

▶ стр. 4

**I научно-практическая конференция «Продвинутая междисциплинарная лапароскопическая хирургия»**

▶ стр. 6

**Интервью с академиком РАН А.А. Камаловым: «Медицина и репродуктивное здоровье»**

▶ стр. 18

**Побочные эффекты таргетной терапии могут быть опасными для жизни. Доклад проф. В.Б. Матвеева**

# МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

МЕДИЦИНСКАЯ  
ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА



## В НОМЕРЕ

### ОБЗОР МЕРОПРИЯТИЯ

**Высший хирургический пилотаж в on-lap-режиме в Университетской клинике МГУ им. М.В. Ломоносова**

стр. 2

### ШКОЛА

**Мочевая инфекция: главное – правильный диагноз и адекватный выбор препарата**

стр. 7

### АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

**Биорегуляторные простатические пептиды в лечении пациентов с заболеваниями предстательной железы**

стр. 10

### ХРОНИКА

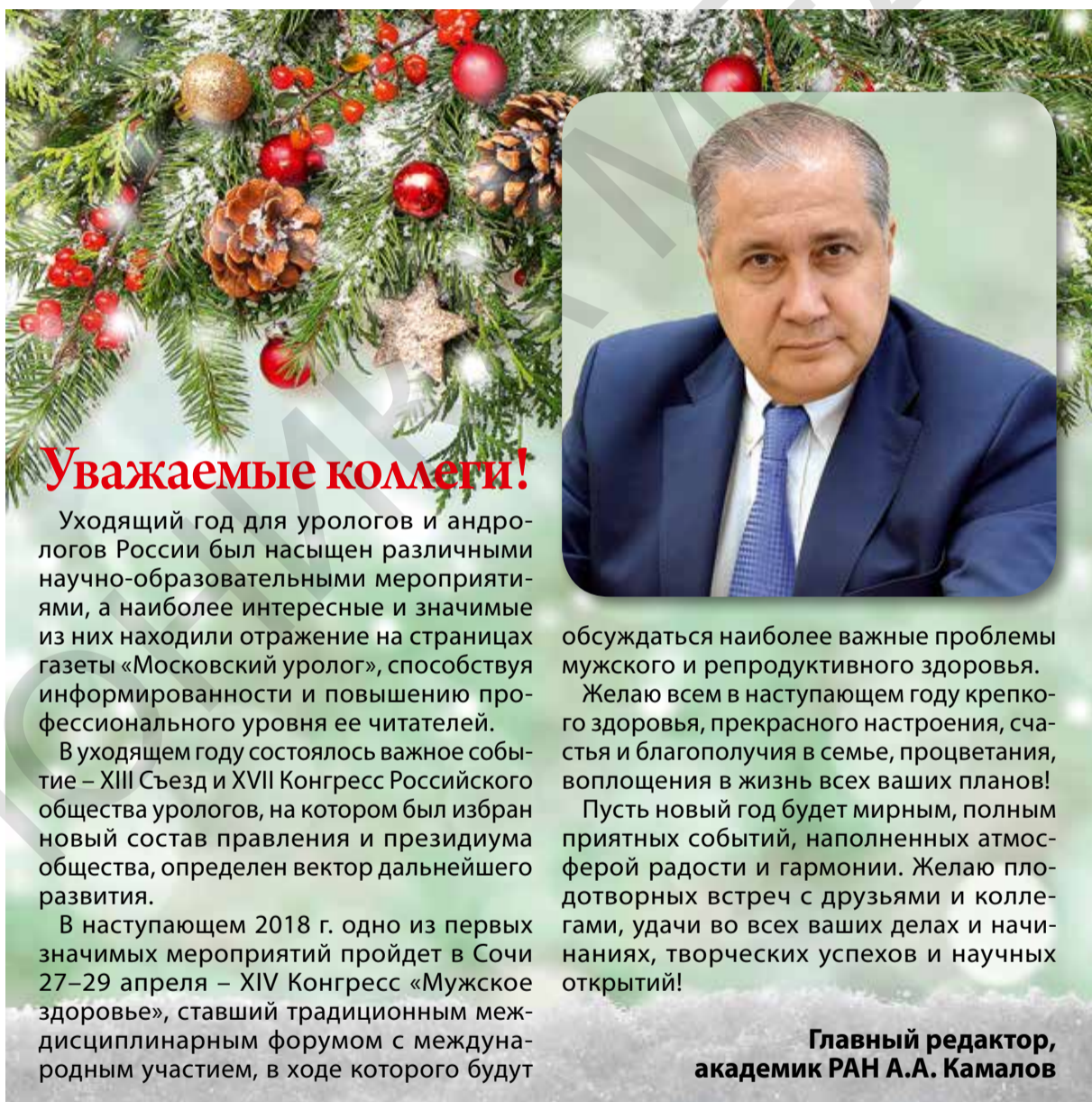
**На XIII съезде РОУ выбрали Председателя, Правление и Президиум общества**

стр. 12

### В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ

**Профессор Игнасио Монкада: «Опыт хирурга – основная возможность избежать осложнений»**

стр. 14



## Уважаемые коллеги!

Уходящий год для урологов и андрологов России был насыщен различными научно-образовательными мероприятиями, а наиболее интересные и значимые из них находили отражение на страницах газеты «Московский уролог», способствуя информированности и повышению профессионального уровня ее читателей.

В уходящем году состоялось важное событие – XIII Съезд и XVII Конгресс Российского общества урологов, на котором был избран новый состав правления и президиума общества, определен вектор дальнейшего развития.

В наступающем 2018 г. одно из первых значимых мероприятий пройдет в Сочи 27–29 апреля – XIV Конгресс «Мужское здоровье», ставший традиционным междисциплинарным форумом с международным участием, в ходе которого будут

обсуждаться наиболее важные проблемы мужского и репродуктивного здоровья.

Желаю всем в наступающем году крепкого здоровья, прекрасного настроения, счастья и благополучия в семье, процветания, воплощения в жизнь всех ваших планов!

Пусть новый год будет мирным, полным приятных событий, наполненным атмосферой радости и гармонии. Желаю плодотворных встреч с друзьями и коллегами, удачи во всех ваших делах и начинаниях, творческих успехов и научных открытий!

**Главный редактор,  
академик РАН А.А. Камалов**

Межрегиональная общественная организация  
«Мужское и репродуктивное здоровье»

ПРОВОДИТ

## XIV конгресс «Мужское здоровье»

при поддержке:

Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова  
Медицинского научно-образовательного центра МГУ  
Российского общества урологов

Программа Конгресса будет построена по междисциплинарному принципу с участием урологов, гинекологов, врачей общей практики, онкологов, эндокринологов, кардиологов и других специалистов.

Срок подачи тезисов: до 1 марта 2018 г. по e-mail: mzsoschi2018@gmail.com

Координаты оргкомитета: Фролова Мария Валерьевна Тел: +7 (925) 941 09 65

27-29 апреля  
2018 года  
СОЧИ



16+ Реклама



## МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

### Главный редактор

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

### Заместитель главного редактора

Алексей Георгиевич МАРТОВ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; профессор кафедры эндоскопической урологии РМАПО

### Научный редактор

Джемал Ахмедович БЕШЛИЕВ, д.м.н.

### Редакционный совет

Аполухин О.И., член-корр. РАН, д.м.н., профессор  
Аляев Ю.Г., член-корр. РАН, д.м.н., профессор  
Велиев Е.И., д.м.н., профессор  
Винаров А.З., д.м.н., профессор  
Глыбочко П.В., академик РАН, д.м.н., профессор  
Даренков С.П., д.м.н., профессор  
Дутов В.В., д.м.н., профессор  
Зубань О.Н., д.м.н., профессор  
Каприн А.Д., академик РАН, д.м.н., профессор  
Кривоородов Г.Г., д.м.н., профессор  
Лоран О.Б., академик РАН, д.м.н., профессор  
Матвеев В.Б., д.м.н., профессор  
Пушкарь Д.Ю., член-корр. РАН, д.м.н., профессор  
Теодорович О.В., д.м.н., профессор

### РЕДАКЦИЯ ГАЗЕТЫ «Московский уролог»

Адрес: 117420 Москва, ул. Профсоюзная, 57, под. 3  
Телефон: (495) 786-25-57 (доб. 189)  
E-mail: polaykova@bionika-media.ru

### Заведующая редакцией

Елена ПОЛЯКОВА

### Фотокорреспондент

Олег КИРЮШКИН

### Отдел дизайна и верстки

Александр ЛАРИН,  
Марина ЛЫНДИНА,  
Марина ГРИГОРЬЕВА,  
Антон СМЕРНОВ

### Отдел полиграфии

Руководитель – Наталья НАДВОРСКАЯ  
Менеджер – Дмитрий ТУЖИКОВ

### Размещение рекламы:

#### Руководитель департамента продаж рекламы

в медицинской прессе – Екатерина СЕМЕНОВА

#### Руководитель направлений урология и нефрология

Наталья ДИВЛЕКЕЕВА  
Телефон: (495) 786-25-57 (доб.131)  
E-mail: divlekeeva@bionika-media.ru

### УЧРЕДИТЕЛЬ

Региональная общественная организация содействия охране здоровья мужского населения «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»



### ИЗДАТЕЛЬ

ООО «Бионика Медиа»  
www.bionika-media.ru

### Председатель Совета директоров – Ирина КРАСИВСКАЯ

Генеральный директор – Дмитрий ОГУРЦОВ

### Подписка и распространение

Телефон: (495) 332-02-63  
E-mail: subscription@bionika-media.ru  
83693 – п/р подписка в каталоге «Почта России»

### Периодичность – 4 номера в год

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)  
Регистрационный номер ПИ № ФС77-53968 от 30 апреля 2013 г.  
Распространение федеральное

Газета набрана и сверстана в ООО «Бионика Медиа», отпечатана в ООО «Борус-Пресс» 300041, г. Тула, ул. Сойфера, д. 6  
Тираж 5000 экз.  
Цена свободная  
Номер подписан 15 декабря 2017 г.  
Время подписания в печать:  
по графику 10:00  
фактическое 10:00

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

# Высший хирургический пилотаж в on-line-режиме

В середине осени Университетская клиника МГУ продемонстрировала врачам настоящий творческий порыв: 23 октября здесь состоялась первая научно-практическая конференция с мастер-классом продвинутой междисциплинарной лапароскопической хирургии. На протяжении двух дней специалисты могли в *on-line*-режиме наблюдать операции, которые выполняли лучшие российские хирурги. Причем подключившись к трансляции, зрители не только следили за моментами «высшего пилотажа» в исполнении своих коллег, но и по ходу операции задавали вопросы, на которые хирурги отвечали подробными комментариями.



Слева направо – академик РАН В.А. Кубышкин, академик РАН А.А. Камалов, профессор Э.А. Галлямов, профессор О.Э. Лучевич, профессор О.Б. Панина

За последнюю четверть века лапароскопическая хирургия в России превратилась из малоизвестного течения в важное и популярное направление, а ее главные принципы – малоинвазивность и внедрение новейших технологий – стали близки большому числу врачей в нашей стране. Уникальностью конференции, состоявшейся в клинике МГУ им. М.В. Ломоносова, стал не только формат ее прямой трансляции из операционных, но еще и мультидисциплинарность, охватившая самые сложные проблемы хирургии, урологии и гинекологии.

Директор МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, академик РАН, профессор Армаис Альбертович Камалов в своем приветствии к участникам конференции сообщил, что сегодня отечественными хирургами накоплен серьезный опыт выполнения лапароскопических операций, которым они готовы поделиться в эти два дня в режиме «живой хирургии», демонстрируя свои возможности на примере 16 планируемых операций. Он поблагодарил всех участников мероприятия, которые продемонстрировали не только готовность поделиться своим опытом и знаниями, но и профессиональную смелость, ведь, как известно, не всегда оперативные вмешательства заканчиваются успешными исходами. «Поэтому сегодня я желаю хирургам удачи, а их пациентам – выздоровления», – напутствовал участников профессор А.А. Камалов.

Мероприятие, которое профессор кафедры факультетской хирургии №1 ФГБОУ ВО МГМСУ Эдуард Абдулхаевич Галлямов назвал «хирургическим праздником», было разделено на две площадки: первой стали две операционные и зал просмотра, расположенные в клинике МГУ, второй – учебный центр компании «Карл-Шторц», с которым на протяжении двух дней поддерживалась связь в *on-line*-режиме. «Мы хотели показать вам лучших хирургов страны, чтобы вы могли увидеть современную оперативную технику лапароскопических вмешательств и разное их выполнение», – отметил он.

### Радикальная цистэктомия в исполнении профессора Э.А. Галлямова

Хотя один из оперирующих хирургов, профессор Э. А. Галлямов, сообщил, что все самое интересное, включая междисциплинарное взаимодействие, эксперты оставили на второй день, его первая операция по радикальной цистэктомии вызвала у зрителей неподдельный интерес: 47-летней пациентке, был поставлен диагноз наружного генитального эндометриоза IV стадии (ретроцервикальный эндометриоз с прорастанием задней стенки влагалища и передней стенки прямой кишки), а также инвазивного эндометриоза мочевого пузыря с поражением нижней трети правого мочеточника, развитием гидронефроза, снижением функции правой почки и эндометриозом левого

яичника. Кроме того, у пациентки были выявлены эндометриоидное поражение слепой кишки с вовлечением аппендикса и подвздошной кишки и миома матки (состояние после эмболизации маточных артерий в 2016 г.). Анамнез пациентки показал, что в 2015 г. она обратилась к гинекологу для установки внутриматочного контрацептива (ВМК). Врач диагностировал у нее миому матки (9–10 недель) и ретроцервикальный эндометриоз. Женщине было проведено раздельное диагностическое выскабливание, в результате которого последовало гистологическое заключение: хронический эндоцервицит. Пациентке была предложена гистерэктомия, от которой она отказалась. Женщине установили ВМК Мирена, а через 6 месяцев произошла экспульсия внутриматочной спирали, при этом на протяжении всего периода контрацепции у пациентки наблюдались мажущие выделения. В 2016 г. ей провели эмболизацию маточных артерий (по данным УЗИ – 2 миоматозных узла



Профессор Э.А. Галлямов

и 2 полипа в полости матки). В последующем при амбулаторном обследовании у женщины был диагностирован гидронефроз. По данным исследований мультиспиральной компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии была выявлена опухоль в области Дугласова пространства, вызывающая стеноз правого мочеточника. При цистоскопии выявлен эндометриоз мочевого пузыря



с поражением его правой боковой стенки. Динамическая и статическая сцинтиграфия выявила тяжелую степень нарушения секреторно-экскреторной функции правой почки и нарушение уродинамики по обструктивному типу.

План оперативного вмешательства, предложенный профессором Э.А. Галлямовым, включал лапароскопический уретероцистоанастомоз с резекцией стенки мочевого пузыря. Однако уже в начале операции этот план был несколько скорректирован в сторону усложнения и включил в себя тройную резекцию: мочеточника с уретероцистоанастомозом, мочевого пузыря и толстой кишки. На первом этапе профессор Э.А. Галлямов сообщил, что собирается произвести пересечение мочеточника, чтобы дойти до эндометриоидного очага, затем сделать иссечение этого очага и далее произвести иссечение стенки мочевого пузыря. Один из важных комментариев, который он дал во время оперативного вмешательства (оно длилось более двух часов), был следующим: «Важным навыком, который сегодня отрабатывают доктора в тренажерном центре «Карл Шторц», является позиционирование иглы одной рукой, захват иглы от себя-на себя, работа на балансе иглы. Эти моменты очень важны для формирования интракорпорального шва в особенно неудобных условиях. Кроме того, врачу необходимо думать и об эргономике работы и о том, как он стоит во время операции. Принципы работы и наложение швов параллельными инструментами требуют определенного навыка, особенно при выполнении простатэктомии и цистэктомии. Но хирургу необходимо научиться работать параллельными инструментами, в т.ч. вязать узлы, чтобы во время работы сохранять комфортное положение спины». На вопрос одного из модераторов конференции, заведующего урологическим отделением ФГБУЗ КБ №119 ФМБА России, заслуженного врача РФ, к.м.н. Рафаэля Габбасовича Биктимирова, о том, кто должен выполнять подобные вмешательства при эндометриозе, профессор Э.А. Галлямов ответил: «На мой взгляд, это должна делать междисциплинарная бригада, состоящая из уролога, гинеколога и общего хирурга».

### Лапароскопический серкляж в исполнении доктора А.Е. Бугеренко

С не меньшим вниманием аудитория наблюдала операцию по лапароскопическому серкляжу, которую блестяще выполнил доцент кафедры акушерства и гине-

кологии ФММ МГУ им. М.В. Ломоносова, к.м.н. Андрей Евгеньевич Бугеренко. Его 37-летней пациентке был поставлен диагноз истмико-цервикальной недостаточности после высокой ампутации шейки матки по поводу карциномы *in situ* в 2016 г. На момент осмотра пациентка не предъявляла жалоб, и у нее не был нарушен менструальный цикл. В 2007 г. у нее произошли своевременные самопроизвольные роды, а в 2016 г. была выявлена карцинома *in situ* и затем произведена высокая ампутация шейки матки. Ультразвуковое исследование не выявило патологических изменений, а в яичниках пациентки выявлен хороший овариальный резерв. Кольпоскопия и мазки на онкоцитологию в 2017 г. были без особенностей, а уровень антимюллера гормона составил 2,6 нг/мл. Поскольку пациентка планировала сохранить репродуктивную функцию, ей в плановом порядке необходимо было провести операцию серкляжа – наложение швов на оставшуюся порцию шейки матки. Один из экспертов-модераторов,



Доцент А.Е. Бугеренко

заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФММ МГУ им. М.В. Ломоносова, профессор Ольга Борисовна Панина сообщила, что таким пациенткам, у которых практически отсутствует шейка матки, но которые еще планируют выносить беременность, такую возможность дает операция лапароскопического серкляжа. Еще лет 10 назад это было бы нереально, но в течение последних пяти лет этих женщин активно оперируют, и половине пациенток такое вмешательство дает шанс выносить ребенка. «Чтобы пациентка могла выносить беременность, ей накладывается мерсиленовая лента в области внутреннего зева для того, чтобы шейка матки не открывалась на фоне



беременности. Аналогичную операцию со стороны влагалища выполнить уже невозможно, поскольку от шейки остались «одни воспоминания», – прокомментировал доктор А.Е. Бугеренко свои действия в начале работы.

Предварительно в полость матки был установлен расширитель Гигара, позволивший расширить цервикальный канал до №7, чтобы при затягивании ленты остался отток для менструальной крови. Осмотрев верхние этажи брюшной полости, оператор приступил к основному этапу операции. Ее суть очень проста: в области бифуркации маточной артерии на восходящей и нисходящей ветвях производится диссекция. И в том же месте, вдоль фасциального кольца шейки матки проводится мерсиленовая лента. Способы ее проведения могут быть различными (на пинцете, скорняжной игле). При этом доктор А.Е. Бугеренко отметил, что он предпочитает выпрямить штатную иглу. При проведении мерсиленовой ленты для надежности были взяты 2 иглодержателя. На вопрос о том, как хирург определяет степень натяжения узла мерсиленовой ленты, доктор А.Е. Бугеренко разъяснил, что делает это по собственным ощущениям, а также благодаря установке расширителя Гигара в цервикальном канале: «Во избежание распускания шва, мы вяжем 6 узлов. Некоторые коллеги накладывают 4–5 узлов, а затем дополнительно сшивают их после среза, но, на мой взгляд, – отметил доктор А.Е. Бугеренко, – это является избыточным действием». После проведения операции, которая продлилась около 1 часа, хирург резюмировал: «Если пациентке удастся забеременеть и выносить ребенка, то при кесаревом сечении можно будет снять ленту или не снимать ее – это решение останется за врачом, выполняющим его. Мы в последнее время стараемся не снимать ленту, потому что наши пациентки, как правило, стремятся не ограничиваться одной беременностью».

### Коварство пролапса и лапароскопическая сакровагинопексия

На протяжении следующих трех часов зрители могли наблюдать еще 2 интересные операции. Одну из них – лапароскопическую консервативную миомэктомию с временным пережатием маточных артерий – провела заведующая гинекологическим отделением, главный гинеколог ЗАО группы компаний МЕДСИ Лиана

Назимовна Аминова. Вторую – лапароскопическую сакровагинопексию – продемонстрировал Андрей Евгеньевич Бугеренко.

Доктор А.Е. Бугеренко коротко сказал о том, что операция предстоит пациентке с неполным выпадением матки и цистоэктоцеле. По словам хирурга, данная ситуация для гинекологов является достаточно распространенной. Однако коварство пролапса заключается в том, что существует множество видов данного патологического состояния, и в результате для пациентки всегда трудно подобрать правильное вмешательство. Пациентке, которую оперировал хирург, исполнился 61 год, в ее анамнезе было 2 родов, а менопауза продолжается 6 лет. «Поскольку пациентка активно живет половой жизнью, методом выбора оперативного лечения является именно лапароскопическая сакровагинопексия», – пояснил он. Войдя в забрюшинное пространство, хирург прошел справа от прямой кишки, продвигаясь к крестцово-маточным связкам, где в образованное пространство был уложен сетчатый протез. «Фиксировать протез можно либо за культю шейки матки, либо за культю влагалища. Это можно сделать и без удаления матки, но такой вариант выбора пациентки является наиболее редким, ведь обычно к моменту возникновения пролапса ее репродуктивная функция бывает выполнена. С учетом того, что в ходе операции необходимо фиксировать протез, а у пациентки имеется цистоцеле, глубина диссекции будет зависеть от степени выраженности опущения мочевого пузыря», – прокомментировал доктор А.Е. Бугеренко.

На вопрос: «Если бы у данной пациентки были патологические изменения шейки матки, следует ли сделать экстирпацию и совместить сетку с разрезом на влагалище?» хирург ответил утвердительно и дал ситуации дополнительный комментарий: «Единственной особенностью, которая при этом важна, является ушивание культи влагалища в два слоя: сначала стенки сшиваются между собой, а затем накладывается второй ряд швов, чтобы первый ряд ушел вглубь. Если этого не сделать, произойдет эрозия сетки, которая часто случается именно после экстирпации». Установив протез, хирург сформировал практически полное кольцо вокруг культи шейки матки и завершил работу.

Присутствовавшие в зале врачи аплодисментами поблагодарили хирургов за профессионально выполненные сложные операции.

<<...>>

**Уникальностью конференции, состоявшейся в клинике МГУ им. М.В. Ломоносова, стал не только формат ее прямой трансляции из операционных, но еще и мультидисциплинарность, охватившая самые сложные проблемы хирургии, урологии и гинекологии**



# Локальный оксидативный стресс при эндометриозе яичников

Доклад доцента кафедры акушерства и гинекологии факультета фундаментальной медицины Медицинского научно-образовательного центра МГУ им. М.В. Ломоносова, к.м.н. Лии Ниязовны Щербаковой прозвучал в перерыве между операционными мастер-классами во время I Научно-практической конференции «Продвинутая междисциплинарная лапароскопическая хирургия», состоявшейся 23 октября в Университетской клинике МГУ.

Говоря о снижении овариального резерва при эндометриозных кистах, докладчик напомнила, что в результате оперативного удаления эндометриозной кисты снижается частота спонтанной овуляции, уровень антимюллера гормона (АМГ) и число ооцитов в циклах стимуляции овуляции. При этом в яичнике с эндометриозной кистой снижается число примордиальных фолликулов, нарушается фолликулогенез и снижается частота спонтанных овуляций. «У хирурга всегда возникает вопрос – оперировать эндометриозные кисты или нет», – сказала доктор Л.Н. Щербакова. В связи с этим она напомнила европейские рекомендации, где показано, что у бесплодных женщин с эндометриозными кистами более 3 см нет доказательств того, что кистэктомия перед экстракорпоральным оплодотворением улучшает показатели беременности. Поэтому необходимо в ходе консультации информировать женщину о риске снижения овариального резерва перед оперативным лечением, особенно перед повторной операцией. Сегодня во время демонстрации одной из операций была пациентка, которой сделали 3 резекции яичников (в т.ч. двусторонних), и в результате для нее сегодня остался лишь один вариант стать матерью – использовать донорскую программу.

Далее докладчик подробно остановилась на процессе оксидативного стресса в патогенезе снижения овариального резерва при эндометриозных кистах яичников. «Обычно исследователи изучают маркеры оксидативного стресса, когда под действием активных форм кислорода (АФК) происходит окисление липидов, белков и ДНК. Но наша группа ученых факультета фундаментальной медицины МГУ преследовала иные цели – изучить сами источники АФК». Отвечая на вопрос о том, откуда берутся АФК, Лия Ниязовна подчеркнула, что этот процесс является своеобразной «расплатой» за наш аэробный тип энергетики. Однако, по ее словам, при этом в клетках имеется антиоксидантная защита, которая блокирует токсические действие АФК. При увеличении АФК происходит разрушение мембран митохондрий и далее запускается их гибель, как сказал академик В.П. Скулачев «клетка предпочитает убить свою органеллу, чем ошибиться». «И самое главное, клетка всегда пытается защитить свою ДНК, в результате чего запускается

митохондриальный путь апоптоза», – отметила она.

Доктор Л.Н. Щербакова объяснила, что она и ее коллеги изучали АФК методом кумарин-активированной хемилюминесценции с помощью системы «оксидант+линолевая кислота+кумарин С-334», оценивая прооксидантную активность содержимого эндометриозной кисты. Люцигенин-активированная хемилюминесценция с аэрацией кислородно-газовой смесью и использованием стимула дыхания митохондрий НАНД (никотинамид-адениндинуклеотид) позволила оценить радикал-продуцирующие способности ткани яичника, прилежащего к эндометриозной кисте. Докладчик прокомментировала эти действия: «При обычной работе митохондрий происходит утечка от 1 до 2% свободных радикалов. Когда мы давали стимулятор, то добились того, что митохондрии функционировали максимально, давая избыточную продукцию свободных радикалов. Таким образом, по количеству продуцируемых АФК мы оценивали работоспособность клетки, ее митохондриальный ресурс. Если в клетке было много АФК, это говорило о большом митохондриальном ресурсе ткани, если мало, это сообщало о повреждении клетки». Докладчик разъяснила, что данный метод позволяет судить о ресурсе митохондриального дыхания ткани, т.е. о «жизнеспособности» ткани. Доктор Л.Н. Щербакова продемонстрировала слайд, на графике которого было очевидно, что когда исследователи добавляли в ткань изолированные митохондрии, то наиболее интенсивной хемилюминесценция была при большей концентрации митохондрий.

Далее докладчик подробно рассказала о проведенных исследованиях, в которые были включены 7 пациенток с двусторонними эндометриозными кистами яичников. Таким образом, врачи изучили 14 образцов тканей яичников, прилежащих к эндометриозным кистам, размером от 2 до 8 см, и 14 образцов содержимого эндометриозной кисты. Группу контроля составили 4 пациентки с различными гинекологическими заболеваниями. Уровень АМГ у всех пациенток был различным. «В первую очередь мы изучили прооксидантную активность содержимого эндометриозной кисты, – объяснила доктор Л.Н. Щербакова. – И получили следующее: и при содержимом эндометриозной кисты, и при гемоглобине уровень хемилюминесценции был практически одинаковым. Хотя, на самом деле, согласно реакции Фентона,



в реакцию вступает только двухвалентное железо, тогда как содержимое эндометриозной кисты составляет гемосидерин – окисленное железо. Почему он обладает такой высокой прооксидантной активностью пока неясно. Этот факт требует дальнейшего изучения». В результате статистического анализа данных исследователи могли наблюдать, что у всех пациенток контрольной группы ответ на стимуляцию всегда был выше, чем у пациенток с эндометриозом: ткань «здорового» яичника продуцировала большое количество АФК, а в ткани яичника, пораженного эндометриозом, наблюдалось снижение продукции АФК митохондриями, даже при высоком уровне АМГ. И чем больше был размер исследуемой кисты, тем меньше была хемилюминесцентная активность.

Также докладчик отметила, что поскольку об активности эндометриоза врачи могут косвенно судить по уровню онкомаркера СА-125, в данном исследовании специалисты получили обратную корреляцию: чем выше был уровень этого маркера, тем меньше было митохондриальное дыхание наблюдалось в данной ткани. «Мы считаем, что, скорее всего, в процессе формирования эндометриозных кист запускаются механизмы гибели митохондрий, которые в дальнейшем приводят к апоптозу и снижению овариального резерва. И поэтому перед любым врачом-хирургом всегда встает дилемма: стоит ли выбрать выжидательную тактику (особенно при небольших кистах яичников) или оперативное лечение?». По словам докладчика, чтобы ответить на этот вопрос в первую оче-

редь необходимо знать, планирует ли беременность сама пациентка, и если да, то когда.

Далее докладчик сообщила: «Особенностью нашего факультета является тот факт, что наши студенты защищают курсовые и дипломные работы на 5-м и 6-м курсах. И я хочу предложить вашему вниманию одну из таких работ, где представлены данные о частоте наступления беременности у пациенток с бесплодием, обусловленным наружным генитальным эндометриозом, в течение года после лапароскопии. В результате этой работы были получены уникальные данные о примерно одинаковой частоте наступления беременности как при 1-й и 2-й стадиях эндометриоза, так и при 3-й и 4-й стадиях. Эти данные показали: если сам по себе эндометриоз является причиной бесплодия, то при грамотном вмешательстве хирурга вполне возможно самопроизвольное наступление беременности». По словам доктора Л.Н. Щербаковой, всем пациенткам, прошедшим оперативное лечение, после него была проведена дальнейшая прегравидарная подготовка. И в результате у них существенно увеличилась частота наступления самопроизвольных беременностей.

«Самопроизвольные беременности наступили даже у пациенток с тяжелой степенью эндометриоза – с двусторонними кистами, у тех, кому были выполнены диссекции мочеточника и резекции кишки. Это лишний раз подтверждает, насколько важно бережное отношение к яичникам во время оперативного вмешательства», – резюмировала докладчик.

# Лапароскопический серкляж: тонкости и нюансы

В рамках первой научно-практической конференции по продвинутой междисциплинарной лапароскопической хирургии, которая состоялась 23 октября в Университетской клинике МГУ, специалистам было прочитано несколько лекций, которые фактически явились развернутыми комментариями к операциям, проходившим в *on-line*-режиме. На одной из таких лекций акушер-гинеколог Центра планирования семьи и репродукции Анна Андреевна Грабовская поделилась с коллегами опытом проведения лапароскопического серкляжа у пациенток после органосохраняющих операций на шейке матки.

В начале своего доклада Анна Андреевна отметила, что по данным статистики ВОЗ, около 50 млн женского населения в мире страдают от дисплазии шейки матки, причем у половины из них заболевание переходит в рак. Рак шейки матки занимает пятое место (после онкологических заболеваний молочной железы, тела матки, ободочной кишки и желудка) в структуре злокачественных новообразований у россиянок в возрасте от 15 до 39 лет. Доктор А.А. Грабовская перечислила варианты операций, выполняемых при предраковых и онкологических заболеваниях шейки матки: конизация либо высокая ампутиация шейки матки, радикальная влагалищная или радикальная абдоминальная трахелэктомия. После таких операций обычно влагалищная порция шейки матки отсутствует, поэтому вынашивание беременности становится крайне сложным, ведь существенное укорочение шейки матки нередко приводит к формированию истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН). Такие пациентки в дальнейшем входят в группу риска по преждевременному прерыванию беременности. «Во время операции хирург может наложить швы либо по Макдональду, либо по Широкару, либо методом лапароскопического серкляжа, – отметила докладчик. – Однако последняя методика демонстрирует самый высокий уровень работы хирурга. Ведь у пациенток с ранее перенесенными операциями на шейке матки по поводу предраковых и онкологических заболеваний трансвагинальное наложение шва на шейку матки невозможно, а введение акушерского пессария неэффективно, и, как следствие, единственным способом коррекции ИЦН является серкляж абдоминальным путем».

Анна Андреевна напомнила, что впервые трансабдоминальный серкляж был выполнен у беременной пациентки лапаротомическим доступом в 1965 г. хирургом Р. Бенсоном. Затем в 1998 г. был проведен трансабдоминальный серкляж у небеременной пациентки.

Далее докладчик рассказала об опыте проведения трансабдоминального серкляжа с лапароскопическим доступом хирургами Центра планирования семьи и репродукции. По ее словам, за период с марта 2013 по сентябрь 2017 г. было проведено 64 операции у пациенток с ИЦН, обусловленной ранее перенесенными операциями на шейке матки. У 38 пациенток операция была проведена до наступления беременности с целью предгравидальной подготовки, у 26 – проводилась на фоне беременности сроком

11–15 недель гестации. При этом 36 пациенток не имели отягощенного акушерского анамнеза, 17 женщин имели в анамнезе поздние самопроизвольные выкидыши, у 11 были преждевременные роды, 49 пациенток перенесли ампутиацию шейки матки, а 2 были прооперированы по поводу рубцовой деформации шейки матки, им была выполнена операция конизации.

«Обследование всех пациенток было стандартным: помимо общеклинического, им провели УЗИ органов малого таза с цервикометрией, кольпоскопию, цитологическое исследование мазков из шейки матки и консультацию в отделении невынашивания беременности, чтобы исключить у женщин наследственные причины ее невынашивания, тромбофилию или гормональные нарушения, – объяснила доктор А.А. Грабовская. – Также в качестве подготовки у беременных пациенток был выполнен первый перинатальный скрининг или неинвазивный ДНК-тест (тест Prenetix), после чего уже было возможно наложение лапароскопического шва на шейку матки. По результатам УЗИ, длина шейки матки до операции составляла у беременных пациенток от 16 до 28 мм, у небеременных – от 11 до 24 мм. При влагалищном исследовании у всех пациенток отмечалось отсутствие влагалищной порции шейки матки, поэтому наложение шва во время беременности вагинальным доступом было невозможно».

Далее докладчик рассказала о технике проведения операции: трансабдоминальный серкляж проводился лапароскопическим доступом под эндотрахеальным наркозом с использованием четырех троакаров: 10-мм троакар для телескопа в области пупка и три дополнительных 6-мм канюли в подвздошных областях и над лоном. Интраоперационно использовалась мерсиленовая лента шириной 5 мм. «Вы можете видеть бессосудистую зону, куда мы старались провести ленту, – прокомментировала доктор А.А. Грабовская слайд, на котором были показаны действия хирургов. – Обратите внимание на то, что мы не трогаем шейку матки и целенаправленно искали именно бессосудистую зону. Именно эти действия сегодня можно было наблюдать во время проведения операции серкляжа доцентом кафедры акушерства и гинекологии ФМ МГУ им. М.В. Ломоносова Андреем Евгеньевичем Бугеренко. Шов на ленте мы всегда завязываем спереди, поскольку при кесаревом сечении это дает возможность не извлекать матку, а просто снять ленту.



Лента завязывается на 6 узлов и затем обязательно проводится перитонизация». Данные комментарии докладчик дала к демонстрируемым слайдам операции лапароскопического серкляжа у пациентки с беременностью сроком 13 недель, которой ранее была проведена ампутиация шейки матки по поводу рака *in situ*. «После операции серкляжа эта пациентка была выписана домой на 7-е сутки, беременность прогрессировала, и на сроке 38 недель ей было выполнено плановое кесарево сечение, при котором из матки извлечен здоровый ребенок, – рассказала доктор А.А. Грабовская. – Мы оставили ленту этой пациентке, учитывая, что она была настроена на дальнейшую репродуктивную функцию».

Докладчик отметила, что продолжительность лапароскопического серкляжа у небеременных пациенток варьировалась от 30 до 70 минут, у беременных – от 60 до 110 минут. Объем интраоперационной кровопотери у небеременных не превышал 50 мл, а у беременных составил от 50 до 200 мл. В послеоперационном периоде всем пациенткам выполнялось УЗИ органов малого таза: на 1-е сутки с целью подтверждения прогрессирования беременности, а затем на 7-е сутки проводилось полное УЗИ, включая цервикометрию. «При цервикометрии мы не обнаружили значимого изменения длины шейки матки до и после операции», – прокомментировала Анна Андреевна.

Далее она кратко рассказала о результатах проведенного лапароскопического серкляжа. Из 26 беременных пациенток у 21 произошло абдоминальное родоразрешение с рождением доношенного ребенка, у 2 женщин беременность прогрессирует, у 1 – беременность замерла на сроке 18 недель гестации, у 2 – на сроках 17 и 18 недель произошло излитие околоплодных вод, в результате чего мерси-

леновая лента была удалена и произошли самопроизвольные выкидыши. У 18 пациенток, забеременевших после проведения лапароскопического серкляжа, исходы были следующими: у 10 женщин произошло абдоминальное родоразрешение и еще у одной пациентки родилась двойня – все дети доношены. У 3 женщин беременность прогрессирует, у 2 – на сроках 18 недель произошло излитие околоплодных вод, в результате чего мерсиленовая лента была удалена и произошли самопроизвольные выкидыши. У одной пациентки беременность наступила после экстракорпорального оплодотворения, однако на 20-й неделе гестации произошло излитие околоплодных вод, шов был снят лапароскопическим доступом, но ситуация осложнилась кровотечением, после чего был выполнен переход на лапаротомию, произведено малое кесарево сечение и удалена мерсиленовая лента. У одной пациентки на сроке 8–9 недель беременность перестала прогрессировать.

Доктор А.А. Грабовская также отметила, что у 22 пациенток после абдоминального родоразрешения мерсиленовая лента была оставлена, поскольку женщины планировали беременности в будущем, а у 10 лента была удалена по их желанию. Послеродовой период у всех пациенток протекал без осложнений.

«Эффективность проведения лапароскопического серкляжа у наших беременных пациенток составила 88%, а наблюдения, при которых происходило прерывание беременности, не были связаны с техникой лапароскопического серкляжа, – резюмировала докладчик. – Однако надо помнить, что проведение данной операции на фоне беременности требует высшей квалификации операционной бригады».



# Медицина и репродуктивное здоровье

*В этом году движению «Мужское здоровье» исполнилось 15 лет, а научно-медицинскому обществу «Мужское здоровье» – 11 лет. Именно благодаря этой организации, во многих российских городах появились «мужские» консультации – подразделения медицинских учреждений, в которых лечат пациентов с заболеваниями мужской репродуктивной сферы. Благодаря ежегодным конгрессам организация получила известность у профильных специалистов ближнего и дальнего зарубежья. На фоне такого успеха новость о том, что общество «Мужское здоровье» ждет реорганизация и переименование для медицинского сообщества стала неожиданностью. Как теперь будет называться Российская общественная организация «Мужское здоровье» и какие изменения последуют за его переименованием, рассказал Президент общества, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, директор клиники МГУ, лауреат премии Призвание «Лучший врач России» за создание нового направления в медицине Армаис Альбертович Камалов*



**– Армаис Альбертович, расскажите, как появилась идея переименования общества «Мужское здоровье»**

– С 2003 г. мы создали междисциплинарный проект «Мужское здоровье», который объединил вокруг себя большое количество специалистов разных медицинских дисциплин, а в 2006 г. мы учредили общество «Мужское здоровье». За это время мы провели 13 масштабных конгрессов с международным участием, были проведены всероссийские мероприятия «Дни мужского здоровья в РФ» и «Уроки урологии», где обсуждались самые разные проблемы мужского здоровья с привлечением к ним не только медицинской общественности, но и руководителей регионов РФ, СМИ.

Одними из постоянно обсуждаемых проблем являются мужское бесплодие и сексуальные расстройства у мужчин. Все профильные специалисты знают, что тему мужского бесплодия очень сложно рассматривать отдельно от репродуктивного здоровья в целом. Однако, работая лишь с одним из супругов, проблему бесплодия зачастую невозможно решить: в 23% бесплодных семей оба партнера имеют отклонения в репродуктивной сфере. Поэтому и назрела необходимость обсуждения этой проблемы в контексте семейного бесплодия в междисциплинарном формате вместе с нашими коллегами – гинекологами, эндокринологами. Это необходимо для того, чтобы выработать стратегию выбора наиболее приемлемого алгоритма работы с каждой конкретной семьей, в т.ч. с

использованием современных вспомогательных репродуктивных технологий.

Поскольку мы расширяем число и спектр специалистов, было принято решение об изменении названия общества – с добавлением слова «репродуктивное». Так, Российское общество «Мужское здоровье» стало Российским обществом «Мужское и репродуктивное здоровье».

Юридически перерегистрацию общества мы оформили в этом году и сейчас планируем немного изменить формат его работы по проблеме репродуктивного здоровья: мы будем активно обсуждать ее, касательно представителей обоих полов. В т.ч. это касается и половых расстройств. Ведь мужские проблемы (эректильная дисфункция, ускоренное семяизвержение, ретроградная эякуляция) – все это подлежит обсуждению не только через призму здоровья мужчин, но и через призму здоровья женщин. Ведь сексуальная жизнь – это сфера напрямую связанная с обоими партнерами и ее дисгармония не может не отражаться на семейных отношениях в целом.

**– Какие организационные, юридические изменения повлечет реорганизация общества?**

– Безусловно, главные изменения – это появление в составе общества новых групп специалистов, в первую очередь, гинекологов, урологов, эндокринологов, которые будут целенаправленно заниматься вопросами репродуктивного здоровья супружеской пары, определением спектра тем для обсуждения на наших конгрессах и конференциях.

**– Армаис Альбертович, Вы уже сказали о том, что вопросы репродуктивного здоровья предполагают работу с обоими партнерами. Насколько к этому готовы сами пациенты? К Вам, как к ведущему андрологу страны, мужчины приходят чаще в одиночестве или в сопровождении своих супругов, заручившись их поддержкой?**

– Я бы сказал, что оба варианта по численности равноценны – 50/50. Порядка 50% мужчин приходят сами. Как правило, еще до визита к врачу они пытаются разобраться в причинах, происходящего с ними. На приеме они просят врача дать ответ на вопрос – фертильны они или нет, способны ли они иметь детей. И, безусловно, мы делаем все возможное, используем весь современный алгоритм диагностики для выявления причин нарушения мужской фертильности. И перед специалистом встает дилемма: те ли пробле-

мы, которые мы выявляем при обследовании мужчины, являются основными в проблеме семейного бесплодия. К счастью, другая половина мужчин приходят со своими женами (а, точнее благодаря их женам). И это не может нас не радовать. Работа специалистов, именно с супружеской парой, всегда дает комплексную картину и большие возможности для решения семейных репродуктивных проблем. Я считаю, что обследование пары должно быть изначально заложено в концепцию медицинской помощи пациентам с нарушениями репродуктивной системы.

**– Насколько часто андрологам, занимающимся проблемами репродуктивного здоровья, приходится быть еще и психологами?**

– Очень часто. Особенно там, где имеют место сексуальные расстройства. Каждый специалист, который берет на себя ответственность лечить пациентов в этой интимной области медицины, должен быть психологом. Это помогает врачу более точно определить психологический портрет самого пациента, понять, насколько психоэмоциональные процессы могли повлиять на его половую функцию. Важно понимать и то, что полностью раскрыться врачу такой пациент может не сразу, для этого нужна достаточно длительная консультация, которая позволяет проложить мост доверия между пациентом и врачом. И здесь очень важно, чтобы врач имел соответствующую высокую компетенцию, терпение, необходимые для того, чтобы «разговорить» своего пациента и настроить его на доверительное обсуждение беспокоящих его интимных проблем.

**– Можно ли сформулировать задачи общества на ближайшую и более отдаленную перспективу?**

– Мы планируем сохранить тот же вектор и динамику развития общества, которые изначально были заложены как междисциплинарное сообщество, с задачами научно-исследовательской работы и образовательной деятельности. Мы будем увеличивать число наших мероприятий и способов взаимодействия с аудиторией. Помимо ежегодных конгрессов, мы планируем внедрять дистанционные форматы обучения в виде вебинаров, мастер-классов, с участием ведущих специалистов нашего общества. Это важно для повышения доступности к информации для медицинского сообщества во всех регионах нашей страны. Совсем недавно мы выпустили книгу «Андрология. Фармакотерапия без ошибок» – руководство

для врачей, в котором современные схемы лечения заболеваний мочеполовой сферы у мужчин сочетаются с описанием препаратов, анализом самых распространенных ошибок, а также способов их предотвращения и коррекции. Мы надеемся, что книга станет настольной для практикующих врачей и позволит быстро принимать решение по тактике ведения пациента с различными мужскими заболеваниями, имеющейся клинической симптоматикой и определиться с оптимальным лечением, в т.ч. возможностями комбинированного терапевтического подхода.

**– С какими профильными организациями, государственными структурами Вы взаимодействуете или планируете взаимодействовать в дальнейшем?**

– Мы активно взаимодействуем с Российским обществом урологов (РОУ) и планируем продолжать это сотрудничество. РОУ – базовый партнер для нашего общества, и для урологов должно быть абсолютно ясно, что андрология – это одна из субспециальностей урологии.

Вместе с тем мы поддерживаем профессиональные связи с ведущими медицинскими учреждениями нашей страны и устанавливаем партнерские взаимоотношения с другими профессиональными общественными организациями для совместных решений в области мужского и репродуктивного здоровья. Большое значение для Общества имеет взаимодействие с различными Фондами, которые занимаются социально значимыми проектами сохранения здоровья человека, лечения и профилактики заболеваний.

Вместе с тем мы и дальше будем продолжать и расширять возможности нашей кооперации с коллегами как из стран СНГ, так и зарубежья. Все мероприятия, организованные под нашей эгидой, как правило, проводятся с международным участием. Это прекрасная площадка для обмена опытом с нашими зарубежными коллегами. Совместно обсуждаются сложные, зачастую не до конца решенные медицинские вопросы. Мне приятно констатировать, что проводимые нами конгрессы стали значимой площадкой для гуманитарного сотрудничества с другими странами, а наше общество успешно расширяет географические, культурные и информационные горизонты взаимодействия с другими странами. Медицина вне политики.

Интервью взяла Наталья Шпынова

# Мочевая инфекция: главное – правильный диагноз и адекватный выбор препарата

В рамках Школы «Рациональная фармакотерапия в урологии», которая прошла 26 сентября в НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина, вниманию слушателей было предложено несколько докладов по проблемам мочевой инфекции. Их представили д.м.н., профессор, заведующая отделом инфекционно-воспалительных заболеваний и клинической фармакологии «НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина» – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, председатель Московского общества урологов, член Правления Европейской секции по инфекциям в урологии Европейской урологической ассоциации Тамара Сергеевна Перепанова и д.м.н., профессор кафедры урологии и хирургической андрологии РМАПО Любовь Александровна Синякова.



Профессор Т.С. Перепанова

## Острый и рецидивирующий цистит: как диагностировать, чем лечить?

В начале своего доклада Т.С. Перепанова обратила внимание аудитории на последнюю классификацию Европейского общества урологов (EAU). В соответствии с ней понятие инфекционно-воспалительных заболеваний почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов (ИМП – инфекции мочевыводящих путей) включает в себя неосложненные инфекционно-воспалительные заболевания нижних мочевыводящих путей (острый, спорадический или рецидивирующий цистит), неосложненные инфекционно-воспалительные заболевания почек и верхних мочевыводящих путей (острый или спорадический пиелонефрит), осложненную ИМП с пиелонефритом и без него, уросепсис, уретрит, а также инфекционно-воспалительные заболевания мужских половых органов, включающие простатит, эпидидимит и орхит. При этом докладчик отметила, что в данной классификации

отсутствует привычный многим диагноз «хронический пиелонефрит», поскольку в реальной практике под ним подразумевается либо бессимптомная бактериурия, либо хроническая инфекция мочевыводящих путей (поскольку отсутствует воспаление паренхимы почки). «Важно помнить, что мочевая инфекция может быть как симптоматической, так и бессимптомной, о чем в последние три года отдельно говорится в гайдлайне EAU. В связи с этим и написана новая глава по бессимптомной бактериурии, при лечении которой было решено исключить antimicrobные препараты», – подчеркнула она.

Говоря о неосложненной ИМП (остром цистите и остром восходящем пиелонефрите), Тамара Сергеевна отметила, что данная проблема не требует госпитализации (исключением является присутствие гнойного процесса) и наблюдается у практически здоровых женщин при отсутствии obstructивных уретеритов и структурных изменений в почках и мочевыводящих путях. Соответственно классической восходящей модели острого цистита *Escherichia coli* выходит из кишечного резервуара, после чего происходит колонизация кишечной палочки во влагалище и периуретральной области. Затем кишечная палочка распространяется на мочевыводящие пути, и в результате происходит адгезия их слизистой оболочки микробами. «Затем либо проявление воспалительного ответа происходит в виде острого цистита, либо воспалительный ответ отсутствует, и тогда мы диагностируем бессимптомную бактериурию», – пояснила докладчик.

Далее Тамара Сергеевна перечислила защитные факторы, присутствующие в мочевыводящих путях, обозначив их тремя «линиями». К первой она отнесла врожденные: физические (слизистые) барьеры, поток мочи, а также неадаптивное воспаление, которое зависит от «распознавания паттернов» (факторы вирулентности, которые выделяет сам микроорганизм) и может быть

опосредовано, например Toll-рецепторами. Ко второй «линии» относятся адаптивный иммунитет (который выработался у человека в последние несколько тысяч лет и для которого необходим антиген), формирование антител В-клетками (гуморальный иммунитет) и активация Т-клеток. «Однако адаптивный иммунитет не играет важной роли при острых инфекциях», – подчеркнула Т.С. Перепанова, далее остановившись на процессе воспалительной реакции слизистой оболочки мочевого пузыря. Говоря о современных особенностях инфекции, докладчик обратила внимание на процесс изменения бактерий и, как следствие, увеличение резистентности к  $\beta$ -лактамам и фторхинолоновым антибиотикам у грамотрицательных патогенов. «А значит, сегодня необходим новый подход к лечению больных ИМП и ее профилактике, который заключается в том, что врачам следует минимизировать резистентность бактерий. Ключевыми факторами клинического успеха являются правильный диагноз и адекватный выбор антибактериального препарата», – отметила она. По словам профессора Т.С. Перепановой, в 80% случаев расстройств мочеиспускания у женщин характеризуются небактериальными причинами: уретральный синдром, цисталгия, синдром хронической тазовой боли, гиперактивный мочевой пузырь, атрофия уретерия в постменопаузе.

Говоря о лечении больных цисталгией и уретральным синдромом, докладчик отметила, что помимо нестероидных противовоспалительных средств, анальгетиков, антидепрессантов, антиконвульсантов и т.д. в арсенале урологов имеется антибактериальный препарат с лидокаином, который можно применять как внутриуретрально, так и интравагинально. При выборе антибактериального препарата профессор Т.С. Перепанова посоветовала учесть знание уровня резистентности основных уропатогенов и не применять антибактериальные препараты при уровне резистентности более

15%, а также не лечить антибиотиками пациентов с бессимптомной бактериурией, поскольку она может защищать от суперинфекции вирулентными уропатогенами. «Лечение асимптоматической бактериурии сегодня рекомендовано только у беременных и перед инвазивными эндоскопическими вмешательствами», – заметила она.

Подчеркивая разницу между лечением больных острым и рецидивирующим циститом, докладчик обратила внимание, что целью терапии в первом случае является эрадикация возбудителей, а втором – только увеличение безрецидивного периода и улучшение качества жизни пациента. Говоря о российских рекомендациях по лечению больных рецидивирующей ИМП, Т.С. Перепанова отметила терапию фосфомицина трометамолом (1 раз в 10 дней в течение 3 месяцев), либо, в зависимости от результатов бактериологического исследования мочи, левофлоксацином или ципрофлоксацином. Отдельно докладчик остановилась на эффекте, который при лечении дают препараты бактериофагов, содержащие поликлональные вирулентные бактериофаги широкого диапазона действия, активные против антибиотикорезистентных бактерий. В составе каждого такого препарата содержится 8–10 клоновирулентных штаммов бактериофагов с высокой специфичностью, не угнетающих нормальную микрофлору. При этом бактериофаги строго специфичны. Также профессор Т.С. Перепанова назвала основные принципы бактериофаготерапии: «Методы их применения разнообразны, кроме внутривенного. А при их использовании необходимо определять чувствительность возбудителей ИМП к бактериофагам». В заключение докладчик отметила, что адаптация коммерческих препаратов бактериофагов к возбудителям конкретного стационара (или конкретного больного) дает значительные преимущества перед антибактериальной терапией.



### Острый пиелонефрит: новые подходы к старой проблеме

Доклад о современных подходах к диагностике и лечению больных острым пиелонефритом Л.А. Синякова начала со статистики осложнений и исходов при этом заболевании. «Мы с коллегами обсуждали проблему острого пиелонефрита еще в 1996 г., поскольку это заболевание приводило к высокой частоте осложнений и летальных исходов, особенно у пациентов пожилого возраста и страдающих сахарным диабетом, – сказала она. – Однако европейские урологи начали обсуждать ту же проблему спустя много лет, в 2008 г., наблюдая у пациентов с острым пиелонефритом осложнения в виде сепсиса и бактериотоксического шока, а также летальность, которой не должно быть при современных возможностях лечения».

Докладчик отметила, что целями лечения больных острым пиелонефритом являются сохранение почки, профилактика уросепсиса и возникновения рецидивов заболевания. «В последнее время, благодаря применению методов ультразвуковой диапевтики, врачи научились лучше лечить больных мочекаменной болезнью. Однако больных, страдающих пиелонефритом, меньше не стало. Причем мы чаще стали наблюдать женщин, которые страдают необструктивным пиелонефритом, в т.ч. гнойно-деструктивными его формами. И в этой ситуации нашей целью становится адекватная антибактериальная терапия, – сказала она. – А результаты лечения больных острым необструктивным пиелонефритом зависят от правильного выбора антибактериальной терапии, особенно стартовой, которая, как правило, эмпирическая».

Обращаясь к международным исследованиям, профессор Л.А. Синякова отметила, что на современном уровне лечения больных острым пиелонефритом практически не подвергаются открытым операциям больные даже с гнойно-деструктивными формами этого заболевания, поскольку отличные результаты можно получить при выполнении чрескожных методов дренирования полостной системы почки. Однако, проанализировав 77 зарубежных публикаций с 2004 по 2009 г., докладчик пришла к выводу, что даже при необструктивном пиелонефрите в ряде случаев лечение больных заканчивается нефрэктомией по причине неадекватной стартовой антибактериальной терапии. «Контроль эффективности лечения должен проводиться не через 5–7 суток, а через 48 или максимум 72 часа. И если выбранный антибактериальный препарат неэффективен, необходимо провести коррекцию терапии», – пояснила Л.А. Синякова.

Далее докладчик перешла к разъяснению принципов лечения больных острым пиелонефритом, отметив, что, в первую очередь, необходимо определить нуждается ли пациентка в операции или ей возможно проведение только консервативного лечения: «Если выбрано оперативное лечение, то нарушенную уродинамику необходимо восстановить с помощью стентирования или чрескожной пункционной нефростомии. При наличии деструктивных изменений в почке (абсцесс почки, карбункул почки с абсцедированием) пациентке необходимо провести дренирование и гнойных очагов. И лишь затем назначить рациональную эмпирическую антибактериальную терапию».

Профессор Л.А. Синякова рассказала об исследовании, которое она и ее коллеги провели на базе больницы им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения Москвы, чтобы проанализировать, почему, несмотря на достигнутые успехи в лечении больных гнойно-воспалительными заболеваниями почек, наличии современных высокоэффективных антибактериальных препаратов и широком внедрении в практику ультразвуковой диапевтики, отсутствуют единые подходы к диагностике и лечению таких больных и им продолжают выполняться органоуносящие операции. А также, почему врачи все еще пытаются подменить адекватные методы дренирования почек методами детоксикации и иммунокоррекции. Докладчик ответила: «Во-первых, это происходит потому, что у нас нет единых подходов к диагностике гнойного пиелонефрита, которая строится в несколько этапов и не может начинаться с ультразвукового исследования (УЗИ) или компьютерной томографии (КТ). Ведь врачебные ошибки особенно часты в связи с тем, что не учитываются данные анамнеза и не анализируются жалобы больных. А ведь именно они составляют 50% успеха правильной диагностики. Во-вторых, необходима диагностика лабораторными методами, выполнение комплексного УЗИ и КТ с контрастированием. В третьих, с появлением методов УЗИ с цветным доплеровским картированием появилась возможность неинвазивно оценивать выделительную функцию почек и говорить не только о возможных анатомических нарушениях, но также о нарушении уродинамики».

Профессор Л.А. Синякова отметила, что не существует ранних признаков гнойного пиелонефрита. «Поэтому проблема заключается в том, что даже с применением современных методов диагностики в ряде случаев неправильная интерпретация результатов этих методов без учета клинической картины

и лабораторных исследований способна приводить к серьезным диагностическим ошибкам», – сказала она.

Переходя к методам лечения больных острым пиелонефритом, профессор Л.А. Синякова отметила, что при подборе антибактериальной терапии необходимо провести стратификацию риска пациента. При этом необходимо учесть следующие обстоятельства: нахождение пациента в лечебном учреждении (стационаре), предшествующую антибактериальную терапию, выполнение инвазивных урологических вмешательств. «Так как терапия у всех больных острым пиелонефритом будет эмпирической, необходимо понимать, с каких именно препаратов надо начинать лечение. Проанализировав взаимосвязь формы гнойного пиелонефрита и путей распространения инфекции, мы получили результаты, которые позволяют сразу после дренирования гнойного очага или восстановления уродинамики подобрать адекватную терапию. Если речь идет о восходящем пути проникновения инфекции, как правило, пациентка страдает циститом, а значит, возбудителем в большинстве случаев будет кишечная палочка. Следовательно, препаратами выбора будут средства, активные по отношению к этому возбудителю. Если речь идет о наличии абсцесса почки, значит присутствует гематогенный очаг инфекции, возбудителем которого в 90% случаев является стафилококк. Когда речь идет об обструктивном остром пиелонефрите на фоне рецидивного камнеобразования, здесь может быть любой путь проникновения инфекции и самые различные возбудители, чаще всего – микст-инфекция».

По словам докладчика, в Европейских рекомендациях 2017 г. указаны следующие варианты антибактериальной терапии: при остром неосложненном пиелонефрите нетяжелого течения препаратами выбора являются фторхинолоны (ципрофлоксацин и левофлоксацин) в максимальных разовых и суточных дозах, а также цефалоспорины III поколения; при остром неосложненном пиелонефрите тяжелого течения рекомендуется назначение карбапенемов I группы (эртапенем), защищенных пенициллинов с антисинегнойной активностью; альтернативной терапией являются либо цефалоспорины III и IV поколений в комбинации с аминогликозидами, либо фторхинолоны.

В завершение своего доклада профессор Л.А. Синякова подчеркнула, что в настоящее время меняется парадигма эмпирической терапии ИМП: «При лечении больных тяжелыми госпитальными ИМП, вызванными грамотрицательными бактериями, практически полностью утратили свое значение цефалоспорины, защищенные пенициллины и цефалоспорины, фторхинолоны и гентамицин. Поэтому современная эмпирическая терапия больных тяжелыми ИМП основана на применении карбапенемов».

### Лечение уросепсиса: время имеет значение

«Осложненной является ИМП, которая развивается на фоне структурных аномалий почек и мочевыводящих путей, обструкции последних, беременности, иммуносупрессии, сахарного диабета, почечной недостаточности, присутствия постоянного катетера в мочевыводящих путях, лихорадки в результате пиелонеф-



Профессор Л.А. Синякова

рита и прочих проблем. Возможен также переход из неосложненной инфекции в осложненную, к примеру при неудачной терапии больного острым пиелонефритом или недавнем инструментальном вмешательстве. К осложненной инфекции также относится ИМП у мужчин и детей, поскольку для данных категорий требуется дополнительное обследование», – пояснила Т.С. Перепанова в начале своего доклада. По ее словам, врачи-урологи ежедневно сталкиваются именно с катетер-ассоциированной инфекцией, называемой инфекцией инородного тела, связанной не только с использованием уретральных катетеров, но также стентов, цистостомических дренажей, протезов и пр. Не случайно в 2017 г. в практику был введен термин «инфекции, связанные с вмешательствами», которые могут привести, в частности к развитию синдрома системно-воспалительной реакции и уросепсису. Причем руки медперсонала и пациентов являются основным путем передачи инфекции. Кроме этого инфекция способна переходить во время ирригации жидкости при вмешательствах, непосредственно с катетерами, инструментами и дренажами, вдоль наружной поверхности катетера, по внутреннему просвету катетеров и в составе биофильма.

Как пояснила докладчик, во время проведенных международных исследований, в которых участвовали также и российские больницы, было установлено, что факторами риска развития госпитальной ИМП являются именно уретральные катетеры (в 74% случаев). «Никакая защита, в т.ч. покрытие катетеров и стентов серебром и антибиотиками, не защищает мочевыводящие пути от инфекции, поскольку даже в таких обстоятельствах микроб способен построить биопленку и «замуровать» в данном конгломерате: осаждение слоев кристаллов позволяет бактериям оседать и размножаться, не контактируя с нижележащим защитным слоем. Причем микробы в 15–20% случаев могут явиться причиной камнеобразования. А во время дробления камней микроорганизмы и их токсины выходят в мочевыводящие пути и под давлением ирригационной жидкости, повышенного внутрилоханочного давления и травмы поступают в кровоток, в результате чего возникают токсемия, бактериемия, системно-воспалительная

<<...>>

**При лечении больных тяжелыми госпитальными ИМП, вызванными грамотрицательными бактериями, практически полностью утратили свое значение цефалоспорины, защищенные пенициллины и цефалоспорины, фторхинолоны и гентамицин**



реакция и септические осложнения», – сказала Тамара Сергеевна.

Аналогичная ситуация может возникнуть при трансуретральной резекции простаты, если во время ее выполнения были вскрыты гнойные очаги. Докладчик отметила, что, учитывая природу биофильм-инфекции, лечить больных, имеющих ее, довольно сложно, а препаратами выбора при этом должны быть фторхинолоны, защищенные β-лактамы, цефалоспорины, карбапенемы, а также комбинации этих препаратов в сочетании с аминогликозидами. Также при назначении терапии следует учитывать ограниченное проникновение антибактериальных препаратов в биопленку: во-первых, матрикс биопленки препятствует диффузии и связывает антимикробные вещества, во-вторых, существует резистентность к большим молекулам (таким, как белки, лизоцим и комплемент), а также положительно заряженным аминогликозидным антибиотикам. «И только фторхинолоны достаточно эффективно проникают в биопленки, останавливая их рост, – заметила профессор Т.С. Перепанова. – Однако из всех этих препаратов сегодня мы стремимся выбрать один антибиотик, к примеру левофлоксацин, концентрация которого в различных частях предстательной железы выше, чем у других фторхинолонов». Также докладчик отметила эффективность лечения левофлоксацином больных бактериальным простатитом, хотя данная терапия занимает длительное время (от 4 до 6 недель). Важно и то, что этот препарат является наиболее безопасным по влиянию на сердечную проводимость, учитывая предостережение Агентства Министерства здравоохранения и социальных служб США (FDA) об ограничении назначений фторхинолонов.

Говоря об уросепсисе, Тамара Сергеевна напомнила, что всего полгода тому назад эта проблема получила новое определение: сепсис, осложнившийся инфекционно-воспалительными заболеваниями почек, мочевыводящих путей и/или мужских половых органов. Уросепсис встречается в 31% случаев сепсиса, он может возникнуть как на фоне неосложненных, так и осложненных ИМП, а главными мерами его профилактики являются уменьшение сроков пребывания пациента в стационаре, раннее удаление катетера из мочевыводящих путей и отказ от ненужной их катетеризации. «Развитие сепсиса на фоне безопасного состояния пациента возможно за очень короткое время, – предупредила докладчик. – А главное, что следует помнить: выраженность уросепсиса зависит

от иммунного ответа организма каждого конкретного пациента».

Также профессор Т.С. Перепанова обратила внимание аудитории на тот факт, что буквально год назад специалисты считали синдром системно-воспалительной реакции началом сепсиса, в результате приводящего к септическому шоку. Однако чрезмерный фокус на воспалении и заблуждения в понимании модели сепсиса привели к наблюдаемой смертности. Современное определение сепсиса, по словам докладчика, таково: жизнеугрожающая дисфункция органов человека, вызванная дисрегуляторным ответом организма на инфекцию. Нарушение механизмов иммунного ответа макроорганизма на его инфицирование проявляется повреждением собственных тканей и органов. Септический шок при этом является клиническим вариантом наиболее тяжелого течения сепсиса, которое характеризуется циркуляторной недостаточностью, артериальной гипотонией и расстройствами клеточного метаболизма. Говоря о лечении больных сепсисом, докладчик обратила внимание на два решающих фактора: как можно более быстрое начало терапии и правильный выбор препарата, поскольку уровень смертности, связанный с неадекватной стартовой антибактериальной терапией, довольно высок. Отмечая антибактериальные препараты с хорошей чувствительностью к уропатогенам и возбудителям ИМП, назначаемые при стартовой терапии сепсиса, Тамара Сергеевна назвала карбапенемы I и II поколений (эртапенем, имипенем/циластатин, меропенем), фторхинолоны (левофлоксацин и ципрофлоксацин) в больших дозах, защищенные β-лактамы (пиперациллин/тазобактам), цефалоспорины IV поколения (цефепим), а также комбинированную терапию этими препаратами.

#### Клинический разбор наблюдения осложненной ИМП

Прежде чем перейти к клиническим примерам, Л.А. Сняжкова напомнила о причинах возникновения осложненных ИМП. Самой важной из них она назвала нарушения уродинамики, причинами которых могут быть: обструкция мочевыводящих путей камнем почки, мочеточника или мочевого пузыря, опухолью почки; инфравезикальная обструкция; пролапс гениталий или мочевого пузыря у женщин; нейрогенные нарушения мочевыводящих путей; наличие в них инородного тела. «Также важно иметь в виду, где именно возникло инфекционно-воспалительное заболевание: дома у пациента (амбулаторно) или в процессе оказания ему медицинской помощи (в стационаре)», – отметила



Внимание зала приковано к докладу

она. Далее докладчик перешла к разбору клинических наблюдений.

В первом, описанном ею наблюдении у 31-летней пациентки с беременностью сроком 21 неделя (третья беременность) были жалобы на боли в поясничной области и повышенная температура до 39 °С. Пациентка поступила в больницу им. С.П. Боткина 27 января 2017 г. У нее не было урологического анамнеза, а прежние беременности протекали без осложнений. При УЗИ подвижность почки сохранена, ее паренхима однородна с обеих сторон, однако выявлена дилатация чашечно-лоханочной системы справа. Исходя из полученных данных, у больной был диагностирован острый обструктивный пиелонефрит справа на фоне беременности. Поскольку лечение пациентки при данном диагнозе должно начинаться с восстановления уродинамики, ей было выполнено стентирование верхних мочевыводящих путей справа, а затем начата антибактериальная терапия цефалоспорином III поколения (цефтриаксон 2 г внутривенно 1 раз в сутки), в результате чего у пациентки отмечена положительная динамика. Однако через день, 29 января, положение резко ухудшилось: возобновилась боль в поясничной области, температура поднялась до 39,5 °С, артериальное давление снизилось до 70/40 мм рт.ст., уровень прокальцитонина составил 10 нг/мл. «Диагностирован бактериотоксический шок, возникший у пациентки по причине миграции (отхождения) стента, – пояснила профессор Л.А. Сняжкова. – Больную немедленно перевели в реанимационное отделение, где была начата противошоковая терапия, на фоне которой проводили инструментальные манипуляции по восстановлению уродинамики. Попытка вернуть стент в исходное положение не увенчалась успехом, поэтому больной выполнили чрескожную перкутанную нефростомию. Затем была начата терапия антибиотиками меронем и линезолид. На фоне терапии произошла стабилизация состояния пациентки без угрозы прерывания беременности».

Далее докладчик остановилась на основных моментах ведения беременных с острым пиелонефритом, среди которых были названы госпитализация, бактериологическое исследование крови и мочи,

контроль выделительной функции почек и мониторинг жизненно важных функций. Любовь Александровна заметила, что выбор методики дренирования верхних мочевыводящих путей должен зависеть от причины нарушения уродинамики (мочекаменная болезнь, снижение тонуса мочевыводящих путей, сдавление мочеточника маткой), сроков беременности, а также стадии пиелонефрита (серозный, гнойный). «Среди методов дренирования стоит отдать предпочтение стентированию мочевыводящих путей. Если по какой-то причине оно невозможно, следует выбрать чрескожную перкутанную нефростомию. После установки внутреннего стента и восстановления пассажа мочи по верхним мочевыводящим путям пациентке необходимо соблюдать следующие правила: режим частого мочеиспускания, выполнение УЗИ ежемесячно на протяжении всей беременности и наблюдение не только акушером-гинекологом, но и урологом, который своевременно может при необходимости откорректировать стояние стента или при необходимости заменить его. И еще один важный момент: когда такую пациентку после купирования атаки пиелонефрита выписывают из стационара, в выписке необходимо обязательно указать, что в ее мочевыводящих путях находится стент. Это правило позволит избежать проблемы «забытого стента».

Далее докладчик отметила, что кроме дренирования почки беременной пациентке необходима адекватная антибактериальная терапия, в первую очередь, безопасная для плода. К категории таких антибактериальных препаратов, по мнению докладчика, следует отнести пенициллины, аминопенициллины в сочетании с ингибиторами β-лактамаз, цефалоспорины, меронем, эртапенем, азтреонам, клиндамицин, эритромицин, азитромицин, метронидазол, нитрофурантоин, а назначать их следует со II триместра беременности.

В заключение своего доклада профессор Л.А. Сняжкова обратила внимание на то, что на неблагоприятный исход тяжелых ИМП оказывают существенное влияние два фактора: промедление с назначением антибактериальной терапии и ее неадекватность на первом этапе лечения. ■

Материал подготовил Максим Боев

<<...>>

**На неблагоприятный исход тяжелых ИМП оказывают существенное влияние два фактора: промедление с назначением антибактериальной терапии и ее неадекватность на первом этапе лечения**



# Биорегуляторные простатические пептиды в лечении пациентов с заболеваниями предстательной железы

В статье рассмотрены патогенетические основы применения биорегуляторных простатических пептидов в лечении пациентов с заболеваниями предстательной железы. Представлены результаты применения пептидного биорегулятора Витапрост в лечении больных хроническим простатитом и доброкачественной гиперплазией предстательной железы.



**И.В. КУЗЬМИН,**  
д.м.н., профессор кафедры урологии  
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,  
Санкт-Петербург

История пептидных биорегуляторов берет начало с 70-х гг. XX века, когда отечественные исследователи В.Х. Хавинсон и В.Г. Морозов, работавшие в то время в Военно-медицинской академии в Ленинграде, разработали методику получения из тканей животных особых веществ, названных ими цитомедины. Цитомедины представляли собой основные пептиды с молекулярной массой от 1 до 10 кДа и изначально предназначались к использованию для восстановления и нормализации функции тех органов и тканей, из которых они были получены. Впоследствии было обнаружено, что эти пептиды обладают также значимым системным действием на важнейшие процессы организма – метаболические, иммунные, гемодинамические, коагуляционные и др. По этой причине тканевые пептидные экстракты в дальнейшем получили наименование пептидные биорегуляторы, или биорегуляторные пептиды. Этим названием подчеркивалась возможность их участия в регуляции базовых физиологических процессов человеческого

организма. К таковым, как известно, относятся дифференцировка и пролиферация клеток, развитие и старение организма, обмен и воспроизведение генетической информации.

На сегодняшний день в клинической практике применяют пептидные препараты из вилочковой железы, коры головного мозга, предстательной железы (ПЖ). Последние получили особенно широкую известность и распространение в практической медицине, что связано, главным образом, с их уникальными свойствами. Простатические пептиды были впервые получены в середине 80-х гг. прошлого века из ПЖ быков методом уксуснокислой экстракции. Изначально данные вещества представляли собой комплекс щелочных пептидов с молекулярной массой около 10 кДа. В последующем путем ультрафильтрации этого комплекса была выделена лечебная форма препарата, состоящая из пептидов, молекулярная масса которых уже не превышала 5 кДа. Разработчики дали полученному препарату условное название «просталин».

Доклиническое исследование экстракта ПЖ проводили в нескольких научно-исследовательских учреждениях. Большинство экспериментальных исследований были выполнены в научных подразделениях 1-го Ленинградского медицинского института (сейчас – Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова) и Военно-медицинской академии. Последовавшие затем клинические испытания показали высокую эффективность простатических пептидов при лечении пациентов с различными урологическими заболеваниями. Большинство исследований были посвящены применению пептидных биорегуляторов в лечении больных заболеваниями ПЖ.

В настоящее время лекарственные препараты на основе пептидных биорегуляторов, выделенных из ПЖ, включают в себя формы для парентерального введения в виде внутримышечных инъек-

ций, для перорального применения в виде таблеток и ректальные суппозитории. Наибольшую известность получили препараты с различным способом введения, объединенные названием «Витапрост» (регистрационный номер ЛС-001136 от 26.02.2002).

Простатические пептиды являются особым и в большой мере, уникальным классом лекарственных препаратов. Они органотропны по отношению к ПЖ и в то же время обладают множеством важных биологических свойств. На сегодняшний день установлено, что пептидные регуляторы, выделенные из ПЖ, обладают широким спектром биологической активности. Наиболее значимыми из них являются способность улучшать микроциркуляцию в больном органе, оказывать противовоспалительное и иммуностропное действие. Противовоспалительное действие связано со способностью уменьшать время свертывания крови и повышать антиагрегационную активность сосудистой стенки, улучшать микроциркуляцию крови, усиливать фибринолитическую активность крови, усиливать синтез антигистаминовых и антисеротониновых антител. Простатические пептиды обладают иммуномодулирующим и иммуностимулирующим действиями. Весьма важным для больных урологического профиля является наличие у про-

статических пептидов способности воздействовать на функцию мочевого пузыря, усиливая сократительную активность детрузора. Несмотря на свою высокую биологическую активность, пептиды ПЖ не оказывают какого-либо побочного влияния на структуру и функции различных органов и систем и не обладают мутагенным эффектом.

Лекарственные средства на основе простатических пептидов представлены несколькими наименованиями, наибольшее распространение из которых получил Витапрост. Этот препарат выпускается в следующих формах: Витапрост в форме суппозитория (доза по экстракту простаты сампрост – 50 мг); Витапрост форте в форме суппозитория (доза по экстракту простаты сампрост – 100 мг); Витапрост в форме таблеток (доза по экстракту простаты сампрост – 100 мг); Витапрост Плюс в форме суппозитория (доза по экстракту простаты сампрост – 100 мг в сочетании с ломефлоксацином гидрохлоридом в дозе 400 мг).

Простатические пептиды широко используются при лечении различных урологических заболеваний. Наибольший опыт накоплен, что естественно, при лечении пациентов с заболеваниями ПЖ – хроническим простатитом (ХП) и доброкачественной гиперплазией ПЖ (ДГПЖ).

<<...>>

**В настоящее время лекарственные препараты на основе пептидных биорегуляторов, выделенных из ПЖ, включают в себя формы для парентерального введения в виде внутримышечных инъекций, для перорального применения в виде таблеток и ректальные суппозитории**



Общепризнано, что в основе развития ХП лежит нарушение органной гемодинамики, что предполагает необходимость патогенетического лечения. Вследствие замедления оттока крови возникает патологическая венозная гиперемия ПЖ, нарушается функция свертывающей системы крови, возникает тромбоз микрососудов, что приводит к нарушению микроциркуляции. Экссудативные процессы в ПЖ сопровождаются высвобождением медиаторов воспаления, миграцией лейкоцитов в ткань ПЖ, ее инфильтрацией ими и развитием аутоиммунных реакций. Неинфекционное, асептическое воспаление, развившееся вследствие нарушения микроциркуляции в ПЖ, при присоединении инфекционного агента может перейти в инфекционное. Таким образом, ведущими патогенетическими факторами возникновения и развития ХП являются расстройства микроциркуляции в ПЖ и тесно с ними связанные нарушения иммунитета. Общепризнано, что терапия больных ХП должна быть комплексной и направленной на все звенья этиологии и патогенеза болезни. За последние 15 лет, прошедшие после регистрации Витапроста, в нашей стра-

заболевания по Международной шкале NIH-CPSI по завершении лечения рег у 592 (97,5%) из 607 больных. Если общий показатель симптомов до лечения составлял  $36,48 \pm 1,64$  балла, то к концу лечения снизился до  $8,45 \pm 0,9$  ( $p < 0,001$ ), через 2 года после завершения лечения был равным  $5,3 \pm 0,41$ , а через 5 лет –  $3,11 \pm 0,33$  балла. После завершения лечения у больных этой группы улучшились показатели кровотока в ПЖ, при этом пиковая систолическая скорость кровотока к концу лечения возросла с  $8,67 \pm 0,46$  до  $14,21 \pm 0,71$  см/сек. У больных после лечения улучшились показатели спермограммы. На эректильную дисфункцию до лечения предъявляли жалобы 66,3% больных хроническим абактериальным простатитом, а после лечения – 29,7%. Обострение хронического абактериального простатита в течение 3 лет после завершения основного курса лечения было выявлено у 12 (18,2%) из 66 больных, получавших профилактические курсы Витапроста 2 раза в год, и у 22 (55%) из 40 больных контрольной группы.

Проведено лечение 149 больных хроническим бактериальным простатитом,



**На сегодняшний день можно утверждать о целесообразности и патогенетической оправданности применения простатического пептидного биорегулятора Витапрост в лечении пациентов с заболеваниями ПЖ – ХП и ДГПЖ. Витапрост может быть рекомендован к широкому применению практикующими урологами**

этих препаратов – органотропности и полифункциональности. С одной стороны, простатические пептиды нормализуют пролиферацию, дифференцировку и функцию клеток ПЖ. С другой стороны, они вызывают ряд системных эффектов вследствие влияния на систему гемостаза и иммунитета.

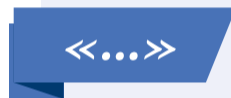
Накоплен большой опыт применения Витапроста в лечении больных ДГПЖ. За последнее десятилетие в нашей стране проведено большое число исследований, подтвердивших эффективность терапии Витапростом у данной категории больных. К наиболее значимым из них можно отнести исследования А.А. Камалова и соавт. (2007), А.М. Миллера и соавт. (2008), В.Н. Журавлева и соавт. (2008), В.Н. Крупина (2009), В.Г. Гомберга, Ю.Т. Надя (2010), Б.А. Неймарка и соавт. (2013). Все указанные исследования подтвердили эффективность применения Витапроста, выражавшейся в уменьшении выраженности симптоматики ДГПЖ, улучшении качества жизни, снижении объема остаточной мочи и повышении скорости потока мочи. Результаты исследования, проведенного в клинике урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, также показали эффективность применения Витапроста у 35 больных ДГПЖ. Критериями включения в исследования были умеренная и выраженная симптоматика заболевания по шкале IPSS (более 8) и умеренная или легкая степень инфравезикальной обструкции (максимальная скорость потока мочи менее 12 мл/с и объем остаточной мочи более 50 мл). Средний возраст пациентов составлял  $64,8 \pm 6,4$  года. Всем больным назначали Витапрост форте по 1 ректальному суппозиторию в сутки в течение 20 дней (на курс 20 суппозиториев). Никаких других лекарственных препаратов для лечения ДГПЖ пациенты в этот период не получали. До начала лечения и сразу после его окончания всем пациентам проводили комплексное обследование, включавшее в себя оценку выраженности симптоматики с помощью анкеты IPSS, урофлоуметрию, ультразвуковое исследование с определением объема остаточной мочи и объема ПЖ. В процессе лечения препаратом Витапрост форте отмечено достоверное снижение выраженности симптоматики ДГПЖ, что

нашло отражение в уменьшении суммы баллов по шкале IPSS. Если до лечения этот показатель равнялся  $15,9 \pm 1,6$ , то через 20 дней лечения составил  $11,8 \pm 1,5$  балла (–25,8%). Снижение интенсивности клинических проявлений ДГПЖ сопровождалось улучшением качества жизни пациентов. Исходное значение показателя QoL составило  $3,6 \pm 0,2$ . После окончания лечения Витапростом значение этого показателя снизилось до  $3,1 \pm 0,2$  (–13,8%). Улучшению симптоматики ДГПЖ при применении Витапроста сопутствовало улучшение оттока мочи из мочевого пузыря. Об этом свидетельствовало существенное повышение скорости потока мочи по результатам урофлоуметрии и уменьшение количества остаточной мочи в мочевом пузыре. Максимальная объемная скорость потока мочи увеличилась с исходных  $10,2 \pm 1,4$  до  $12,8 \pm 1,4$  мл/с (+25,4%) к окончанию лечения. Объем остаточной мочи уменьшился с  $53,2 \pm 6,7$  исходно до  $37,6 \pm 4,9$  мл (–29,3%) к 20-му дню от начала терапии.

Результаты проведенных исследований не показали достоверного изменения размеров ПЖ в результате лечения. До начала терапии и после ее завершения объем ПЖ составил  $45,7 \pm 4,1$  и  $43,9 \pm 4,5$  см<sup>3</sup> соответственно. Также не отмечено влияния Витапроста на уровень простатического специфического антигена (ПСА).

Таким образом, применение Витапроста сопровождалось достоверным уменьшением симптоматики ДГПЖ и улучшением качества жизни больных, увеличением скорости потока мочи и уменьшением объема остаточной мочи. На размеры ПЖ и содержание ПСА в крови больных Витапрост форте влияния не оказывал. Переносимость Витапроста форте была удовлетворительной. Ни у одного из больных не отмечено побочных эффектов, связанных с применением препарата.

На сегодняшний день можно утверждать о целесообразности и патогенетической оправданности применения простатического пептидного биорегулятора Витапрост в лечении пациентов с заболеваниями ПЖ – ХП и ДГПЖ. Витапрост может быть рекомендован к широкому применению практикующими урологами.



**За последние 15 лет, прошедшие после регистрации Витапроста, в нашей стране проведены десятки исследований его применения в лечении больных ХП. Во всех исследованиях подтверждена эффективность препарата**

не проведены десятки исследований его применения в лечении больных ХП. Во всех исследованиях подтверждена эффективность препарата.

В клинике урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, начиная с 2004 г., под наблюдением находились 830 больных ХП, которые получали Витапрост (В.Н. Ткачук и соавт., 2016): 607 больным абактериальным ХП назначали Витапрост в свечах и в таблетках, в т.ч. 398 больным назначали препарат в свечах, доза по просту составляла 50 мг; 120 больных получали Витапрост в свечах, доза по просту составляла 100 мг, а 89 больных получали Витапрост в таблетках. Длительность лечения составляла 30 дней. Для профилактики обострений хронического абактериального простатита 66 больных после проведенного лечения получали профилактические курсы, для чего 2 раза в год на протяжении 3 лет им в течение 30 дней назначали Витапрост в таблетках. Сто сорок девять больных хроническим бактериальным простатитом получали Витапрост Плюс в свечах по 1 ректальному суппозиторию 1 раз в сутки. Длительность лечения составила 30 дней.

Результаты применения Витапроста были положительными. Симптоматика

которым назначали Витапрост Плюс в виде суппозиториев 1 раз в сутки в течение 30 дней. Каждая свеча содержала 100 мг экстракта ПЖ и 400 мг ломефлоксацина гидрохлорида. У всех больных до лечения в эякуляте были выявлены микроорганизмы в концентрации  $10^3$  и более КОЕ/мл, в т.ч. *Escherichia coli* – у 92 (61,7%) больных, *Enterococcus faecalis* – у 16 (10,7%) больных, *Staphylococcus haemolyticus* – у 31 (20,8%) больного, *Proteus mirabilis* – у 10 (6,7%) больных. Эрадикация микроорганизмов после лечения Витапростом Плюс была достигнута у 130 (87,2%) из 149 больных этой группы.

Проведенные исследования позволили сделать вывод об эффективности и патогенетической обоснованности применения Витапроста при лечении больных как бактериальной, так и абактериальной формами ХП. Препарат способствовал восстановлению гемодинамики ПЖ, уменьшению ее отека и снижению активности воспалительного процесса, что сопровождалось клиническим улучшением.

Лечебный эффект простатических пептидов достигается потенцированием двух базовых биологических свойства



# На XIII съезде РОУ выбрали Председателя, Правление и Президиум общества

8 ноября Российское общество урологов (РОУ) провело в Москве XIII съезд своих делегатов, на котором были выбраны Правление, Председатель и Президиум РОУ. Это мероприятие совпало по времени с двумя другими важными событиями — 110-летием общества и XVII Конгрессом РОУ.

В соответствии с традициями и регламентом на съезде был заслушан отчетный доклад Председателя Российского общества урологов, члена-корреспондента РАН, заведующего кафедрой и директора клиники урологии им. Р.М. Фронштейна Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, заместителя директора НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессора Юрия Геннадьевича Аляева.

Юрий Геннадьевич сообщил делегатам о том, что сегодня в РОУ входят 70% урологов России, а их общая численность составляет 4707 профессионалов. За последние 5 лет число членов РОУ удалось увеличить более чем в два с половиной раза, что не преминул отметить Президент национальной медицинской палаты Леонид Михайлович Рошаль. Профессор Ю.Г. Аляев назвал РОУ одним из самых активных медицинских общественных объединений: сегодня эта корпорация действует в восьми Федеральных округах и восьмидесяти регионах России, объединяя более десятка независимых профессиональных сообществ.

Председатель РОУ упомянул о традициях общества, одной из которых стало проведение мероприятий в разных городах России: в течение последних пяти лет ежегодные форумы собирались в Саратове («Интеграция в урологии»), Санкт-Петербурге («Российская урология в 21 веке»), Уфе («Урология в 21 веке» в формате «живой хирургии»). При этом РОУ удалось укрепить и расширить свои международные связи: так, в работе юбилейного Конгресса РОУ в Санкт-Петербурге в 2015 г. приняли участие более 100 иностранных коллег. Причем значительную их часть составили представители Европейской ассоциации урологов из Великобритании, Италии, Дании, Германии, Австрии, Венгрии, Испании, Франции, а также США, Израиля и Юго-Восточной Азии, приглашенные РОУ в качестве спикеров и делегатов. Ю. Г. Аляев сообщил о том, что начиная с этого года, Европейские школы будут проходить не только в рамках общероссийских конгрессов, но и в период работы региональных урологических конференций. В частности, проведение одной из таких школ запланировано на сентябрь 2018 г. в Красноярске. «Мероприятия РОУ сегодня сравнимы с европейскими по формату, статусу, научной составляющей и уровню организации. И это не зависит от города. Нас посещают от 1500 до 2000 человек ежегодно, и с каждым годом растет число молодых участников, — сообщил докладчик. — Кстати, российские урологи идут в ногу с европейской урологией, интересуясь не только европейскими гайдлайнами, но и новыми открытиями

и достижениями урологов других континентов, вступают в мировые профессиональные сообщества».

Упомянув о недавно прошедшем в Москве VI съезде Национальной медицинской палаты, Председатель РОУ отметил, что в приветственной речи от лица Президента России В.В. Путина вице-премьер О.Ю. Голодец и министр здравоохранения В.И. Скворцова обратили внимание на необходимость постоянного повышения профессионального уровня российских врачей. «Это является одной из приоритетных задач руководства нашей страны, — сказал профессор Ю.Г. Аляев. — И это в полной мере соответствует основным целям нашего общества. Ежегодно мы издаем обновленные клинические рекомендации, которые являются настольной книгой для наших специалистов. В связи с этим я выражаю благодарность коллективу авторов, которые из года в год работают над этими обновлениями. Также мы ежегодно переводим на русский язык клинические рекомендации Европейского общества урологов. А с помощью наших on-line-трансляций коллеги из отдаленных регионов России могут дистанционно наблюдать самые интересные выступления, мастер-классы и лекции. Таким образом, каждый конгресс РОУ способен охватить более 50% урологической аудитории нашей страны, что способствует профессиональному росту врачей-урологов».

Значительная часть отчетного доклада Председателя была посвящена региональным урологическим обществам и объединениям, где при участии РОУ были организованы школы по различным проблемам урологии. За последние годы в рамках программы непрерывного медицинского образования было проведено более 50 образовательных конференций и конгрессов, где за 2 последних года прошли обучение более 3500 урологов. В связи с этим докладчик обратил внимание на профессиональный рост российских специалистов: за последние 5 лет членами РОУ было защищено более 100 диссертаций, из которых 70% были кандидатскими, а 30% — докторскими.

В 2013 г. члены Правления РОУ создали серию электронных обучающих модулей. Такая работа, по словам профессора Ю.А. Аляева, была проведена впервые в стране, и сегодня на сайте электронной медицинской библиотеки [www.rosmedlib.ru](http://www.rosmedlib.ru) можно воспользоваться девятью модулями, которые представлены наиболее актуальными направлениями в урологии по гематурии, острому простатиту, камням мочеточников, травме уретры, травме почки, острому циститу, урогенитальному туберкулезу, острой почечной недостаточности, пиелитам.



В заключение Юрий Геннадьевич Аляев отметил, что сегодня перед РОУ стоят новые непростые задачи и самыми основными из них являются дистанционное обучение врачей, сертификация специалистов, усовершенствование стандартов оказания урологической помощи и многое другое.

Обсудив отчетный доклад Председателя и итоги работы РОУ за 5 лет, делегаты съезда признали работу общества удовлетворительной и перешли к выборам нового состава Правления Российского общества урологов сроком на 5 лет. В результате открытого голосования Ю.Г. Аляев был переизбран в качестве Председателя РОУ. В соответствии с регламентом РОУ профессор Ю.Г. Аляев огласил свои предложения, и члены Правления проголосовали за новый состав Президиума РОУ, в который вошли: Амосов Александр Валентинович (Москва), Алексеенко Сергей Николаевич (Краснодар), Аль-Шукри Сальман Хасунович (Санкт-Петербург), Антонов Александр Геннадьевич (Хабаровск), Аполихин Олег Иванович (Москва), Борисов Владимир Викторович (Москва), Братчиков Олег Иванович (Курск), Винаров Андрей Зиновьевич (Москва), Гаджиева Заида Камалудиновна (Москва), Газимиев Магомед Алхазурович (Москва), Глыбочко Петр Витальевич (Москва), Гудков Александр Владимирович (Томск), Даренков Сергей Петрович (Москва), Деревянко Татьяна Игоревна (Ставрополь), Дутов Валерий Викторович (Москва), Журавлев Владимир Николаевич (Екатеринбург), Казанская Ирина Валерьевна (Москва), Камалов Армаис Альбертович (Москва), Каприн Андрей Дмитриевич (Москва), Капсаргин Федор Петрович (Красноярск), Коган Михаил Иосифович (Ростов-на-Дону), Комяков Борис Кириллович (Санкт-Петербург), Корнеев Игорь Алексеевич (Санкт-Петербург), Котов Сергей Владиславович (Москва), Кривобородов Григорий Георгиевич (Москва), Кульча-

веня Екатерина Валерьевна (Новосибирск), Лоран Олег Борисович (Москва), Мартов Алексей Георгиевич (Москва), Матвеев Всеволод Борисович (Москва), Медведев Владимир Леонидович (Краснодар), Неймарк Александр Израилевич (Барнаул), Павлов Андрей Юрьевич (Москва), Павлов Валентин Николаевич (Уфа), Перепанова Тамара Сергеевна (Москва), Попков Владимир Михайлович (Саратов), Пушкарь Дмитрий Юрьевич (Москва), Раснер Павел Ильич (Москва), Ситдыкова Марина Эдуардовна (Казань), Теодорович Олег Валентинович (Москва), Ткачук Владимир Николаевич (Санкт-Петербург), Третьяков Андрей Александрович (Тюльская область), Щеплев Петр Андреевич (Московская область), Яненко Элана Константиновна (Москва).

Главным научным секретарем РОУ был заново переизбран Ю.Д. Пушкарь, заместителем Председателя по образованию — М.И. Коган. Первым заместителем Председателя РОУ избран М.А. Газимиев. Также были вновь переизбраны казначей А.В. Амосов и заместители Председателя — В.В. Борисов, А.Г. Мартов, В.Б. Матвеев, А.А. Камалов, П.А. Щеплев, И.В. Казанская.

На XIII съезде РОУ состоялось присуждение званий почетных членов РОУ и вручение медалей «За заслуги перед Российским обществом урологов». В частности, медали были вручены представителям Сеченовского университета — профессорам Андрею Зиновьевичу Винарову и Магомеду Алхазуровичу Газимиеву, а благодарность — профессору кафедры факультетской хирургии по курсу урологии Южно-уральского государственного медицинского университета, заслуженному деятелю науки России Николаю Ивановичу Тарасову.



teva

За дополнительной информацией в препаратах обращайтесь в представительство компании ООО «Тева» по адресу: 115054, Москва, ул. Вавшвая, д. 35; тел.: +7 (495) 644 22 34 (35) DYNF-RU-00062-PHARM-DOK.

ДИНАМИКО ФОРВАРД. Инструкция по применению одноименного препарата для лечения эректильной дисфункции. Торговое название: ДИНАМИКО ФОРВАРД. МНН: силденафил. Лекарственная форма: пленка, диспергируемая в полости рта. Фармакологическая группа: средство лечения эректильной дисфункции – S155-ингибитор. Показания к применению: Лечение эректильной дисфункции, характеризующейся неспособностью к достижению или сохранению эрекции достаточной длины, достаточной для удовлетворительного полового акта. Эффективен только при сексуальной стимуляции. Противопоказания: (Полная информация – см. Инструкцию по применению). Гиперчувствительность и гиперкальциемия (либо другому лекарственному препарату, при назначении или в период приема) транквилизирующих средств, органических нитратов или нитратов в любых лекарственных формах, особенно для исторических случаев аллергии или непереносимости (например, с липидными сердечно-сосудистыми заболеваниями, тахикардией, нестабильной стенокардией, инфарктом миокарда, сердечной недостаточностью, перенесенной в течение последних 6 месяцев, нарушением ритма сердца, преэксцитацией или инфаркт миокарда, однократный прием растворителя, хроническая почечная недостаточность, инвазивная стоматология, наследственные заболевания, заболевания, требующие осторожности, например, не рекомендуется принимать одновременно с другими средствами для лечения эректильной дисфункции, не назначать для применения у женщин и детей до 12 лет. Способ применения и дозы: (Полная информация – см. Инструкцию по применению). Внутрь, примерно за 1 час до планируемой сексуальной активности. По 50 мг. Утром, сразу после пробуждения и перед сном доза может быть увеличена до 100 мг или снижена до 25 мг. Побочные действия: (Полная информация – см. Инструкцию по применению). Головокружение, головная боль, заложенность, затрудненное дыхание, нарушение зрения, снижение артериального давления, тошнота, диарея, боль в спине. Срок годности: 3 года. Не применять по истечении срока годности. Условия отпуска: По рецепту. Регистрационный номер: ПР-055518. С подробной информацией о препарате можно ознакомиться в инструкции по применению. 1. Пленка растворяется на языке приблизительно в течение 60 секунд. Data on file 1-A Clinical study in healthy male volunteers to evaluate buccal absorption of Teva's orally soluble film 50 mg Sildenafil. Protocol Number CFC-COF-001 Ver 1.5). Ученые в виду экспериментально процесс растворения пленки, помещенной на язык. 2. Инструкция по медицинскому применению ДИНАМИКО ФОРВАРД.

# СЕКС БЕЗ ВОДЫ

## ПЛЁНКА

для лечения эректильной дисфункции.

Быстро растворяется на языке<sup>1</sup> и не требует запивания.<sup>2</sup>

Подробности на [HAPPYEND.RU](http://HAPPYEND.RU)





# Профессор Игнасио Монкада: «Опыт хирурга – основная возможность избежать осложнений»

Основную тему XVII Конгресса Российского общества урологов – проблемы осложнений при различных вмешательствах в урологии – специалисты продолжили обсуждать на пленарном заседании 9 ноября.



Академик РАН А.Д. Каприн

Свой доклад об осложнениях оперативного и лучевого лечения больных раком предстательной железы (РПЖ) академик РАН, заслуженный врач РФ, директор Московского Научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена, д.м.н., профессор **Андрей Дмитриевич Каприн** начал со статистики заболеваемости населения России РПЖ. По его словам, в 2016 г. было впервые выявлено 39 567 случаев этого заболевания, а его прирост за 11 лет составил 136%. При этом возросла доля больных РПЖ с высоким и очень высоким риском прогрессирования, которым необходимо проводить оперативное лечение.

В связи с этим, говоря о радикальной простатэктомии (РПЭ), докладчик разделит осложнения, которые возникают после данного вмешательства, на две категории: онкологические (связанные с неправильным онкологическим подходом и выбором неадекватного объема операции) и технические (связанные непосредственно с выполнением оперативного вмешательства). Среди онкологических осложнений им были отмечены невыполнение лимфаденэктомии (ЛАЭ) или выполнение ограниченной ЛАЭ у больных высокого риска, применение нервосберегающей техники у больных с высоким риском или экстракапсулярной инвазией опухоли, выполнение интра- или интерфасциальной РПЭ у больных местнораспространенным РПЖ. «В результате такие осложнения способны привести к неудаленным метастазам в лимфатических узлах, положительному хирургическому краю (наличие остатков опухоли по линии резекции), необходимости проведения комбинированного лечения, а главное – к ухудшению опухолево-специфической выживаемости», – отметил он.

Среди возможных последствий лучевой терапии докладчик назвал осложнения со стороны мочеполовых органов (лучевой цистит, макрогематурия, обструкция нижних мочевыводящих путей, недержание мочи, эректильная дисфункция), осложнения со стороны кишечника (лучевой ректит, ректальные кровотечения, кишечная непроходимость), недержание кала), а также сочетанные (пузырно-прямокишечный свищ).

Говоря о принципах лечения лучевого ректита, профессор А.Д. Каприн рекомендовал следующее: «В данном случае необходима коррекция акта дефекации и анемии, купирование болей, вазоактивная терапия (ангиопротекторы, метаболические препараты, декстраны), местная консервативная терапия (микроклизмы, свечи, орошения), гипербарическая оксигенация». Особое внимание при этом докладчик обратил на остановку кровотечения, рекомендуя для этой цели монополярную, химическую или аргоноплазменную коагуляцию, радиочастотную или криоабляцию, эмболизацию питающих сосудов. В качестве местного лечения профессор А.Д. Каприн рекомендовал применять инстилляции в мочевой пузырь, внутритазовые блокады, трансуретральную резекцию (ТУР) мочевого пузыря, электрокоагуляцию.

Тему осложнений трансуретральной эндоскопической хирургии заболеваний нижних мочевыводящих путей затронул заведующий кафедрой урологии и андрологии ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА РФ, заведующий отделением урологии ГКБ им. Д.Д. Плетнева, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ **Алексей Георгиевич Мартов**. Среди основных мер профилактики осложнений ТУР простаты им были названы применение только сертифицированного оборудования, «антибактериальная премедикация», заведение резектоскопа в мочевой пузырь с оптическим обтуратором (с использованием геля), использование резектоскопа с постоянным промыванием, ранняя коагуляция кровоточащих сосудов. «При монополярной ТУР не оперируйте более 60 минут, используйте преимущества биполярной ТУР простаты, выполняйте операцию технически грамотно и аккуратно», – напомнил он.

Чтобы минимизировать осложнения при трансуретральных операциях на уретре, профессор А.Г. Мартов рекомендовал всегда использовать проводник при эндохирургии уретры, выполнять рассечение уретры строго «на 12-ти часах», избегая форсированных движений инструментом, дренировать мочевой пузырь уретральным катетером раз-

мером до 18 Fr на срок не менее 12 дней, избегая электрохирургии. «А пациенты с протяженными (более 1 см) стриктурами уретры рецидивного характера посттравматической этиологии, пенильной и мембранозной локализации должны быть предупреждены о большем риске развития осложнений», – напомнил он.

Говоря о мерах профилактики травмы устья мочеточника, докладчик напомнил об обязательной визуализации устья (проведение пробы с индигокармином, уретероскопия), катетеризации мочеточника



Профессор А.Г. Мартов

до начала ТУР мочевого пузыря. При безуспешности попыток визуализации устья мочеточника профессор А.Г. Мартов рекомендовал резекцию мочевого пузыря при минимальной подаче энергии (80–100 Вт) и максимально щадящей точечной коагуляции (60 Вт) в проекции его локализации. «При визуализации устья после ТУР необходимо провести катетеризацию (стентирование) устья», – отметил он.

Доклад директора Университетской клиники МГУ им. М.В. Ломоносова, академика РАН, д.м.н., профессора **Армаиса Альбертовича Камалова** был посвящен осложнениям эндоскопического лечения камней мочеточника и их профилактике. Говоря о выполнении трансуретральной уретероскопии, докладчик напомнил, что одним из обязательных условий ее выполнения является выведение на одну ось неравнозначно расположенных верхних и нижних мочевыводящих путей. «При этом узкое миниатюрное устье мочеточника является одним из факторов осложняющих уретероскопию», – отметил он. Говоря о профилактике осложнений при данной операции, профессор

А.А. Камалов обратил внимание на дилатацию устья мочеточника, использование струн-проводников, катетеров и стентов, улучшающих визуализацию и обеспечивающих контроль проведения инструмента по мочеточнику. «Одним из факторов, влияющих на развитие осложнений при эндоскопических операциях на мочеточнике, может быть несоответствие диаметров уретероскопа и мочеточника, что способно привести к возникновению циркулярного повреждения стенки мочеточника с последующим образованием его стриктуры», – сказал он. – А при тонком мочеточнике дренирование на 2–3 дня катетером приводит к его пассивной дилатации».

Среди причин осложнений, которые могут возникнуть при уретеролитоэкстракции, докладчик назвал длительное стояние конкремента, инфильтрацию стенки мочеточника (буллезный отек), травматичную экстракцию крупных камней и их фрагментов, захват слизистой оболочки мочеточника при экстракции. «При крупных и «вколоченных» камнях, при длительном их стоянии, воспалительных изменениях стенки мочеточника для профилактики возможных осложнений первоначально производят дробление камня, а затем, при необходимости, удаляют раздробленные фрагменты экстракторами», – пояснил профессор А.А. Камалов. Лечение пациентов с осложнениями эндоскопического удаления камней мочеточника докладчик рекомендовал производить дренирование почки с помощью пункционной нефростомии или установки внутреннего стента: при повреждении слизистой оболочки мочеточника – на 7 дней, при более серьезной его травме – на 2–6 недель. При отрыве или инвагинации мочеточника, по его мнению, необходимо проведение открытой операции (нефростомия, уретероуретероанастомоз, уретероцистоанастомоз с интубацией мочеточника, аутоперитрансплантация почки, кишечная пластика мочеточника). При остром пиелонефрите пациенту необходима адекватная антибактериальная, противовоспалительная, дезинтоксикационная терапия на фоне дренирования верхних мочевыводящих путей.

Об осложнениях робот-ассистированной радикальной простатэктомии рассказал директор центра роботизированной медицины (Мадрид, Испания) профессор **Игнасио Монкада** (Ignacio Moncada). Он обратил внимание коллег на необходимость должной регистрации осложнений, систематизации их не только по числу, но и по тяжести, поскольку тяжелые осложнения порой могут привести к абсолютно иному течению заболевания. В градации



тяжести заболеваний докладчик рекомендовал использовать знакомую всем классификацию Clavien-Dindo. Далее профессор Монкада затронул тему РПЭ, целью которой является эрадикация заболевания и попытка сохранить эректильную функцию с возможностью удержания мочи. По словам докладчика, многие исследования показали существование определенных преимуществ этой операции по сравнению со стратегией активного наблюдения у мужчин с низким и промежуточным риском прогрессирования РПЖ. Кроме того, РПЭ может стать первым шагом в лечении и для пациентов с высоким риском и локализованным РПЖ. «Есть различные варианты выполнения РПЭ – открытая, лапароскопическая, роботизированная, и некоторые данные показывают преимущества последней, особенно при дегенеративных осложнениях, которые



Профессор И. Монкада

требуют оценки исходов. Однако пока у нас нет точной информации относительно онкологических исходов (долгосрочных, функциональных и качества жизни) после каждого из видов простатэктомии. Но что совершенно точно, хирургический опыт снижает число осложнений и частоту излечения от рака. Поэтому опыт хирурга – это наше все! – отметил докладчик. – Конечно, могут быть общие осложнения, связанные с анестезией, сосудистыми доступами, расположением порта у пациента, с травмой при введении троакара и т.д. К примеру, сосудистые осложнения, связанные с доступом, могут возникнуть, если вы вводите троакар напрямую. Также при заведении троакара и облучении сосуда существует риск образования гематомы в абдоминальной стенке. Осложнение, связанное с анестезией, способно спровоцировать неправильное положение пациента: к примеру при неверном положении колен хирург рискует повредить паховый нерв. Важно и расположение портов: когда вы вставляете дополнительный порт, Вам часто приходится проходить через мышечную часть брюшной стенки – в этом случае существует больший риск кровотечения из поврежденной эпигастриальной артерии». Далее профессор Монкада продемонстрировал несколько видео с собственными примерами проведенных операций и своевременными действиями хирурга, не позволяющими допустить осложнений. Резюмируя сказанное, он отметил преимущества роботизированной простатэктомии



перед другими аналогичными вмешательствами, имея в виду проблемы с недержанием мочи и эректильной дисфункцией.

Различия в осложнениях роботической (РАРП), лапароскопической (ЛРП), позадилонной и промежностной техник простатэктомии аудитории продемонстрировал д.м.н., профессор кафедры урологии и хирургической андрологии Российской медицинской академии последипломного образования, заслуженный врач РФ, заведующий урологическим отделением ГУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина» ДЗ Москвы **Евгений Ибадович Велиев**. Упомянув различные данные исследований, докладчик отметил, что частота осложнений при РАРП обычно бывает ниже, чем при ЛРП. А лапароскопическая ЛАЭ и ее расширенные версии коррелируют с худшими интра- и периоперационными результатами. Также профессор Е.И. Велиев обратил внимание коллег на то, что после РАРП частота осложнений без дренирования малого таза не превышает таковых с установкой страхового дренажа: «При этом возможен одинаковый риск развития лимфоцеле, – отметил он. – Однако при правильном отборе пациентов возможно бездренажное их введение после РАРП». На основании анализа ряда исследований докладчик сделал вывод о том, что РАРП является более безопасной и эффективной техникой с меньшей частотой осложнений, лучшим восстановлением эрекции и континенции, сниженным биохимическим рецидивом по сравнению с ЛРП. Также он подчеркнул, что циторедуктивная простатэктомия является технически более тонкой и безопасной операцией для отобранных пациентов с метастатическим процессом. В заключение профессор Е.И. Велиев обратил внимание коллег на применение критериев Martin-Donat для записи и анализа результатов оперативного лечения РПЖ (представленный в 2002 г. список из 10 стандартных критериев для точного и полноценного описания осложнений РПЭ).

Заместитель директора НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, к.м.н. **Дмитрий Викторович Еникеев** представил аудитории работу об осложнениях малоинвазивных методов лечения больных РПЖ. Сравнивая их эффективность на основании исследований, проведенных Европейской и Американской ассоциациями урологов, докладчик привел статистические данные выживаемости

пациентов через три года после каждой из операций: «В случаях проведения РПЖ выживаемость составила 75–97%, в случаях криоабляции – 58–96%, при HIFU-терапии с использованием высокоинтенсивного сфокусированного ультразвука – 75–96%, при брахитерапии – 92–98%».

Доктор Д.В. Еникеев отметил, что факторами риска недержания мочи могут являться возраст более 70 лет, ТУР простаты в анамнезе и сальважный характер операции. При этом в качестве лечения недержания мочи им была рекомендована консервативная терапия дулоксетином и упражнения Кегеля, а также оперативное лечение с помощью инъекций объемобразующих веществ, которые способны дать краткосрочную эффективность до 46%, установки слинга (эффективность до 50%) либо имплантации искусственного сфинктера (эффективность до 90–95%).



Профессор Е.И. Велиев

Факторами риска задержки мочеиспускания, по словам докладчика, могут являться возраст старше 70 лет,  $Q_{max}$  (максимальная скорость мочеиспускания) более 12 мл/с, объем простаты более 50 см<sup>3</sup>, а также сумма баллов по шкале IPSS (Международная шкала оценки простатических симптомов) более 20. В качестве консервативного лечения доктор Д.В. Еникеев рекомендовал применить дренирование мочевого пузыря,  $\alpha$ -адреноблокаторы и нестероидные противовоспалительные средства, что, по его словам, бывает эффективно в 55% случаев либо выполнить ТУР простаты. В случае стриктуры уретры лечением может являться

ее бужирование и уретротомия, либо уретропластика. В случае эректильной дисфункции эффективным, по мнению докладчика, будет прием ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа 3–4 раза в неделю (что бывает эффективно в 46% случаев), которые можно сочетать с интракавернозными инъекциями алпростадилла (дает эффект в 67% случаев). Также может быть эффективным протезирование полового члена. При ректоуретральном свище лечение, по мнению докладчика, должно быть поэтапным. Сначала необходимо провести дренирование мочевого пузыря (при дефекте более 1 см), затем – наложение колостомы. Через 3 месяца следует провести контрольную цистоскопию и ректосигмоидоскопию, которые покажут, насколько эффективным было лечение. В случае эффективности необходимо продолжить консервативную терапию, при отсутствии эффекта провести восстановительную операцию Йорк-Мейсона с трансректальным чрессфинктерным доступом, которая обычно бывает эффективной в 91% случаев.

Доклад об осложнениях биопсии предстательной железы сделал д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ **Александр Владимирович Зырянов**. Он отметил, что частота осложнений при трансректальной биопсии предстательной железы невысока. К ним относятся боль, острый простатит и орхит, эпидемит, гематурия, гемоспермия, острая задержка мочеиспускания и ректальное кровотечение. При этом трансректальная и промежностная сатурационная биопсии существенно не различаются по числу осложнений. Опираясь на исследования, проведенные им и его коллегами в урологической клинике Тюменского медицинского университета, профессор А.В. Зырянов обратил внимание на то, что выполнение fusion-биопсии позволило диагностировать РПЖ у 54,7% пациентов. По его мнению, при наличии показаний для повторной биопсии методами выбора являются сатурационная промежностная картирующая биопсия и прицельная fusion-биопсия под МРТ/ТРУЗ-навигацией с градацией по шкале PI-RADS более 3 баллов. «Именно эти варианты биопсии являются наиболее безопасными и малотравматичными», – резюмировал докладчик.

Материал подготовила Людмила Боева



# Андрология на Конгрессе РОУ: технологии, проблемы, перспективы

Конгресс Российского общества урологов (РОУ), который прошел 8–10 ноября в Москве, в этом году стал особенным: организация, объединившая более 4400 специалистов страны, отмечает свой юбилей. Девиз конгресса «110 лет достижений: из прошлого, через настоящее, в будущее» в полной мере отражает главный лейтмотив прозвучавших на нем докладов, авторы которых провели корреляцию между опытом прошлого, технологиями настоящего и перспективами будущего.

Одна из самых насыщенных секций конгресса была посвящена проблемам андрологии. Председатель секции – д.м.н., профессор, академик РАН, член Европейской ассоциации урологов Армаис Альбертович Камалов отметил, что задачи сохранения мужского здоровья не ограничиваются рамками одной специализации. И хотя флагманом андрологического направления не без основания считается урология, андрология не исчерпывается только лишь урологическими проблемами. Врачи этой специализации активно используют инструментарий эндокринологии, хирургии, психотерапии, а также внедряют современные биотехнологии.



к.м.н. Д.А. Охоботов

## Стволовые клетки и факторы роста

Об одной из таких перспективных технологий рассказал уролог, врач высшей категории, к.м.н. Дмитрий Александрович Охоботов. Его доклад был посвящен разработке группой исследователей во главе А.А. Камаловым метода лечения бесплодия и эректильной дисфункции (ЭД) с применением факторов роста мезенхимальных стволовых клеток. «Сегодня с помощью специфических маркеров можно отслеживать любые фазы жизни сперматогонийных стволовых клеток: этапы возбуждения, преддифференцировки, дифференцировки, этапы пролиферации. Однако многие вопросы использования стволовых клеток остаются нерешенными и актуальными: вопрос общей, онкогенной, вирусной и правовой безопасности их использования. Протоколы применения стволовых клеток сложны и предполагают проведение многоуровневой и комплексной работы на всех этапах их использования», – отметил докладчик.

Группа исследователей во главе с А.А. Камаловым предприняли попытку найти альтернативную методику работы со стволовыми клетками – использование т.н. «факторов роста», естественных полипептидов, которые участвуют в процессах пролиферации и клеточной дифференцировки. Для эксперимента были выбраны предсказуемые полипотентные мезенхимальные стволовые клетки, которые достаточно просто получить во время небольших операций из жировой ткани. В основе действия их регенеративного механизма – секреция факторов роста. В данном случае принимались во внимание возможность минимизации рисков и стандартная процедура получения стволовых клеток. Вторым компонентом экспери-

ментального препарата были коллагеновые основы, которые выступают в роли строительного материала большинства клеток организма.

Д.А. Охоботов отметил, что выбор был обусловлен универсальностью биоматериала: «Коллаген лишен токсических и канцерогенных свойств, он обладает высокой прочностью и устойчивостью, хорошо поддерживает 3D-каркасные структуры. Кроме того, экзогенный коллаген, попадая в организм, полностью рассасывается, причем срок его гидратации можно регулировать. При этом включение факторов роста в структуру коллагеновой мембраны усиливает процесс неоангиогенеза и ускоряет процесс регенерации стенки реконструируемого органа».

На этапе подбора биологической модели была проведена оценка иммунной реактивности на введение под белочную оболочку яичек коллагена, обогащенного факторами роста. Было проведено несколько опытов на животных. Им вводили коллагеновый гель и обогащенную факторами роста среду в различных концентрациях. В результате удалось восстановить сперматогенез до конечных форм в группе, которая получала экспериментальную терапию в виде обогащенной культуры мезенхимальных стволовых клеток, и в группе, которая получала концентрированную среду с факторами роста. Таким образом, авторы исследования показали перспективность применения методики.

Д.А. Охоботов: «Даже введение кондиционированной среды 50% концентрации, обогащенной факторами роста, позволило в 2 раза увеличить число сперматозоидов второго порядка. Терапевтический эффект

возрастал пропорционально концентрации факторов роста в препарате».

На основании полученных данных были уточнены протоколы технологического производства материала, сформулированы рекомендации о возможностях дальнейшего изучения и применения технологии.

Доклад следующего спикера, врача уролога-андролога, д.м.н., профессора Михаила Евгеньевича Чалого был посвящен результатам применения аутологических регенеративных клеток жировой ткани в лечении больных ЭД. Инициатором изучения эффективности клеточных технологий в лечении больных ЭД стала лаборатория клеточных технологий ФМБА и Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. В качестве источника стволовых клеток была выбрана жировая ткань, которая позволяет выбрать наибольшее количество материала после малотравматичной для пациента процедуры микролипосакции, которую можно провести под местной анестезией. Несмотря на то что клетки вводили локально, по словам М. Е. Чалого, ангиосканирование выявило системные положительные изменения во время компрессионных проб: «Было зафиксировано увеличение пиковой систолической скорости через 12 недель после введения, и такая динамика сохранялась до конца мониторинга состояния пациентов. Индекс резистентности был повышен, начиная с 12-й недели, и сохранялся вплоть до конца ведения отчетности. Индекс ЭД и шкала профиля половых отношений также показали, что метод действительно эффективен. В ноябре этого года группа авторов представила отчет об исследовании». Кроме того, М. Е. Чалый в своем докладе рассказал о другой перспективной методике лечения больных ЭД, уже освещенной предыдущим докладчиком: терапии факторами роста. Автор отметил, что наибольшую терапевтическую эффективность в лечении больных ЭД дает применение аутоплазмы, обогащенной факторами роста в наибольшей терапевтической концентрации. По мнению докладчика, внедрение в клиническую практику этого метода может стать перспективным для лечения больных ЭД и недержанием мочи после радикальной простатэктомии.

## Современные возможности томографических методов

О магнитно-резонансной томографической (МРТ) ангиографии в диагностике стеноз-окклюзионных поражений в бас-

сейне внутренней половой артерии у мужчин с ЭД рассказал Эдуард Анатольевич Повелица, врач-уролог ГУ РНПЦ радиационной медицины и экологии человека, Гомель, Республика Беларусь. По мнению автора, неинвазивные методы визуализации органических поражений сосудов малого таза нуждаются в усовершенствовании: «С целью поиска перспективных методик было проведено исследование, посвященное оценке возможностей МРТ-ангиографии в обследовании сосудов тазового дна. Как показала наша работа, диагностическая чувствительность и специфичность компьютерной томографии (КТ) и МРТ достаточно высока для внутренней половой артерии, однако ее чувствительность и специфичность снижается для более мелких сосудов: оценка этих артерий практически невозможна. Тем не



Профессор М.Е. Чалый

менее МРТ-ангиография является неинвазивным методом исследования, достаточно информативным методом визуализации стеноз-окклюзионных поражений внутренней половой артерии в диагностики сосудистой ЭД. Кроме того, МРТ-ангиографическое исследование на современном оборудовании позволяет проводить динамический контроль состояния стенозов и их смещения и при этом не дает лучевой нагрузки на организм пациента».

Доклад к.м.н., заведующего отделением общей урологии и андрологии Областной клинической больницы №1 Екатеринбурга Олега Семеновича Когана был посвящен особенностям применения плоскопанельной КТ в предоперационной диагностике нарушений веноокклюзивного механизма при ЭД. По наблюдениям автора, использо-



вание стандартных методов обследования при васкулогенной ЭД не дает полной информации о месторасположении вен, подлежащих окклюзии: «При исследовании трехмерных структур возможности традиционной флюороскопии и субтракционной ангиографии ограничены. Ультразвуковая доплерография полового члена не предоставляет данных о количестве и точной локализации патологических венозных сбросов».

Эти ограничения и стали причиной поиска новой методики. С началом применения плоскодетекторных ангиографических систем появилась возможность выполнения ротационной ангиографии с последующей трехмерной реконструкцией. Она позволяет при небольшом количестве контрастного вещества получать трехмерную реконструкцию исследуемого сосудистого бассейна, пригодную для диагностической оценки и выбора оптимальной проекции для последующего вмешательства.

По сравнению с традиционными методами томографии плоскопанельная КТ обладает рядом преимуществ: более низкая доза контрастного вещества, высокое пространственное разрешение, более низкая стоимость исследования, доступность в операционной, а также отсутствие артефактов от металлических предметов.

### Лечение и реабилитация

О программе реабилитации пациентов с ЭД после радикальной простатэктомии, которая была опробована в КДЦ «Здоровье» Ростова-на-Дону, рассказал врач уролог, д.м.н., профессор Игорь Артемович Абоян. Он отметил, что радикальная простатэктомия – «золотой стандарт» лечения больных локализованным раком предстательной железы и метод, показывающий наилучшую выживаемость пациентов. Тем не менее, по данным И.А. Абояна, в 17% такая операция влечет осложнения в виде недержания мочи и в 81% случаев – осложнения в виде ЭД: «Факторы положительного прогноза после операции – это нервосберегающая операция, высокий уровень сексуальной активности до операции, заинтересованность пациента в восстановлении эректильной функции, а также отсутствие сопутствующих заболеваний, таких как сахарный диабет, дислипидемия и др. Заинтересованные в улучшении послеоперационных результатов хирурги назначают ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа в различных комбинациях и режимах. И лишь немногочисленные источники литературы посвящены длительной реабилитации пациентов после операции».

Отсутствие единого подхода к решению проблемы подвигло автора доклада и его коллег к созданию реабилитационного центра. В докладе Игорь Артемович осветил этапы осуществления этой идеи: «Во-первых, был создан реестр пациентов, которым необходима реабилитация. Мы постарались сконцентрировать всю имеющуюся аппаратуру и литературу в стенах одного центра. Создали компьютерную программу, с помощью которой пациенту можно подобрать оптимальный алгоритм реабилитации, разработали методические пособия, подготовили врачебные кадры. Сейчас после проведения оперативного лечения пациент автоматически попадает

в реестр. При выписке из стационара он получает рекомендацию последующей явки в центр реабилитации. Личный осмотр в центре реабилитации происходит на 30-е сутки послеоперационного периода. После заполнения опросника, разговора с пациентом и определения уровня простатического специфического антигена определяется одна из трех программ дальнейшего наблюдения и лечения: 1) программа наблюдения; 2) программа восстановления эректильной функции; 3) программа восстановления при недержании мочи». Говоря о результатах программы, И.А. Абоян отметил, что



Профессор И.А. Абоян

в разных возрастных группах пациентов они неоднородны: «По сравнению с 2012 г., когда программа еще не функционировала, в группе пациентов старше 70 лет результаты улучшились на 3%. В группе пациентов 60–70 лет результаты улучшились на 5%. У пациентов менее 60 лет показатели выросли на 10%».

В заключение автор выразил надежду, что повсеместное внедрение реабилитационных программ поможет скорейшему выздоровлению пациентов и улучшению качества их жизни.

Следующий докладчик, уролог-андролог, к.м.н. А.А. Капто рассказал о синдроме венозного полнокровия органов малого таза при варикоцеле. Он отметил, что в существующей литературе есть гендерный перекос в описании варикозной болезни: «Если мы введем в поисковый ресурс сочетание «варикозная болезнь органов малого таза», мы увидим сотни публикации о заболевании у женщин, и очень мало – о заболевании у мужчин. В международной классификации болезней есть код I86.2. Это гинекологический диагноз, и связан он в основном с варикоцеле. Есть урологический диагноз N42.1 – застой и кровоизлияние в предстательной железе. Но я не видел, чтобы такой диагноз кто-то ставил, и сам я такого диагноза не ставил. В структуре заболеваний мужской репродуктивной системы варикозная болезнь таза у мужчин в настоящее время отсутствует. Тем не менее связь варикоцеле с варикоцелем простаты доказана, имеется огромное число публикаций на эту тему».

А.А. Капто сообщил, что 28 марта этого года он выполнил первую рентгенэндоваскулярную ангиопластику и стентирование левой подвздошной вены у пациента

с May-Thurner синдромом и варикозной болезнью таза: «Это пациент 38 лет, который перенес 5 операций по поводу варикоцеле, в результате чего у него возникли выраженные боли и практически полностью исчезла эрекция. Полгода наблюдения после стентирования показали восстановление эрекции, тазовая симптоматика практически полностью регрессировала. Мы представили этот опыт стентирования подвздошной вены у больного варикозной болезнью таза на XII конгрессе профессиональной ассоциации андрологов, а спустя 4 месяца в Нью-Йорке профессор Стерн с коллегами выполнили аналогичное стентирование 22-летнему пациенту с рецидивирующим варикоцеле. При этом они написали, что это был первый в мире опыт».

Врач-уролог, к.м.н. Т.Г. Маркосян в своем докладе, посвященном синдрому пустого турецкого седла, отметил, что в его практике эти патологическое состояние гипофиза, как правило, не давало «классической» картины симптомов в виде слепоты, тяжелых головных болей: «Больные обследовались изначально по поводу ЭД. У всех пациентов при доплерографии было обнаружено выраженное нарушение кровообращения кавернозных сосудов, но лишь у 29 из них были обнаружены значительные изменения в гормональном статусе: снижение уровня лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, повышение уровня пролактина и т.д. Естественно, эти пациенты требовали углубленного обследования с привлечением эндокринологов. Оно заканчивалось МРТ головного мозга,



к.м.н. А.А. Капто

при которой обнаруживался атрофичный гипофиз». В заключение автор отметил, что синдром пустого турецкого седла имеет весомое значение в патогенезе гормональных форм ЭД и требует оценки гормонального статуса и назначения заместительной гормональной терапии, вероятно, пожизненной.

В финале заседания участники провели обсуждение дискуссионных моментов, докладов, представленных на андрологической секции конгресса, а за кулисами официальной части обменялись контактами и впечатлениями. Конференция в юбилейный год РОУ прошла успешно и оправдала заявленный девиз мероприятия.

Материал подготовила  
Наталья Шпынова

**ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ И ДРУЗЬЯ, ДАМЫ И ГОСПОДА!**

**Российское общество по эндоурологии и новым технологиям (РОЭНТ)**  
**Российское общество урологов (РОУ),**  
**Городской центр эндоскопической урологии и новых технологий Санкт-Петербурга**  
*приглашает Вас принять участие в*

**VI Российском Конгрессе по Эндоурологии и Новым Технологиям**

который состоится в г. Санкт-Петербург  
в Конгресс-холле отеля «Санкт-Петербург»  
27-29 сентября 2018 года.

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

Обращаем ваше внимание, что приём тезисов осуществляется до 01.07.2018 года  
по E-mail: [dergakov@mail.ru](mailto:dergakov@mail.ru), [hammerwise@gmail.com](mailto:hammerwise@gmail.com)  
Координаты оргкомитета: Фролова Мария Валерьевна тел: +7 (925) 941 09 65  
Информационная поддержка: Газета «Московский уролог»  
Официальный сайт: [www.endourogus.org](http://www.endourogus.org) [www.uroweb.ru](http://www.uroweb.ru)



# Побочные эффекты таргетной терапии могут быть опасными для жизни

8 ноября в рамках XVII Конгресса РОУ с докладом об осложнениях таргетной терапии рака почки выступил хирург-онколог, заведующий отделением урологии ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина МЗ РФ, президент Российского общества онкоурологов, д.м.н., профессор Всеволод Борисович Матвеев.



Докладчик упомянул о том, что с 2005 г. в мире проведено уже более 20 рандомизированных исследований 3-й фазы в отношении препаратов таргетной терапии метастатического почечно-клеточного рака (мПКР), и в настоящее время для его лечения в России одобрены 8 препаратов. Однако, по мнению профессора В.Б. Матвеева, при этом побочные эффекты антиангиогенной терапии могут не только ухудшать качество жизни, но и быть опасными для нее.

«Профиль токсичности таргетной терапии отличается от традиционных цитотоксических препаратов, – отметил Всеволод Борисович. – Среди видов токсичности при этом следует отметить иммуносупрессию и риск инфекционных осложнений, эндокринные и метаболические расстройства, а также кардиоваскулярную и респираторную токсичность, угнетение функции костного мозга, гастроинтестинальную, печеночную и почечную токсичность, нежелательные реакции со стороны кожи и слизистых оболочек». Далее докладчик подробно остановился на описании результатов токсичности таргетной терапии, а также методах ее преодоления. Так, среди эндокринных и метаболических расстройств докладчик отметил гипотериоз, гипергликемию, гиперлипидемию, гипофосфатемию.

В частности, для коррекции гипофосфатемии у пациентов с 4-й стадией рака (уровень фосфора в сыворотке крови менее 1 мг/дл) профессор В.Б. Матвеев рекомендовал применение интубации и гемодиализа, а также внутривенное введение (0,08–0,16 ммоль/кг в течение 2–6 часов). «Таргетную терапию при

этом необходимо прекратить, а затем возобновить в редуцированной дозе, когда выраженность нежелательной реакции станет менее 2-й степени», – сказал он. «Гематологическая токсичность, как правило, не требует специфического лечения, – отметил докладчик. – И при этом не существует доказательств о преимуществах результатов лечения при использовании колониестимулирующих факторов. Однако таргетную терапию необходимо прервать при анемии 3–4-й степени, нейтропении 3–4-й степени, тромбоцитопении 2–4-й степени. После восстановления клеточного состава крови терапию можно возобновить в дозе, сниженной на 1 уровень».

При гипертензии, вызванной ингибиторами тирозинкиназы (ТК), предпочтение следует отдать вазодилаторам, ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента, блокаторам кальциевых каналов, антагонистам рецепторов ангиотензина II типа. Менее эффективными, по словам профессора В.Б. Матвеева, являются β-адреноблокаторы и диуретики. «Также возможны лекарственные взаимодействия, однако следует избегать совместного назначения некоторых блокаторов кальциевых каналов (верапамил, дилтиазем) с ингибиторами цитохрома P450», – предупредил он.

Как проявление кардиоваскулярной токсичности при таргетной терапии может возникнуть левожелудочковая недостаточность: докладчик отметил, что при снижении фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) до 50% и клинических симптомах необходимо либо отменить сунитиниб, либо сменить этот препарат на другие ТК. По рекомендации кардиолога пациенту может быть назначена кардиотропная терапия. Другим проявлением кардиоваскулярной токсичности при применении бевацизумаба, сунитиниба и сорафениба может быть нарушение свертывания крови, последствиями которого обычно бывают тромбозы, эмболия, кровотечения.

Докладчик отметил, что у каждого агента существует своя специфика: к примеру, бевацизумаб может вызывать артериальные и венозные тромбозы, сунитиниб и сорафениб – кровоизлияния в головной мозг. «Лечение пациента в такой ситуации должно происходить в специализированном учреждении, – сказал профессор В.Б. Матвеев. – При нежелательных реакциях 2–4-й степени необходимо сделать перерыв в таргетной терапии до достижения 1-й степени тяжести».

Класс-специфическим осложнением при терапии ингибиторами mTOR

(от англ. mammalian target of rapamycin – белок, относящийся к категории серин-треониновых протеинкиназ) является неинфекционный пневмонит, а механизмом его развития, как объяснил докладчик, считается клеточно-опосредованная аутоиммунная реакция в ответ на гиперэкспрессию криптопических антигенов под действием рапалогов. Он отметил, что комплекс рапалогов с белками плазмы иммуногенен и может вызывать аутоиммунную реакцию. Клинико-патологические изменения при неинфекционном пневмоните демонстрирует асептическое воспаление легочной ткани, которое проявляется в виде интерстициального пневмонита, фиброза, облитерации бронхов с развитием пневмонии, альвеолярных геморрагий, лимфоцитарной инфильтрации легочной интерстиция. Радиологическими признаками неинфекционного пневмонита являются снижение прозрачности легочной ткани (симптом «матового стекла»), а также очаговое снижение прозрачности легочной ткани, диффузные плотные инфильтраты. Говоря о снижении рисков, ассоциированных с неинфекционным пневмонитом, докладчик напомнил, что до лечения пациенту необходимо провести обследование, собрав анамнез легочных заболеваний, а также провести спирометрию с определением уровня газов крови. Поводом для отказа от терапии ингибиторами mTOR может стать легочный фиброз любой этиологии и хроническая обструктивная болезнь легких.

При гастроинтестинальной токсичности, по мнению профессора В.Б. Матвеева, необходимо провести следующую коррекцию терапии: при 3-й степени токсичности провести редукцию доз препаратов, при 4-й степени токсичности сделать перерыв в лечении с последующим возобновлением в сниженной дозе, при перфорации желудка или кишечника (описано при терапии бевацизумабом) терапию необходимо отменить. В качестве симптоматического лечения диареи следует назначить лоперамид (2–16 мг/сут), при тошноте и рвоте – метоклопрамид (10–20 мг/сут) и ондансетрон (8–32 мг/сут), при анорексии – мегестрола ацетат (160–800 мг/сут).

Далее докладчик пояснил, какой может быть тактика врача при почечной токсичности у пациента: «Протеинурия 3–4-й степени требует отмены лечения с последующим возобновлением терапии в сниженной на 1 уровень дозе после уменьшения симптомов токсичности до 1-й степени тяжести. Протеинурия 1–2-й степени не требует отмены лече-

ния. Патогенетически обоснованным возможным методом контроля протеинурии является назначение ингибиторов ангиотензина – блокаторов ангиотензинпревращающего фермента (каптоприл, эналаприл, лизиноприл) либо блокаторов рецепторов ангиотензина (кандесартан, ирберсартан, лозартан). Кроме того, ренопротективным действием может обладать бессолевая диета. А вот назначение глюкокортикостероидов является дискуссионным».

Помочь пациенту при кожной токсичности, проявляющейся в ладонно-подошвенном синдроме, можно профилактическими методами: выбором удобной обуви, своевременным удалением гиперкератозов механическими способами, кремами с содержанием мочевины или салициловой кислоты. Эффективным, по мнению профессора В.Б. Матвеева, может стать применение смягчающего крема, а также стероидов и анальгетиков. Проявления печеночной токсичности требуют в течение четырех месяцев ежемесячного мониторинга уровней аминотрансфераз и билирубина. «Если при оценке фракций билирубина показатели прямого билирубина превышают 35% от общего, необходимо прервать лечение, – сказал докладчик. – При резком повышении уровня аминотрансфераз следует прервать лечение до снижения уровня токсичности до 2-й степени. Возобновить лечение следует с редукцией дозы, при этом необходимо контролировать печеночные показатели еженедельно в течение 2 месяцев. Прекратить лечение следует при повторном повышении уровня аминотрансфераз».

Завершая свой доклад, профессор В.Б. Матвеев резюмировал: «Таргетные препараты, применяемые у больных раком почки, имеют удовлетворительный профиль токсичности, который отличается от такового у традиционных химиопрепаратов. При этом нежелательные реакции, ассоциированные с таргетной терапией, часто «пересекаются» с распространенными сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной систем и метаболическими расстройствами – гиперлипидемией и гипергликемией. Поэтому основной целью лечения осложнений таргетной терапии должно быть предупреждение развития жизнеугрожающих состояний в сочетании со стремлением не редуцировать дозы и не прерывать противоопухолевую терапию».



# Элана Константиновна ЯНЕНКО: «Желаю российскому урологу стать Нобелевским лауреатом, обнаружив причину возникновения нефролитиаза»

Говорят, что хирург-уролог – профессия далеко не женская. Но Элана Константиновна Яненко на протяжении своей жизни продолжает опровергать это утверждение. Ученица и соратница легендарных урологов – члена-корреспондента АМН СССР А.Я. Пытеля и академика РАМН Н.А. Лопаткина, заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач России, лауреат Государственной премии СССР Элана Константиновна Яненко в ноябре уходящего года отметила свою юбилейную дату. Вся трудовая, научная, педагогическая и лечебная деятельность «королевы коралловидных камней», как называли ее коллеги, была связана с передовой урологической школой советских и российских урологов. О том, каким был этот путь, мы попросили рассказать Элану Константиновну в специальном интервью.



**– Элана Константиновна, почему Вы выбрали именно профессию врача-уролога?**

– Мое детство и юность прошли в Абхазии. Там, в Сухуми, я окончила школу с золотой медалью. Но моя мама была серьезно больна, и я была уверена, что став врачом, смогу ей помочь. Так, я поступила на лечебный факультет II Московского медицинского института им. Н.И. Пирогова. Урологию, кстати, я тоже выбрала сознательно.

**– Как это произошло, и кого бы Вы назвали своими учителями?**

– Будучи студенткой, я увлеклась хирургией. В то же время член-корреспондент АМН СССР Антон Яковлевич Пытель, который в то время заведовал кафедрой урологии, во время одной из лекций произнес впечатляющую речь о том, что «хирургов и гинекологов в стране много, а урологов не хватает». И затем сообщил об открытии нового урологического кружка, руково-

дить которым назначен профессор Николай Алексеевич Лопаткин. К моменту окончания института, благодаря Н.А. Лопаткину, который смог привить любовь к урологии многим кружковцам и учил их, прежде всего, практической работе, я уже умела делать внутривенное вливание, проводить цистоскопию, катетеризировать мочеточник, выполнять эпицистостомию.

Окончив вуз, я вместе с мужем переехала в Ленинград, где устроилась на работу в Санитарно-гигиенический медицинский институт, который располагался на базе больницы им. И.И. Мечникова. Там была расположена кафедра общей хирургии, которой руководил профессор Израиль Моисеевич Тальман. Надо отдать должное И.М. Тальману, который был таким же поборником практического обучения, как и Н.А. Лопаткин: уже на первом году моей работы, когда я ассистировала ему во время операции резекции желудка, он сказал: «Элана Константиновна, давайте поменяемся местами». Поэтому я благодарна своим учителям – И.М. Тальману, А.Я. Пытелю, Н.А. Лопаткину, которые реально помогли моему профессиональному становлению.

**– Как затем сложилась Ваша жизнь?**

– Я поехала в Москву и посетила Антона Яковлевича Пытеля, который предложил мне ординатуру по урологии на руководимой им кафедре урологии на базе Первой градской больницы. Позже мне довелось много оперировать, заниматься проблемами мочекаменной болезни: неслучайно моя докторская диссертация была посвящена коралловид-

ному нефролитиазу (*позже коллеги назвали Э.К. Яненко «королевой коралловидных камней», а индекс цитирования ее работ по данной теме в интернете и сегодня является одним из самых высоких – авт.*).

В дальнейшем, с открытием Института урологии Минздрава России его директор, академик РАМН Н.А. Лопаткин доверил мне завести отделение мочекаменной болезни. А позже я была переведена на должность заместителя директора по научной работе института.

**– Расскажите, пожалуйста, о своей преподавательской работе.**

– Ассистент на кафедре – это врач, который занимается не только лечебной работой, но и преподает. С 1967 по 1980 г., пока была ассистентом и доцентом кафедры, я старалась быть достойной своих учителей – читала студентам лекции, делала обходы, оперировала, учила на практике тех, кто стремился стать хирургом. Под моим руководством защищено 13 докторских и 15 кандидатских диссертаций, каждый из моих учеников занял определенную нишу в российской урологии, и я могу ими гордиться.

**– С позиции члена Европейской ассоциации урологов, как Вы оцениваете уровень оказания урологической помощи в регионах России по сравнению с передовыми странами Европы и Америки?**

– На протяжении всего времени руководства урологией страны Н.А. Лопаткин не позволял нам отставать от урологов Запада. И благодаря ему и усилиям его учеников, в СССР появились ангиография, гемодиализ, пересадка почки, эндоскопическая урология и многие дру-

гие передовые направления этой специальности. Мне повезло стоять у истоков внедрения гемодиализа и пересадки почки в нашей стране, которые позволили совершить прорыв в лечении и спасении жизней огромного числа пациентов с острой и терминальной стадиями хронической почечной недостаточности.

И по сей день, я считаю, что российские врачи-урологи достигли высокого уровня в лечении каждой нозологической единицы и ни в чем не уступают западноевропейским специалистам. Только вчера мы провели очередную конференцию по мочекаменной болезни с международным участием, и я снова убедилась в том, что мы можем гордиться своими достижениями.

**– Элана Константиновна, что бы Вы пожелали российским студентам – будущим урологам и нынешним специалистам?**

– В первую очередь – здоровья и счастья. И еще трудолюбия, ведь чтобы чего-то достигнуть, необходимо работать и стремиться к совершенству. Еще много вопросов в урологии остаются неразрешенными. А поскольку моей избранной темой была мочекаменная болезнь, мне бы очень хотелось, чтобы кто-то из наших урологов нашел причину возникновения камней в почках. Поэтому я желаю именно российскому урологу стать Нобелевским лауреатом в этой области.

**Редколлегия газеты «Московский уролог» поздравляет Элану Константиновну с юбилеем и желает ей крепкого здоровья, благополучия, удачи и долгих лет творческой жизни на благо отечественной урологии.**



# ГОТОВИТЬСЯ К БЕРЕМЕННОСТИ — ЭТО ПО-МУЖСКИ!



## **АНДРОДОЗ — СБАЛАНСИРОВАННЫЙ КОМПЛЕКС ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ МУЖСКОЙ ФЕРТИЛЬНОСТИ**

- Способствует улучшению репродуктивной функции у мужчин
- Повышает концентрацию и подвижность сперматозоидов
- Может использоваться при подготовке к зачатию

STADA

# БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ

ИЗГОТОВИТЕЛЬ: ООО «Витамер», 129110, г. Москва, Орлово-Давыдовский пер., д. 1, пом. III (адрес производства: Владимирская обл., г. Петушки, ул. Совхозная, д. 11). ООО НПО «ФармВИЛАР», 249096, Калужская область, г. Малоярославец, ул. Коммунистическая, д. 115. МАРКЕТИНГ И ДИСТРИБЬЮЦИЯ: АО «Нижфарм», Россия, 603950, г. Нижний Новгород, ГСП-459, ул. Салганская, д. 7, тел. +7 (813) 278-80-88, факс: +7 (831) 430-72-13. Свидетельство о государственной регистрации: № RU.77.99.11.003.E.001623.04.17 от 04.04.2017 г. Продукт прошел добровольную сертификацию. Имеются противопоказания. Перед применением необходимо проконсультироваться с врачом. Реклама