнена: индекс оказался равен 9 баллам. Я объяснил больному тяжесть утраты ЭФ, но повторно твердо уверил его в возможности лечения и улучшения качества эрекции.

Никаких коморбидных состояний у больного не выявил.

Затем провел обязательное физикальное обследование.

- Осмотр и пальпация наружных половых органов.  
Длина полового члена у больного в покое оказалась 14 см, что дало мне возможность сделать пациенту комплимент (средняя европейская норма около 10 см). Никаких деформаций не было обнаружено.
- Осмотр и пальпация простаты.  
Нормальные данные со стороны железы, нормальный тонус анального сфинктера.
- Признаки гипогонадизма отсутствовали.
- Измерение АД (135/85 мм рт. ст.) и пульса (68 уд/мин).

Далее мною были назначены лабораторные исследования:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- глюкоза крови;
- липидограмма крови;
- тестостерон крови общий и свободный.

На этом первый визит, длившийся 45 мин, был завершен, я попросил больного прийти ко мне на прием через 3 дня с результатами исследований, а кроме того, дал совет поговорить с женой относительно визита к урологу, который он (больной) рассматривает как весьма оптимистичный, и непременно попросить ее сопроводить его.

## Визит второй

Настроение больного несколько лучше, улыбки нет, но губы уже не скаты. Глаза у жены напряжены, тревожны. Я попросил Леонида приготовить анализы и оставить меня наедине с женой. Одето просто, со вкусом, миловидная, работает учительницей в начальной школе, имеет в браке с Леонидом двоих детей. К сексуальной проблеме, возникшей в семье 6 месяцев назад, относится спокойно, уважительна к мужу, готова

отреагировать с пониманием на любые мои врачебные идеи. Считает, что у нее с мужем хорошие человеческие отношения, и надеется на полное разрешение сексуальной проблемы.

В результатах лабораторного исследования все было в норме за исключением данных липидограммы, где были определены признаки дислипидемии типа IIa. Повторное измерение АД – 140/90 мм рт. ст. Расспрос относительно возможных симптомов стенокардии, головных болей, головокружений и т. д. ничего не дал. Тем не менее я решил проконсультировать Леонида у кардиолога: ЭД по симптомам развития более всего походила на сосудистую ЭД, а нам уже более 10 лет известна связь ЭД и сердечно-сосудистых заболеваний. Я объяснил пациенту необходимость тщательного обследования сердечно-сосудистой системы, и он без энтузиазма отправился к кардиологу.

## Визит третий

Через 2 недели Леонид пришел с заключением, из которого следовало, что при коронарографии были выявлены 2 коротких стеноза в руслах левой коронарной артерии, суживающие просвет сосудов < 50 %. Подтверждена артериальная гипертензия, дислипидемия. В общем, метаболический синдром. Я, честно говоря, внутри себя порадовался за эти диагностические приобретения, которые в очередной раз показали, что ЭД является маркером сосудистой патологии и может служить ее первым серьезным клиническим симптомом, т. е. быть диагностическим маркером и сосудистых болезней сердца, мозга и т. д.

Лечение, рекомендации по образу жизни были назначены кардиологом, они были понятны мне и больному, и с моей стороны не было никаких препятствий к назначению терапии ЭД.

Так как пациенту не были назначены нитраты, не было никаких противопоказаний к назначению ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа (иФДЭ-5). С 1999 г. я широко использую в своей клинической практике силденафила цитрат, т. е. Виагру. Это был первый пероральный препарат в мире для терапии ЭД, который революционизировал ее лечение. С тех пор наша кафедра участвовала в 8 многоцентровых всемирных и российских исследованиях Виагры. Конечно, опыт, накопленный за истекшие годы, позволил мне и множеству моих коллег убедиться в клинической эффективности и безопасности силденафила. С появлением в последующем (в 2003 г. и позднее) других иФДЭ-5 (тадалафил, варденафил, уденафил) опыт расширился, появилось представление о некоторых преимуществах и слабых сторонах каждого из ингибиторов.

Колоссальный планетарный опыт применения Виагры убедил врачебную общественность в ее клинической безопасности. Поэтому всякий раз каждому пациенту с ЭД я рекомендую к лечению Виагру 50 мг. И Леониду я предложил 2 дозы по 50 мг применить в ближайшие дни с интервалом 2–3 дня, а затем принять 3-ю таблетку 100 мг с таким же интервалом. Я уточнил время приема до предполагаемой близости (за 40–50 мин), но пояснил, что действие препарата может проявиться и быстрее, уже через 15–20 мин после приема, поэтому при развитии эрекции в более ранние сроки не стоит ждать. С тем я и расстался с Леонидом, объяснив ему, что ЭД носит сосудистое (артериальное) происхождение, что поражение сосудов полового члена аналогично процессу в коронарных артериях и что Виагра – это сосудистый селективный препарат для полового члена, вызывающий моделирование эрекции.

## Визит четвертый

Через неделю Леонид по телефону сообщил, что Виагра 50 мг обеспечила неполную эрекцию, интроекция дважды была успешной и по-

ловой акт после 5 мин фрикций завершился обоюдным оргазмом. Прием Виагры 100 мг вызвал полноценную эрекцию, и половой акт не уступал по качеству половой жизни до развития ЭД. Из нежелательных явлений наблюдалась каждый раз небольшая гиперемия кожи лица, но она не влияла на настроение больного. Леонид, в целом, был доволен достигнутым результатом по восстановлению способности к вагинальному половому акту. Я порекомендовал продолжить прием Виагры 100 мг с частотой не более 1 таблетки в день.

## Визит пятый

Через 6 месяцев Леонид при очном посещении рассказал, что его половая жизнь полностью наладилась, восстановился приемлемый ритм половых отношений (2 раза в неделю), длительность полового акта вернулась на предболезненный уровень. У него и у жены нормальное настроение, ровный порядок жизни. Больной наблюдается у кардиолога: артериальное давление удалось нормализовать приемом одного препарата (валсартан 160 мг), показатели липидограммы улучшились, но не нормализовались (розувастатин 20 мг).

## Послесловие

Через 5 лет совершенно случайно от врача-кардиолога я узнал, что у Леонида прогрессировал один из стенозов в левой коронарной артерии, он стал симптомным, и Леониду был установлен коронарный стент. Операция прошла удачно 3 месяца тому назад. «А что же с половой функцией?» – спросил я у кардиолога. Как и 5 лет тому назад, эта функция моего друга-кардиолога не интересовала. «Ну что ж, – решил я, – значит, эта функция не беспокоит больного, иначе бы он пришел ко мне». Я тогда ошибся, не узнал об этом только через 2 года, когда Леонид появился в моем офисе, т. е. спустя 7 лет после первого визита, чуть постаревший, с сединой в волосах, и заявил, что Виагра перестала помогать уже в те времена, когда поставили коронарный стент, что розувастатин он принимал только 6 месяцев, за артериальным давлением следить перестал и к кардиологу больше не обращался. Пил лишь одну Виагру. «А почему после стентирования ко мне не пришел, ведь Виагра уже не помогала?» – спросил я. «А я подумал, что скоро умру», – ответил он. «Но вот 2 года прошло, а не умер, может, надо вернуться к сексу?» – неуверенно заявил Леонид. «Ну что же, давай вернемся», – ответил я. И через 2 месяца сделал ему имплантацию пенильных протезов по поводу кавернозного фиброза.

Через год после операции я получил письмо, в котором Леонид сообщил, что половая жизнь его устраивает, жена любит, дети выросли, сердце не болит и жить ему хочется...

**P. S.** *Сосудистая (артериальная) ЭД хорошо лечится с помощью иФДЭ-5. Но она не предупреждает прогрессию кавернозного фиброза, если больной не лечит метаболический синдром (его составляющие). У моего пациента, прекратившего терапию артериальной гипертензии и дислипидемии, прогрессировал атеросклероз коронарных, кавернозных и, возможно, других артерий (мозга, конечностей и т. д.). Больной недооценил риски прогрессии и в силу этого подвергся стентированию коронарной артерии и имплантации пенильных протезов. Моя радость и профессиональная гордость заключалась лишь в том, что пациент своевременно (в момент диагностики ЭД) прошел кардиологические обследования и возможно благодаря этому не получил инфаркт миокарда. Однако моя печаль состояла в том, что многие другие пациенты, как и Леонид, пренебрегают советами по лечению и утрачивают важные функции организма, в том числе ЭФ. А что же Виагра? Она в очередной раз доказала свою состоятельность.*



# И снова о самой главной функции – эректильной. Второй мастер-класс Х. Порста в России

Впервые в России в феврале текущего года состоялся международный мастер-класс по теме «Эректильная дисфункция», который был блестяще проведен лектором Оксфордского университета профессором Хартмутом Порстом (Гамбург, Германия). Ректорат Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского организовал работу научно-образовательного форума, в ходе которого совершенствовали свои знания более 300 специалистов: урологи, сексологи, эндокринологи и андрологи из 24 городов нашей страны.

Именно поэтому ведущий уролог Сибири – член президиума правления РОУ, председатель Алтайского общества урологов, заведующий кафедрой урологии и нефрологии АГМУ, д.м.н., профессор А.И. Неймарк – пригласил президента Европейской ассоциации по сексуальной медицине г-на Х. Порста для проведения подобного мастер-класса для урологов Сибири.

**Актуальность темы доказана веками**  
С приветственным словом выступил профессор, д.м.н. А.И. Неймарк. Он отметил, что проблема эректильной дисфункции (ЭД) не теряет своей актуальности на протяжении тысяч лет, а способы лечения, применяющиеся в течение этого времени, многочисленны и не всегда эффективны. Именно поэтому необходимы мастер-классы ведущих специалистов для обучения урологов и врачей смежных специальностей, чтобы с позиции доказательной медицины дать современное видение проблемы и методов ее устранения.

**Современные ингибиторы ФДЭ-5**  
Профессор Х. Порст в своем докладе особо отметил, что урологи – этот тот форпост, который первый сталкивается с данной категорией пациентов. Только 5–10 % больных на амбулаторном приеме у уролога способны заговорить с врачом о проблеме ЭД. Особенно это касается пациентов старшей возрастной группы, которые считают ЭД естественным процессом угасания мужской силы. Это мировая тенденция, и Германия не исключение. Поэтому необходимо научить урологов правильно задавать вопросы пациентам по поводу их половой жизни. Так, например, в Германии обязательными являются 2 вопроса:

- 1. Когда у вас последний раз был половой акт?
- 2. Довольны ли вы / ваша партнерша качеством полового акта?

Ответы на эти вопросы формируют у врача верное представление о половом статусе пациента.

Однако пациенты не всегда удовлетворены предлагаемыми методами устранения ЭД. Сексуальная жизнь в 50–60 % случаев характеризуется спонтанностью, и пациентов беспокоит зависимость проведения половых актов от времени приема лекарства. Поэтому важным представляется назначение препаратов длительного действия, ко-

торые больше отвечают потребностям сильного пола. Так, например, 36 % мужчин ожидают 36-часового периода действия препарата, еще 36 % – 24-часового, т. е. 72 % мужчин предпочитают препараты длительного действия и только 28 % хотят, чтобы препарат действовал около 8 часов. Большая продолжительность действия препарата позволяет мужскому полу чувствовать себя всегда в форме, не оглядываясь на часы.

Современный рынок лекарственных препаратов для лечения ЭД стремительно растет и является одним из самых быстрорастущих фармацевтических рынков в мире. В настоящее время представлены 4 ингибитора ФДЭ-5. Их некоторые фармакологические характеристики представлены в табл. 1. К препаратам длительного действия относится в том числе и уденафил (Зидена). Его действие начинается уже через 30 мин после приема и продолжается в течение 24 ч при наличии сексуальной стимуляции.

Особое преимущество уденафила заключается в его способности накапливаться в тканях предстательной железы по сравнению с другими ингибиторами ФДЭ-5 (см. табл. 2).

- Другими, не менее важными преимуществами уденафила являются следующие:
- не вызывает достоверного изменения систолического и диастолического давления в сравнении с плацебо в положении лежа и стоя;
  - не вызывает изменений распознавания цветов (голубой/зеленый);
  - не влияет на остроту зрения;
  - не выявлено клинически значимого влияния препарата на количество и концентрацию спермы, подвижность и морфологию сперматозоидов.

**Эффективность и безопасность ежедневного приема уденафила в лечении ЭД**  
Профессор Х. Порст отметил, что 5 мультицентровых рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований показали превосходные результаты в лечении ЭД. В этих исследованиях были задействованы 1109 пациентов, из которых 561 принимали Зидену, 548 были в контрольной группе. Исследовались дозировки: 100 мг, 200 мг (в качестве приема по требованию) и дозировки 25, 50 и 75 мг – ежедневный прием. Продолжительность исследования составила 12 нед. Оценка результатов проводилась по IIEF, SEP2 и SEP3 и GAQ (табл. 3).

Ежедневный прием, безусловно, является выходом для пациентов, которые предпочитают не планировать свою сексуальную активность, а быть готовыми к активности в любое удобное для них время. Результаты мультицентрового рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования показали достоверное улучшение для обеих доз (см. рисунок).

Таблица 1. Активность ингибиторов ФДЭ-5 у пациентов с симптомами нижних мочевых путей, обусловленными доброкачественной гиперплазией предстательной железы

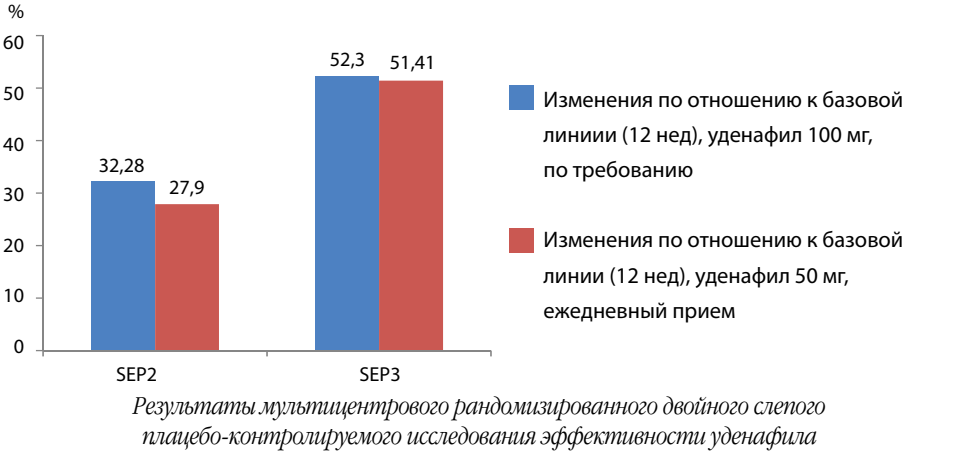
| Параметр                                          | Препараты длительного действия |                     | Препараты короткого действия |                      |
|---------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|------------------------------|----------------------|
|                                                   | Уденафил<br>Зидена             | Тадалафил<br>Сиалис | Варденафил<br>Левитра        | Силденафил<br>Виагра |
| Период полувыведения, ч                           | 11–13 ч                        | 17,5                | 4                            | 4                    |
| Изменение C <sub>max</sub><br>(прием жирной пищи) | нет                            | нет                 | снижение на 20 %             | снижение на 29 %     |

Таблица 2. Содержание уденафила в плазме и ткани предстательной железы

| Препарат  | Плазма,<br>нг/мл | Ткань предстательной<br>железы, нг/г | Соотношение<br>предстательная железа / плазма |
|-----------|------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Уденафил  | 436,7 ± 39,1     | 2028,6 ± 360,8                       | 4,4                                           |
| Тадалафил | 305,8 ± 41,1     | 385,7 ± 83,8                         | 1,3                                           |

Таблица 3. Результаты метаанализа терапии ЭД по сравнению с плацебо

| Параметры                            | Кол-во исследований | Число пациентов |         | Среднее значение изменений |
|--------------------------------------|---------------------|-----------------|---------|----------------------------|
|                                      |                     | Зидена          | плацебо |                            |
| Изменения от базовой линии IIEF ED   |                     |                 |         |                            |
| Зидена 100 мг                        | 3                   | 163             | 160     | 6,69                       |
| пациенты с артериальной гипертензией | 2                   | 188             | 171     | 5,69                       |
| пациенты с сахарным диабетом         | 2                   | 166             | 167     | 4,06                       |
| Зидена 100 мг, изменения SEP Q2      | 5                   | 561             | 548     | 22,14                      |
| Зидена 100 мг, изменения SEP Q3      | 5                   | 561             | 548     | 36,02                      |
| Изменения к нормальному уровню       | 3                   | 160             | 157     | 4,3                        |
| Ответ на вопрос GAQ                  | 3                   | 163             | 160     | в 2,46 раза                |



В заключение мастер-класса профессор Х. Порст отметил, что уденафил является уникальным препаратом будущего. Его ежедневный прием в дозе 50 мг в течение 12 нед значительно улучшает состояние пациентов с ЭД, поэтому может рассматриваться как дополнительный путь для лечения этого состояния.

Несомненно, 300 специалистов из 15 городов Сибири убедились в необходимости проведения мероприятий такого высочайшего уровня, как прошедший мастер-класс под руководством профессора Х. Порста.

Материал подготовила  
Виктория Шадёркина, врач-уролог

ПРАЗДНИК ЧУВСТВ

**Zydena®**  
уденафил

- Обеспечивает необходимую для эрекции твердость<sup>1</sup>
- Увеличивает способность сохранять и поддерживать эрекцию<sup>1</sup>
- Высокая эффективность и степень удовлетворённости пациентов<sup>1</sup>
- Оптимальная продолжительность действия<sup>2,3,4</sup>
- Высокий профиль безопасности в классе ингибиторов ФДЭ-5<sup>1,2,3,4</sup>

1. Отчет по клиническому исследованию: «рандомизированное, плацебо-контролируемое, двойное слепое исследование на параллельных группах с целью оценки безопасности и эффективности уденафила при использовании фиксированных доз у мужчин с эректильной дисфункцией легкой и средней степени [Фаза III, 2005]»  
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Зидена®  
3. Исследование «Рандомизированное, двойное слепое плацебо контролируемое исследование с целью оценки безопасности, переносимости и изучения фармакокинетики / фармакодинамики уденафила при однократном и многократном приеме с повышением дозы на последовательных группах у здоровых мужчин корейской национальности (Фаза I)»  
4. Paik JS, Kim SW, Yang DY et al., The efficacy and safety of udenafil, a new selective phosphodiesterase type 5 inhibitors, in patients with erectile dysfunction. J Sex Med. 2008 Apr; 5(4): 744-53



# Ключевые статьи из международных медицинских изданий



**Степан  
Сергеевич  
Красняк**

М.н.с. отдела андрологии  
и репродукции человека,  
врач-уролог  
ФГБУ «НИИ урологии»  
Минздрава России  
krasnyakss@mail.ru

## Лечение инфекции мочевыводящих путей без антибиотиков

Потенциально новый подход к лечению инфекций мочевыводящих путей (ИМВП), от которых страдают миллионы людей ежегодно, без применения традиционных антибиотиков был опубликован в «Журнале медицинской химии» Американского химического общества. Он включает в себя так называемые FimH-антагонисты, которые не являются антибиотиками и не будут способствовать усугублению растущей проблемы антибиотикорезистентности.

Бит Эрнст с коллегами объясняют, что антибиотики все же являются основным средством лечения ИМВП. Однако у бактерий развивается устойчивость к обычным антибиотикам с появлением «супербактерий», которые не поддаются лечению ни одним из самых новых мощных антибиотиков. Таким образом, ученые решили попробовать новый подход – разработать вещества, направленные на факторы вирулентности бактерий, препятствуя их адгезии к внутренней поверхности мочевого пузыря. Вследствие этого бактерии теряют способность к запуску инфекционного процесса. Кроме того, данный новый класс препаратов, как ожидается, будет снижать потенциал для возникновения резистентности.

Ученые описали разработку антимолекул адгезии, которые непосредственно вмешиваются в процесс адгезии микроорганизмов к клеткам мочевого пузыря. Самое мощное из веществ – индолилфенила маннозид – предотвращал манифестацию развивающейся ИМВП у мышей (дублеров для человека в таком эксперименте) более чем на 8 ч. В исследовании, проведенном *in vivo* с очень низкими дозами препарата (25 мкг на мышь), количество бактерий в мочевом пузыре животных снижалось почти в 10 000 раз, что сопоставимо со стандартным антибактериальным лечением ципрофлоксацином.

**Источник:** American Chemical Society. "Treating Urinary Tract Infections Without Antibiotics". Intl., 22 Jun 2012. Oct;60(4):796–808. Epub 2011 Jul 5

## Исследование пациентов с гидравлическими пенильными протезами: оценка длительности и частоты половых актов и анализ износостойкости имплантатов

Международная группа исследователей задалась целью определить, как долго после имплантации гидравлического эндофаллопротеза (ГЭФП) пациенты живут половой жизнью, а также выяснить частоту последующих сексуальных отношений. Исследователи также рассмотрели факторы «выживаемости» имплантатов для протезов AMS 700CX, Mentor Alpha 1 и Mentor Alpha Narrow Base. Для этого были обследованы люди, которым устанавливались ГЭФП, а также собиралась информация об их возвращении к половой жизни и частоте половых актов, а также оценивалась «выживаемость» устройств.

Первый этап включал в себя ретроспективный обзор 1298 операций по установке ГЭФП, выполненных одной бригадой хирургов с января 1992 по декабрь 1998 г. Второй этап включал в себя 330 пациентов, отобранных путем стратифицированной, систематической, случайной выборки из пациентов первого этапа. Данные были собраны путем интервьюирова-

ния по телефону с использованием опросника, содержащего 27 вопросов. Все пациенты были проинструктированы о необходимости 4-недельного ожидания перед использованием имплантатов и были обучены надуванию/сдуванию протезов во время послеоперационного визита спустя 4 недели после вмешательства.

## Ученые решили попробовать новый подход – разработать вещества, направленные на факторы вирулентности бактерий, препятствуя их адгезии к внутренней поверхности мочевого пузыря.

Среди субъектов I фазы уровень 5-летней приживаемости имплантатов составил 83 % (N = 1069) для ревизии ГЭФП по любым причинам. Из 330 пациентов II фазы с 248 (75 %) пациентами удалось наладить контакт, 199 (80 %) ответили на все вопросы при телефонном анкетировании, а 49 (20 %) пациентов ответили только на отдельные вопросы. Половая активность возобновлялась пациентами на 1–4-й неделе после операции в 41 % (78/190) случаев, на 5–6-й неделе – в 31 % (59/190), на 7–8-й неделе – в 16 % (30/190) и более чем через 8 недель – в 12 % (23/190) случаев. Более 60 % пациентов сообщили об использовании ГЭФП по крайней мере раз в неделю.

Таким образом, большинство пациентов возвращаются к сексуальной активности относительно быстро и достаточно часто используют протезы.

**Источник:** J Sex Med 2012;9:1715–21. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02729.x.

## Первичная профилактика мочекаменной болезни является экономически эффективной – данные национальной системы здравоохранения Франции

Одна из основных проблем мочекаменной болезни (МКБ) – это высокая частота рецидивов, которые могут встречаться у 50 % пациентов в течение 5-летнего периода. Больным с рецидивом образования камней рекомендуется увеличить объем потребляемой жидкости. Эта рекомендация дается на основе проспективных исследований, которые показывают снижение частоты рецидивов у пациентов, потреблявших увеличенные объемы воды.

Стратегии сокращения рецидива камнеобразования у пациентов весьма эффективны и характеризуются более чем 50 %-ным снижением риска рецидива только лишь при увеличении количества потребляемой жидкости. К сожалению, несмотря на высокую заболеваемость и большие социальные издержки, на данный момент нет проспективных исследований, оценивающих пользу потребления жидкости для предотвращения МКБ у пациентов без предшествующего анамнеза уролитиаза, но находящихся в группе высокого риска образования конкрементов.

Финансовый анализ показывает, что первичная профилактика уролитиаза может приводить к значительной экономии средств для плательщика в системе здравоохранения и значительно уменьшить экономическое бремя заболевания. Будущие исследования должны оценить возможность и эффективность такого подхода в популяции. Таким образом, перед учеными встал вопрос о влиянии первичной профилактики уролитиаза с использованием стратегии повышенного потребления жидкости.

Чтобы ответить на данный вопрос, группа исследователей из Франции применила модель Маркова и проанализировала ее с помощью программы Excel для расчета и сравнения затрат и результатов среди виртуальной когорты пациентов с низким потреблением воды против высокого потребления. После проведения литературного поиска в модель были введены данные о ежегодной заболеваемости МКБ в 0,032 %, ежегодном риске рецидива камнеобразования в 14,4 % и 40 %-ном снижении рис-

ка у пациентов с высоким потреблением воды. Данные о финансовых затратах были основаны на использовании инструментов панели Delphi и официальных прайс-листов на оказание медицинских услуг во Франции. Результаты включали прямые и косвенные затраты и потерю работы.

Анализ базового сценария показал, что общая стоимость случая МКБ составляет 4267 евро с прямыми затратами в размере 2767 евро, в том числе с расходами на лечение и устранение осложнений. Ежегодно влияние МКБ на бюджет с учетом 65 млн жителей составляет 590 млн евро.

Использование повышенного потребления воды у 100 % населения приведет к ежегодной экономии в размере 273 млн евро со снижением эпизодов камнеобразования на 9265 случаев.

делах 10 %. Например, когда заболеваемость МКБ увеличивается или уменьшается на 10 %, то средняя (диапазон значений) базовая стоимость будет меняться на 59 (53,1–64,9) млн евро, а экономия будет увеличиваться или уменьшаться по 27,0 (24,6–30) млн евро. Наибольшее влияние на экономию средств происходит при изменении снижения риска при потреблении повышенного количества воды на 10 %, в результате чего либо среднее (диапазон) увеличение, либо уменьшение затрат изменяется на 35 (23,8–30,8) млн евро. Изменение стоимости лечения случая МКБ на 10 % изменяет экономию на  $\pm$  17 млн евро. Изменение других факторов на 10 %, таких как частота рецидива камнеобразования, дает эффект только на  $\pm$  9 млн евро, а изменение заболеваемости хроническими заболеваниями почек изменяет экономическую выгоду на  $\pm$  1 млн евро, так как эти параметры затрагивают лишь часть населения. Экономический анализ французских ученых показал, что первичная профилактика МКБ может привести к значительной экономии средств в системе здравоохранения и значительно уменьшить экономическое бремя данного заболевания.

## Стратегии сокращения рецидива камнеобразования у пациентов весьма эффективны и характеризуются более чем 50 %-ным снижением риска рецидива только лишь при увеличении количества потребляемой жидкости.

Даже если только 25 % населения будет потреблять больше жидкости, экономия по-прежнему останется существенной и составит 68 млн евро или 2316 случаев МКБ.

Эта модель была оценена для определения влияния на нее различных допущений в пре-

Однако, безусловно, необходимы дополнительные исследования, которые должны оценить возможность применения и эффективность такого подхода в широкой популяции.

**Источник:** BJU Int 2012 Jun 11. doi: 10.1111/j.1464-410X.2012.11212.x.

## Не держи камень в почках!

# БЛЕМАРЕН®

**БЛЕМАРЕН®**  
растворяет камни:

- ✓ Уратные
- ✓ Оксалатные
- ✓ Смешанные\*

✚ Индивидуальный подход к дозированию

✚ Поддержание необходимого водного баланса

Представительство Эспарма ГмбХ в России: 115114, г. Москва, ул. Летниковская, д. 16, оф. 306. Тел.: +7 (499) 579 3370, факс: +7 (499) 579 3371. [www.esparma-gmbh.ru](http://www.esparma-gmbh.ru)

\* При содержании оксалатов менее 25 %. \*\* По данным компании IMS за 2009 год. Регистрационное удостоверение ЛСР – 001331/07 от 28.06.3007. Реклама.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ



Организаторы:



Совместно с:



Под эгидой:



1-й

СРЕДИЗЕМНОМОРСКИЙ КОНГРЕСС

по вопросам сексуального здоровья и репродукции

КИПРСКИЙ СИМПОЗИУМ по вопросам конфликта полов и конфликта наций

26–28 октября 2012 г., отель «Intercontinental Aphrodite Hills», Пафос, Кипр

Уважаемые дамы и господа!

Приглашаем вас принять участие в **1-м Средиземноморском конгрессе по вопросам сексуального здоровья и репродукции**, который будет проходить под эгидой Республики Кипр с 26 по 28 октября 2012 г. в отеле «Intercontinental Aphrodite Hills», Пафос, Кипр.

Организатор: Греческое общество по исследованию половой сферы человека, Кипрская урологическая ассоциация совместно со Средиземноморской коллегией андрологов

Эксклюзивный партнер в России и СНГ: ООО «Агентство «АБВ-экспо»

Информационная поддержка в России и СНГ: ООО «Издательский дом «АБВ-пресс», урологический информационный портал UroWeb.ru

Специалисты со всего мира соберутся на конгресс для обсуждения новейших разработок в лабораторной диагностике, этических вопросов, а также практических данных, полученных в сфере андрологии и репродукции. Особое внимание будет уделено геномике. В конгрессе примут участие ученые, клиницисты, врачи и исследователи в сфере андроло-

гии, гинекологии, психиатрии, психологии, эндокринологии и кардиологии ввиду того, что сексуальное здоровье является мультидисциплинарной сферой.

В ходе конгресса будет обсуждаться четыре основных темы:

1. Сексуальность и репродукция – клинические и научные разработки

2. Развитие геномики: от человека разумного к человеку развивающемуся

3. В рамках конгресса также состоится форум на тему конфликта полов и конфликта наций

4. Реконструктивная урология и детская хирургия (живая хирургия)



НАУЧНЫЕ ТЕМЫ

Порядок заседаний/симпозиумов

1. Хирургический симпозиум

2. Фармацевтический симпозиум

3. Симпозиум ординаторов по сексологии

4. Рабочее заседание хирургов-сексологов

5. Современные технологические решения старых проблем: экстракорпоральная ударно-волновая терапия эректильной дисфункции

6. Профилактика стрессовых ситуаций: практический тренинг

Лекции экспертов

1. Диабет и сексуальное здоровье у мужчин

2. Симптомы со стороны нижних мочевыводящих путей и эректильная дисфункция

3. Взаимосвязь между сексуальным здоровьем и депрессией

4. Порочный стрессорный круг: эректильная дисфункция – инсулинорезистентность – висцеральное ожирение – метаболический синдром

5. Новые подходы к лечению нарушений репродуктивной функции у мужчин

6. Половая дисфункция у гомосексуалистов и лесбиянок

7. Злокачественные опухоли и половая сфера: возможно ли половая жизнь после рака?

8. Может ли любовь быть смертельно опасной? Преступления в XXI веке, совершенные в состоянии аффекта

9. Сексуальное вознаграждение: насколько оно уникально? Исследование гипоталамуса

10. Половая функция и старость

11. Сорок лет спустя: критический анализ результатов протезирования

12. Половой акт и инвалидность

13. Инфекции, передающиеся половым путем

14. Геномика и исследование стволовых клеток в андрологии и репродуктологии

Интерактивные совещания

1. Патологическая спермограмма: можно ли что-либо предпринять за исключением искусственного оплодотворения?

2. Заместительная терапия тестостероном у пациентов с половой дисфункцией

3. Результаты хирургического лечения болезни Пейрони

4. Противоречия в вопросах, касающихся лечения патологий женской половой сферы

5. Скрининг с использованием простатспецифического антигена (ПСА): благо или проклятье?

6. Медицинские статьи: истинная наука или научное микроманипулирование? Метаанализ работ по эректильной дисфункции

Секции, посвященные спорным проблемам

1. Нарушения семяизвержения: лекарственное лечение или сексуальная терапия?

2. Роль статинов в развитии эректильной дисфункции: правда или вымысел?

3. Роль доброкачественной гиперплазии предстательной железы в развитии эректильной дисфункции

4. Ингибиторы ФДЭ-5: новые показания

Врачам, участвующим в конференции, предоставляется возможность посетить сессии по живой хирургии и клинические семинары, проводимые ведущими андрологами и пластическими хирургами в области мочеполовой системы, такими как:

1. Эдоардо Аустони

2. Пауло Эгидио

3. Сальваторе Сансалоне

4. Игнацио Монкада

5. Антонио Моралес

6. Стивен Вилсон

7. Эрик Веспес

8. Ахмед Хадиди

9. Люка Инкрокси

Сессии по живой хирургии будут выбраны из следующих тем:

1. Транскротальная ремоделирующая корпоропластика с использованием подкожной вены при лечении болезни Пейрони

2. Лечение задних осложненных стриктур уретры

3. Лечение рака и пластика полового члена

4. Увеличивающая фаллопластика с билатеральным использованием подкожной вены

5. Радикальная промежностная малоинвазивная простатэктомия

6. Лечение прямокишечно-мочепузырных свищей

7. Протезирование полового члена

8. Операции на уретральном сфинктере

9. Оперативное лечение болезни Пейрони

а) геометрический подход

б) инцизия бляшек Пейрони

в) очищение бляшек

10. Увеличение полового члена

а) врожденное

б) эстетическое

11. Аугментация полового члена после протезирования

12. Операции по смене пола

УЧАСТИЕ В КОНГРЕССЕ

По вопросам участия в конгрессе обращайтесь к сотрудникам Агентства «АБВ-экспо» по тел.: +7 (495) 988-89-92 или e-mail: [info@abvexpo.ru](mailto:info@abvexpo.ru). Стоимость участия 1 человека составляет 1950 евро (в стоимость проживания включен завтрак) / 2145 евро (в стоимость проживания включены завтрак и ужин). В стоимость входит:

– регистрационный взнос (включает: материалы конгресса, сертификат участника, кофе-брейки, легкий ланч)

– оформление медицинской страховки

– оформление про-визы

– перелет Москва – Ларнака (Кипр) – Москва

– трансфер аэропорт – отель – аэропорт

– проживание в отеле «Intercontinental Aphrodite Hills» с 25 по 29 октября (включает: одноместное размещение в номере категории «стандарт», завтрак / завтрак + ужин)

По всем организационным вопросам обращайтесь к сотрудникам Агентства «АБВ-экспо»: тел./факс: +7 (495) 988-89-92, моб. тел.: +7 (962) 954-01-19. E-mail: [info@abvexpo.ru](mailto:info@abvexpo.ru).  
Более подробная информация о Конгрессе и способах оплаты – на сайте [www.abvexpo.ru](http://www.abvexpo.ru)

Урология сегодня | № 4 (20) 2012

УЧРЕДИТЕЛЬ

ООО «Издательский дом «АБВ-пресс»

Руководитель проекта: Бердникова Татьяна

[tatyana@abvpress.ru](mailto:tatyana@abvpress.ru)

РЕДАКЦИЯ

Главный редактор: Камолов Баходур

Шеф-редактор: Шадёркина Виктория

[viktoriasade@uroweb.ru](mailto:viktoriasade@uroweb.ru)

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](mailto:abv@abvpress.ru)

ПЕЧАТЬ

ООО «Графика»

Заказ № 196

Тираж 10 000 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:

• Крипторхизм – взгляд на проблему

Т. Гарманова

• Итоги Съезда урологов

В.А. Шадёркина

• 11-й Конгресс урологов Азии

Р.Х. Хамматов

• Отчет по II международному симпозиуму по сексуальной медицине «Встреча на Дальнем Востоке»

В.А. Шадёркина

16

[www.urotoday.ru](http://www.urotoday.ru) | «Урология сегодня» № 4 (20) 2012