

▶ стр. 4

**Новые горизонты
противовоспалительной тера-
пии в патогенетическом лечении
пациентов с ДГПЖ и ХП**

▶ стр. 5

**Эндоскопическая диагностика
и лечение больных папиллярными
опухолями верхних мочевыводя-
щих путей**

▶ стр. 8

**Лекция проф. С.И. Гамидова
«Роль микробных биопленок
при хроническом простатите»**

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

МЕДИЦИНСКАЯ
ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА



В НОМЕРЕ

ИНТЕРВЬЮ

**Интервью с академиком РАН
А.А. Камаловым «Весна в «красной» зоне»**

стр. 2

ДЕТСКАЯ УРОЛОГИЯ

**Метод сигнальной терапии в лечении
детей с энурезом**

стр. 10

ПРАКТИКА

**Свищи мочевого пузыря как «подарок»
гинеколога**

стр. 12

ОНКОУРОЛОГИЯ

**Системная радионуклидная терапия
при метастатическом кастрационно-
рефрактерном раке предстательной
железы**

стр. 14

ЮБИЛЕЙ

**90 лет профессору Владимиру Николаевичу
Ткачуку**

стр. 17



Дорогие друзья и коллеги!

Поздравляю вас с Днем медицинского работника!

Этот профессиональный праздник мы встречаем в непростой ситуации, когда тысячи наших коллег вовлечены в оказание медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией. С другой стороны, этот праздник наполнен и светлым чувством гордости за нашу профессию, за всех тех, кто ценой своего здоровья и жизни дарит большому количеству людей надежду на выздоровление.

В связи с этим оргкомитет XVI Конгресса «Мужское здоровье», запланированного в городе Сочи 26–28 апреля 2020 г. и не состоявшегося там из-за неблагоприятной эпидемиологической обстановки в стране, принял решение о его переносе на 26–28 июня и проведении этого важного мероприятия в режиме on-line, руководствуясь как необходимостью соблюдения мер медицинской безопасности участников, так и морально-этическими соображениями.

Мы надеемся, что наш Конгресс пройдет также плодотворно, как и все предыдущие, а вам, дорогие коллеги, хотел бы пожелать крепкого здоровья, благополучия и профессиональной удачи!

**С уважением, Камалов А.А., директор Университетской клиники
МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, академик РАН**



ОФИЦИАЛЬНЫЙ ДИСТРИБЬЮТОР В РОССИИ
ВЕДУЩИХ МИРОВЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ



хирургическое лечение
недержания мочи и пролапса



робот-ассистированная
хирургия



КУДИ
босс-терапия



ультразвуковая
диагностика

www.mpamed.ru
+7(495)921-30-88 info@mpamed.ru

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 ИППО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; заведующий урологическим отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнева» ДЗМ, в.н.с. отдела урологии и андрологии МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова

Научный редактор

Джемал Ахмедович БЕШЛИЕВ, д.м.н.

Редакционный совет

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

РЕДАКЦИЯ ГАЗЕТЫ «Московский уролог»

Адрес: Москва, Ломоносовский проспект, д. 27, к. 10
Телефон: +7 (903) 295-66-81
Лалабекова Марина Валерьевна
E-mail: mosurolog@bk.ru

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ

Межрегиональная общественная организация
«Мужское и репродуктивное здоровье»



4 номера в год

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

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

Цена свободная

Номер подписан 25 июня 2020 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.



ВЕСНА В «КРАСНОЙ» ЗОНЕ

Минувшую весну вся команда врачей и медперсонала клиники МГУ им. М.В. Ломоносова провела в «красной» зоне: на базе медицинского научно-образовательного центра был развернут госпиталь COVID-19. На сайте учреждения ежедневно публиковались сводки по стационару, а 9 июня ученые сообщили о клинических испытаниях Авифавира – нового российского препарата для лечения больных коронавирусной инфекцией. О том, как жили и работали в условиях «военного времени» 170 профессионалов Университетской клиники, как были выстроены логистическая и телеконсультационная системы, организованы диагностический и лечебный процессы, рассказал в интервью «Московскому урологу» директор Университетской клиники МГУ им. М.В. Ломоносова, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор **Армаис Альбертович Камалов.**



– Армаис Альбертович, опыт работы в подобных условиях был для вашей команды первым?

– Да, все это было для нас впервые: и оказание экстренной медицинской помощи, и работа в режиме инфекционного отделения. Но мы понимали главное: прежде чем начать лечение пациентов с COVID-19, необходимо правильно организовать – создать «красные» и «зеленые» зоны, обеспечить грамотную маршрутизацию пациентов, обучить персонал.

На первый план встало именно обучение, ведь нам было необходимо позаботиться о невосполнимом потенциале – профессионалах. И здесь нас очень выручил университетский факультет фундаментальной медицины, откуда на помощь пришли студенты-старшекурсники, имеющие сестринскую практику и соответствующий сертификат. Все эти студенты минувшие полтора месяца работали не просто в COVID-центре, а непосредственно в «красной» зоне. Причем мы никого не принуждали к этой опасной работе, так что решение отправиться «на передовую» студенты принимали сами. И в результате они встали плечом к плечу со своими старшими коллегами-врачами, которых уже хорошо знали по работе в клинике.

За состоянием здоровья всех коллег мы постоянно наблюдали: тестирование на COVID проводилось еженедельно, а на отдельном этаже была создана зона обсервации, где в случае выявления положительного теста у сотрудников клиники, они могли находиться под наблюдением в течении двух недель.

Конечно, мы понимали, что самой тяжелой будет работа в «красной» зоне, поэтому там были созданы условия, которые позволили

минимизировать действия врачей и медперсонала, вплоть до того, чтобы они не тратили силы и время на заполнение историй болезни. С целью такой разгрузки в «зеленой» зоне была создана специальная группа, которая по телефону принимала устные сообщения из «красной» зоны, а затем оформляла всю принятую информацию в электронном виде. Таким же образом поддерживались все коммуникации «передовой» и «внешнего мира». Кроме того, такая система помогала организовать двойной контроль и по грамотному назначению препаратов, и по исключению случайных ошибок.

– Как работал госпиталь в первые дни пандемии?

– В нашей клинике на момент приема первых пациентов из 300 коек было выделено 100 стационарных и 24 реанимационных койки в связи с принятым решением размещения всех поступающих пациентов в отдельные палаты. Ведь на «входе» в госпиталь было непонятно, у кого из пациентов COVID, у кого – банальная бактериальная пневмония, а у кого – острое респираторное заболевание другой вирусной этиологии. Поэтому «сортировка» больных была одной из главных задач. Вторым важным моментом стало приобретение средств индивидуальной защиты: мы старались выбирать из них только самые качественные, способные надежно обезопасить медперсонал. Кроме того, все ответственные сотрудники клинических, параклинических и технических подразделений были оснащены рациями, которые работали в одном волновом диапазоне: когда кому-то из коллег была необходима срочная помощь, об этом призыве слышали все и любой, готовый помочь, срочно подключался к работе.

– Работа в «военных условиях» обычно требует не только скорости и собранности, но и принятия определенных протокольных процедур и новых назначений...

– Чтобы максимально ускорить процессы, я принял решение издать внутренний приказ о временном перераспределении обязанностей: «вертикаль» власти была заменена на «горизонталь», в результате чего заведующие отделениями получили максимальные полномочия для работы в «красной» зоне. Без согласования со мной они могли выходить на связь с любыми службами и решать срочные вопросы. Безусловно, я, как директор, контролировал все процессы, но при этом дал право принимать решения тем, кому доверяю: это касалось не только медицинских вопросов, но и закупок, снабжения, технического сопровождения и т.д.

– Расскажите, пожалуйста, о том, как проходила организация диагностического и лечебного процессов

– Часть оборудования мы оставили в «зеленой» зоне, а все необходимое оборудование для функциональной, ультразвуковой и эндоскопической диагностики были перемещены в «красную», поскольку к нам поступали пациенты не только с вирусными заболеваниями, но и с «багажом» сопутствующих проблем, который нередко и являлся причиной тяжелого течения болезни. Рентгенологическое оборудование, в т.ч. компьютерный томограф, находилось в приемном покое, которое по определению являлось «красной» зоной.

Уже в момент поступления первых тяжелых пациентов стало понятно, что принятые стандарты лечения COVID-19 не до конца были адекватны, и у нас появилась



собственная концепция по созданию протокола их лечения.

Кроме того, я предложил всем оставшимся в «зеленой» зоне профессорам, членам-корреспондентам РАН и академикам объединиться для оказания консультативной помощи врачам «красной» зоны. Коллеги практически всех специальностей откликнулись на этот призыв, и в результате был сформирован и заработал консилиум, включая профессионалов нашей клиники самого высокого ранга – терапевтов, кардиологов, эндокринологов, рентгенологов хирургов, урологов, гинекологов, травматологов, ортопедов и т.д. Подобный подход обеспечил неоценимую помощь и поддержку врачам «красной» зоны. Ежедневно, начиная с 21 апреля, мы работали дистанционно, в режиме телеконсультаций. Ведь заведующие отделениями даже при неограниченных полномочиях нуждались в поддержке «другой стороны», которая совместно принимала решения и окончательно определяла индивидуальную тактику лечения по каждому конкретному пациенту. Кстати, благодаря ежедневному совместному общению, мы довольно быстро обратили внимание на изменения в реологии крови у COVID-пациентов: наблюдая микроангиотромбозы, которые приводили к «матовым стеклам» в легких и другим патологическим изменениям, мы начали назначать антикоагулянтную терапию. Конечно, она проводилась под контролем лабораторных методов, чтобы избежать кровотечений.

Без многофункциональных возможностей клиники и всего нашего междисциплинарного коллектива нам вряд ли удалось бы получить те результаты, которых мы добились в лечении COVID-пациентов. Я, к примеру, с трудом представляю, как проходило лечение аналогичных больных в узкопрофильных учреждениях – НМИЦ травматологии и ортопедии, институте урологии и других стационарах, ведь без достаточного числа терапевтов, пульмонологов и кардиологов крайне сложно обеспечить максимально правильное ведение и лечение пациентов.

– Ваша группа ученых и врачей поддерживала схемы лечения, которые первоначально предлагались зарубежными специалистами и Российским Минздравом?

– За время пандемии вышло 7 временных рекомендаций Минздрава РФ по лечению больных COVID-инфекцией. Но нам было непонятно, почему в них вошли антималярийные средства (в т.ч. гидроксихлорохин – Плаквенил), угнетающий функционирование иммунной системы и назначаемый при лечении больных аутоиммунными заболеваниями, препарат Калетра (ингибитор протеазы ВИЧ-1 и ВИЧ-2) и антибактериальная терапия, которую при изолированной вирусной инфекции обычно не используют. При этом в рекомендациях почему-то отсутствовали противовирусные препараты. Кроме того, нас очень смущал тот факт, что Плаквенил – достаточно токсичный препарат, крайне неблагоприятно воздействующий на печень и на сердечно-сосудистую систему. И хотя мы изначально закупили немало рекомендованных Минздравом средств, в результате довольно быстро отказались от их применения, понимая, что они не только не помогут, но и осложнят течение заболевания.

К сожалению, из 430 COVID-пациентов, которые были к нам госпитализированы, мы потеряли троих: это были пожилые, самые

тяжелые пациенты с полиорганной недостаточностью, нуждавшиеся в искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и поступившие в госпиталь самыми первыми. И в итоге мы пришли к собственному пониманию проблем, связанных с COVID-19, разработав абсолютно иную схему лечения больных этим вирусным заболеванием. В первую очередь мы стали назначать противовоспалительную терапию и средства, предотвращающие проникновение вируса в клетку, а именно: Бромгексин, Верошпирон, Колхицин – «обычные» и дешевые препараты. Конечно, мы использовали и ингибиторы интерлейкина, но применяли их только в ситуации «цитокинового шторма». Но самое главное, мы научились предотвращать этот «шторм» своевременными назначениями.

По поводу подключения пациентов к аппаратам ИВЛ у нас тоже сложилось собственное мнение, основанное на практическом опыте: при снижении сатурации кислорода мы не торопились использовать ИВЛ, стараясь начинать с сипап-терапии (масочной подачи кислорода) и максимально долгого пребывания пациента в прон-позиции (на животе) для разгрузки базальных участков легких и более быстрого восстановления процесса в легочной ткани.

Также я обратился с просьбой к врачам брать у всех пациентов мужского пола анализ крови на уровень тестостерона, т.к., по данным некоторых авторов, коронавирусная инфекция способна оседать и на клетках Лейдига, в которых он вырабатывается.



И только когда по данным КТ и лабораторных исследований наблюдалось прогрессирование заболевания, незамедлительно, не дожидаясь начала аутоиммунной реакции, использовались ингибиторы интерлейкина-1 и -6.

Кроме того, в нашей клинике на апробации находился препарат из той же группы ингибиторов интерлейкина-17А Козэнтис (секукинумаб), которым лечат больных тяжелыми формами псориаза, и обнаружили эффективность этого препарата при лечении больных COVID-19. Все новые схемы лечения обсуждали в этическом комитете нашей Университетской клиники и с согласия пациентов под строгим контролем назначали нашим пациентам, что привело к положительным результатам.

А в целом мы наблюдали, что органами-мишенями COVID-инфекции были не только легкие, но также сердце и почки наших пациентов: в частности пяти из них (с сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, почечной и печеночной недостаточностью) неоднократно пришлось выполнять гемодиализ.

Опыт нашей многофункциональной команды оказался востребован в период пандемии. В адрес ректора МГУ В.А. Садовниченко поступило письмо от министра здравоохранения Дагестана Д. Гаджиibraгимова, который попросил наших специалистов о помощи. Мы провели несколько *on-line* консультаций с клиниками Дагестана, а затем – телемост с коллегами в Армении и Краснодаре, которые

также заинтересовались нашими протоколами лечения этих больных.

– Армаис Альбертович, пандемия, по всей видимости, сходит на нет, и мир постепенно выходит из режима «военного времени». О чем бы Вы сегодня хотели сказать, оглядываясь назад?

– Третьего июня вышло Постановление Правительства РФ о прекращении деятельности федеральных инфекционных COVID-центров, и теперь мы постепенно начинаем процесс возврата к прежнему режиму работы. Оглядываясь назад, я хотел бы сказать слова благодарности всем коллегам и в первую очередь тем, кто работал «на передовой», в «красной» зоне, проводя осмотры больных непосредственно у их постели, решая стратегические и тактические вопросы. Также я хотел бы отметить работу команды реанимации, которая вела борьбу за жизнь пациентов, которая часто оценивалась секундами и минутами. Благодаря их опыту и профессионализму многих пациентов удалось вывести из крайне тяжелого состояния, отключить от аппаратов ИВЛ, вернуть в обычную палату и затем домой. И это стало нашей огромной победой.

Сегодня (8 июня – ред.) в нашем отделении реанимации пока остаются 13 пациентов (многие из них уже ходят, садятся, на время мы отключаем их от ИВЛ), и сейчас обсуждается вопрос, в какие лечебные учреждения мы могли бы их перевести, учитывая необходимость прекращения нашей деятельности, связанной с COVID. Сделать это будет непросто, ведь на понимание ситуации каждого из этих пациентов и выбора индивидуальной схемы лечения у нас ушло немало времени. Но мы готовы оказывать консультационную помощь другим стационарам, чтобы наши больные, наконец выздоровели.

Кстати, актуальным моментом является не только лечение, но и процесс реабилитации. В связи с этим еще в начале пандемии я написал письмо министру здравоохранения М.А. Мурашко по поводу разработки в нашей клинике протокола по реабилитации больных COVID: он включает необходимое обследование пациента через 30–40 дней и проведение реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление функциональных показателей пострадавших органов, предотвращение рубцовых изменений в легких и повышение качества жизни.

Если же подвести итог проделанной работе, то за короткий период времени наш коллектив прошел колоссальный путь, в течение которого уникальный опыт работы с COVID-пациентами получили не только пульмонологи и терапевты, но и хирурги, урологи и другие «узкие» специалисты. Все эти полтора месяца люди не просто работали в госпитале, они здесь жили: мы обеспечили им трехразовое питание, сменное белье и в определенной степени даже досуг. Некоторые из врачей и медсестер заболели, но, к счастью, все перенесли COVID в легкой форме или бессимптомно.

В этой ситуации я, как директор медицинского центра, еще раз реально ощутил, что здесь собрана не только команда профессионалов высочайшего уровня, но и «правильных» людей. Все они прошли проверку на прочность, не было никого, кто бы спрятался или отказался работать в этих тяжелых условиях. Это очень закалило наш коллектив и показало, что теперь мы можем выжить и выстоять в любых обстоятельствах. ■

Новые горизонты противовоспалительной терапии в патогенетическом лечении пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и хроническим простатитом

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы и хронический простатит являются самыми распространенными заболеваниями у мужчин. Значительные успехи в терапии симптомов нарушения функции нижних мочевыводящих путей служат основой для поиска новых патогенетических методов лечения. Неликвидированное воспаление в тканях предстательной железы является мощным стимулятором прогрессирования обоих заболеваний. Разработка инновационного подхода в противовоспалительном лечении – энтомотерапии, открывает новые перспективы в поддержании мужского здоровья.

Д.В. Ергаков, А.Г. Мартов

Кафедра урологии и андрологии ИППО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА РФ, Москва
ФБУЗ ГБУЗ им Д.Д. Плетнева ДЗМ, Москва.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) и хронический простатит (ХП) являются самыми частыми заболеваниями мужчин. У большинства пациентов данные болезни проявляются симптомами нарушения функции нижних мочевыводящих путей (СНМП) и синдромом хронической тазовой боли (СХТБ). Оба заболевания приводят к социальной дезадаптации пациентов. В течение последних десятилетий были достигнуты значительные успехи в консервативной терапии пациентов с СНМП и СХТБ. В то же время в результате популяционных исследований были получены данные о прогрессирующем характере течения обоих заболеваний, о роли воспаления как основного промотера увеличении предстательной железы (ПЖ). Хроническое воспаление, нарушение тканевого иммунитета с дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами, развитие фиброза и нарушение кровообращения с возрастом на фоне локального или системного андрогенного дефицита приводят к развитию гиперпластических процессов в ПЖ.

Наиболее распространенными препаратами, влияющими на развитие гиперпластических процессов в ПЖ, являются ингибиторы 5-альфа-редуктазы (5-АРИ). В результате использования 5-АРИ увеличение ПЖ замедляется, уменьшаются риски развития острой задержки мочеиспускания и оперативного лечения. Несмотря на свою эффективность, терапия 5-АРИ нередко сопровождается нарушением половой жизни, что пугает пациентов и служит основанием для продолжающихся поисков новых лекарственных препаратов и инновационных физиотерапевтических методов, которые в виде монотерапии или при их комбинированном применении могли бы влиять на основные звенья патогенеза обоих заболеваний, приводя к улучшению всех функций ПЖ. Использование в этих целях биологически активных препаратов растительного и животного происхождения известно давно. Настоящим хитом последних лет являлась разработка и применение энтомологических препаратов. Энтомотерапия предусматривает использование насекомых в лечебных целях. В настоящее время самые перспективные энтомологические препараты представлены антисептиками, антибактериальными, противоопухолевыми и иными лекарственными средствами, в т.ч. для лечения урологических больных. Целью настоящей публикации является обзор истории создания, механизма действия

и опыта применения препарата **Аденопросин** в терапии больных ДГПЖ и ХП.

История создания препарата

Разработке **Аденопросина** предшествовало десятилетие доклинических лабораторных исследований, в результате которых было показано, что биомасса личинок непарного шелкопряда *Lymantria dispar* обладает выраженными антиоксидантным, противовоспалительным и антипролиферативным действиями. После разработки технологического процесса для получения энтомологической биомассы было создано лекарственное средство. В 2010 г. **Аденопросин** в виде суппозитория для лечения больных ДГПЖ и ХП был запущен в производство и с этого времени он используется в клинической практике в Европейском Союзе (Румыния), Молдове, Белоруссии, Украине и ряде стран СНГ. В 2019 г. **Аденопросин** зарегистрирован в России.

Аденопросин в терапии больных ДГПЖ

Плацебо-контролируемое исследование по применению **Аденопросина** было проведено у 127 пациентов с ДГПЖ. В течение 3 месяцев 85 пациентов основной группы получали **Аденопросин** один раз в сутки. Контрольная группа состояла из 42 больных, которые принимали плацебо. **Аденопросин** более эффективно по сравнению с плацебо снижал выраженность симптомов по шкале IPSS с 16,8 до 11,2 балла, что проявлялось улучшением качества жизни пациентов. Исследователи сделали выводы о том, что **Аденопросин** у больных ДГПЖ способен индуцировать уменьшение объема ПЖ и количества остаточной мочи, увеличивать максимальную скорость потока мочи и средний объем мочеиспускания в течение первых трех недель лечения. Важными преимуществами препарата явились отсутствие влияния на уровень сывороточного простатического специфического антигена (ПСА) и отсутствие побочных эффектов, связанных с его приемом.

Аденопросин в терапии больных ХП/СХТБ

ХП/СХТБ отрицательно влияют на качество жизни пациентов, являясь одной из частых причин социальной дезадаптации, депрессии и повышенной тревожности пациентов. Согласно классификации UPOINT, мочевого и органного домены ХП являются наиболее часто встречаемыми среди пациентов. В ряде случаев выделяют еще и домен S для оценки жалоб на нарушение эрекции у больных этим заболеванием. Была оценена эффективность **Аденопросина** в терапии пациентов с вышеуказанными доменами ХП/СХТБ:

60 пациентов с доменом S были разделены на две равные группы. Обе группы пациентов получали стандартную терапию 3 «А» (antibacterial, anti-inflammatory, alphablockers) к терапии пациентов основной группы был добавлен **Аденопросин** по одной свече в сутки в течение 30 дней. Промежуточными точками контроля были 2-я и 4-я недели терапии, а конечной – один месяц с момента ее завершения. В основной группе показатели боли, мочеиспускания, эрекции были статистически достоверно лучше, чем в контрольной группе пациентов. Включение препарата в стандартную схему 3 «А» способствовало более эффективному купированию симптоматики ХП, значимому снижению выраженности болей и улучшению эректильной функции, особенно у пациентов с умеренными и тяжелыми формами ХП. Кроме того, уверенность пациентов основной группы в наступлении эрекции была выше.

Клеточные механизмы действия Аденопросина

Экспериментальная работа L. Olariu и соавт. (2017) была проведена для оценки клеточных механизмов действия препарата. Две линии эпителиальных клеток ПЖ, первая из которых характерна для ДГПЖ, а вторая – для аденокарциномы, подвергались повторяющемуся воздействию **Аденопросина**.

Было установлено, что **Аденопросин** подавлял окислительный стресс, уменьшая уровень внутриклеточного пероксида водорода в клетках ДГПЖ. Препарат оказывал противовоспалительное действие путем выраженного снижения концентрации внеклеточных провоспалительных интерлейкинов 6 и 8. При этом противовоспалительный эффект у **Аденопросина** был даже выше, чем у химиопрепарата – метотрексата, и сопоставим с таковым у дексаметазона.

При наличии воспаления **Аденопросин** оказывал цитопротективное действие и защищал эпителиальные клетки ПЖ от апоптоза. При отсутствии воспалительного процесса результат был противоположным: препарат значимо индуцировал апоптоз.

Антипролиферативное действие **Аденопросина** было более выраженным по сравнению с группами контроля и на фоне применения метотрексата. Так, на фоне применения биопрепарата образование колоний гиперплазированных клеток ПЖ уменьшилось на 95,56%.

Препарат оказывал антиангиогенное действие, ингибируя фактор роста эндотелия сосудов в раковых клетках эпителия ПЖ.

В результате эксперимента были предложены следующие механизмы действия **Аденопросина** при ДГПЖ и ХП:

- уменьшение размеров ПЖ путем индуцирования апоптоза ее клеток;

- антиоксидантное действие за счет уменьшения количества внутриклеточного пероксида водорода;
- противовоспалительный эффект за счет ингибирования интерлейкинов 6 и 8, фактора роста эндотелия сосудов;
- ингибирование апоптоза в воспаленных тканях (клеточная протекция).

Перспективы клинического использования Аденопросина

Современной тенденцией фармацевтики становится использование инновационных биотехнологий, в т.ч. и энтомологических, направленных на обеспечение т.н. персонализированного подхода в терапии пациентов с ДГПЖ/ХП. Основанием для широкого использования **Аденопросина** в клинической практике является его комбинированный механизм действия, включающий в себя выраженные противовоспалительный, антиоксидантный и антипролиферативный эффекты, приводящие к нормализации тканевых процессов в ПЖ.

Аденопросин в комбинированном лечении пациентов с ДГПЖ и ХП в течение 1–3 месяцев приводит к уменьшению симптоматики заболевания, нормализации половой жизни, улучшению объективных уродинамических показателей, уменьшает размеры ПЖ без влияния на уровень ПСА. Быстрое начало действия препарата делает возможным его использование в составе комбинированной терапии обострения ХП, а также для реабилитации пациентов после биопсии ПЖ, различных эндоскопических операций на нижних мочевыводящих путях и ПЖ.

Аденопросин в виде ректальных суппозитория является перспективным эффективным лекарственным средством, и его можно рекомендовать к использованию в виде монотерапии или в составе комбинированного лечения больных ДГПЖ и ХП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ghicavii V., et al. New direction in the treatment of benign prostate hyperplasia using Adenoprosin: biologically active entomological medicine. Urology. 2011;78(Suppl. 3):96.
2. Dumbrăveanu I., et al. The use of entomological drugs in complex treatment of patients with chronic prostatitis and erectile dysfunction. MJHS. 2017;4:31–43.
3. Olariu L., et al. Entomological complex with proapoptotic and antiproliferative effect on prostatic sell. EUROINVENT Timisoara, 2017. www.aosr.ro/wp-content/uploads/2015/04/AOSR-Program-%C8%99i-rezumate-SES-TM-2017.pdf.
4. Сайдуллоев Л. и др. Эффективность применения аденопросина у больных хроническим простатитом. Вестн. Академии медицинских наук Таджикистана. 2018;VIII(3):361–8.

Эндоскопическая диагностика и лечение больных папиллярными опухолями верхних мочевыводящих путей

В рамках VI научно-практической конференции с «живой» хирургией «Лопаткинские чтения» д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА РФ, заведующий урологическим отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнева» ДЗМ, в.н.с. отдела урологии и андрологии МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова **Алексей Георгиевич Мартов** рассказал о возможностях диагностики и лечения больных папиллярными опухолями верхних мочевыводящих путей (ВМП).



По словам докладчика, папиллярные опухоли ВМП обычно классифицируют на первичные и вторичные (метастатические), доброкачественные и злокачественные, солитарные и мультифокальные, односторонние и двухсторонние. При этом основную группу среди папиллярных опухолей ВМП составляют эпителиальные опухоли (в 99% случаев среди них встречается переходно-клеточный рак), а всего 1% – мезенхимальные опухоли (ангиофиброма, нейрофиброма, фиброма, липома, лейомиома, лейомиосаркома, фибросаркома). Что касается демографических показателей распространения переходно-клеточного рака ВМП, то докладчик отметил, что мужчины болеют им чаще, чем женщины и наиболее часто встречается в возрасте 55–65 лет. «Этот вид опухолей нередко сопровождается мультифокальным ростом, имеет двухстороннее поражение и сочетается с опухолями мочевого пузыря», – дополнил он.

Далее профессор А.Г. Мартов описал основные проблемы, связанные с диагностикой и лечением больных папиллярными опухолями ВМП: «У этих опухолей нет специфических клинических проявлений, существует низкая информативность неинвазивной диагностики и эндобиопсии, часто трудно установить точно стадию заболевания и, как следствие, – верифицированный диагноз, имеется высокая частота рецидивов и необходимость проведения регулярных обследований, высокий риск пропуска прогрессирования заболевания, а также трудности, связанные с проведением адьювантной иммунотерапии».

К общим методам диагностики папиллярных опухолей ВМП докладчик отнес общеклиническое обследование, экскреторную урографию, ретро- (анте-)градную

уретропиелографию, транслюминальную ультрасонографию. К специальным методам – цитологический анализ мочевого осадка, компьютерную (КТ) и магнитно-резонансную (МРТ) томографию, эндолуминальную ультрасонографию, диапневтическую уретеропиелоскопию.

«Рентгенологическая диагностика папиллярных опухолей ВМП имеет чувствительность не более 61% при низкой специфичности, – сообщил А.Г. Мартов. – Ультразвуковая диагностика при низкой специфичности обладает чувствительностью не более 40% для лоханки и 1–2% для мочеточника. Цитологическое исследование при высокодифференцированных опухолях (G1) обладает диагностической точностью 20–50%, при низкодифференцированных опухолях (G3) – 80–100%. При селективной катетеризации мочеточника и цитофлуометрии диагностическая точность исследования составляет 60–90%. КТ-диагностика обладает чувствительностью 78% для лоханки и 58% для мочеточника при низкой специфичности. МРТ имеет чувствительность не более 85% при низкой специфичности». Основным методом диагностики папиллярных опухолей ВМП докладчик назвал ригидную и гибкую уретероскопию, которая обладает чувствительностью 99% и специфичностью 94%.

Что сегодня помогает урологам проводить диагностику более качественно? Отвечая на этот вопрос, профессор А.Г. Мартов сказал следующее: «В отличие от обычной эндоскопии с белым светом, существует ряд альтернативных диагностических методик, а именно: фотодинамическая диагностика, узкоспектральная диагностика, оптическая когерентная томография и лазерная конфокальная эндомикроскопия. Это те способы, которые позволяют получить дополнительную или новую информацию, по сравнению с осмотром опухоли в обычном белом свете».

Далее докладчик перешел к обзору методов лечения больных папиллярными опухолями ВМП. «Радикальная нефруретерэктомия с резекцией мочевого пузыря остается основным методом лечения этого заболевания. Органосохраняющее лечение применяется при следующих показаниях: при низком риске папиллярных опухолей ВМП, при опухоли высокого риска, расположенной в нижней трети мочеточника, при единственной почке, двухстороннем опухолевом процессе и хронической почечной недостаточности. Способами эндоскопического удаления опухолей являются электрорезекция, электровапоризация, лазерная абляция, щипковое удаление опухоли, удаление корзинкой и фотодинамическое лечение».

Для того, чтобы сегодня безопасно лечить папиллярные опухоли, по словам докладчика, хирургу необходим лазер с минимальной глубиной проникновения в ткани, отсутствием нагрева промывной жидкости, быстротой удаления тканей, минимальным их повреждением и относительно низким риском перфорации стенки ВМП. Докладчик подчеркнул, что всеми перечисленными свойствами обладает тулиевый волоконный лазер.

«Основными путями и техниками эндоскопического лечения на сегодня являются следующие: цистоскопия с использованием различных методик, улучшающих визуализацию опухоли, цитология мочи, выполнение ретроградной уретеропиелогрфии и уретеропиелоскопии – желательно в режиме без струн, осмотр всего уротелия с использованием специальных методик, щипковая или

корзинчатая биопсия, абляция опухоли или ее основания и дренирование», – отметил профессор А.Г. Мартов.

Завершая свой доклад, Алексей Георгиевич перечислил преимущества и недостатки трансуретральных методов лечения больных папиллярными опухолями ВМП. В качестве преимуществ он назвал естественный малотравматичный доступ, низкий риск распространения опухоли за пределы ВМП, сравнительную легкость осмотра всего уротелия, внутреннее послеоперационное дренирование ВМП. Среди недостатков профессор А.Г. Мартов назвал меньшие манипуляционные возможности уретеропиелоскопов, худшее инструментальное обеспечение операции, относительные сложности послеоперационного контроля и проблемы, связанные с послеоперационной иммунотерапией.



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

**Российское общество по эндоурологии
и новым технологиям (РОЭНТ)**

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

Приглашает Вас принять участие в

**VII Российском конгрессе
по эндоурологии и новым технологиям
с международным участием**

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

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

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

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

Раскрываем тайны органотропных лекарственных препаратов

А.С. Духанин, д.м.н., профессор кафедры молекулярной фармакологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ.



– Александр Сергеевич, расскажите, пожалуйста, что такое органотропные лекарственные препараты?

– Медицинские энциклопедии и словари определяют органотропность (органо – греч. *trōpos* поворот, направление) как свойство физического, химического или биологического фактора избирательно воздействовать на определенный орган.

Термин введен П. Эрлихом, немецким врачом, бактериологом, химиком, основоположником химиотерапии и фактически всей современной фармакоиндустрии. Тем самым Эрлихом, который вместе с отечественным ученым Ильей Мечниковым получил в 1908 г. Нобелевскую премию в области медицины. Формулируя принципы антимикробной химиотерапии, П. Эрлих справедливо считал, что необходимо отбирать химические соединения (а это были красители, например, метиловый синий, химико-фармацевтической промышленности еще не было), обладающие свойствами «магических пуль – Magic bullets». Химические красители ядовиты. Задача состояла в том, чтобы создать препарат, который уничтожает возбудителей инфекционных заболеваний, но при этом не отравляет организм человека. «Средства против бактерий нужно искать среди красителей. Они пристаю к волокнам тканей и таким образом окрашивают материю. Таким же образом они пристаю к бактериям и тем самым убивают их». С позиций современных представлений, селективность антибактериальной терапии основана на различиях в строении бактериальной клетки и клеток-хозяина. Мишенями антибактериальных препаратов служат структуры, которые встречаются только в прокариотической клетке: клеточная стенка, бактериальные «маленькие» рибосомы (30 и 50 s субъединицы), а также кольцевая ДНК.

– В каких областях медицины они используются?

– Принцип органотропности лежит в основе всех направлений фармакотерапии. Так, высокая кардиоселективность – важный критерий при выборе антиаритмического и антиангинального средств. Органотропные свойства

психотропного препарата напрямую связаны с его способностью проходить через гематоэнцефалический барьер и накапливаться в головном мозге, изменяя активность центральной нервной системы. Эффективность и безопасность противоопухолевого средства зависит от его способности быть тропным к трансформированным клеткам, не затрагивая функционирование неизмененных тканей.

– Как создаются органотропные лекарственные препараты?

Существуют две основные стратегии создания органотропных лекарственных средств. Первая отталкивается от органоспецифических мишеней, характерных только для этого органа/ткани. Мишени действия для антигипертензивных препаратов – β 1-адренорецепторы кардиомиоцитов, ангиотензин-превращающий фермент (АПФ), рецепторы ангиотензина 1-го типа (AT1-рецепторы). Соответственно, фармакотерапевтические группы представлены β -адреноблокаторами, ингибиторами АПФ, антагонистами AT1-типа рецепторов. Чем более избирательно связывание, тем выше аффинитет/сродство к соответствующей мишени, тем, как правило, благоприятнее профиль безопасности терапии, поскольку токсические свойства лекарственного препарата вытекают из «ошибочного» распознавания и связывания неорганотропных структур. Гепатотоксичность, нефротоксичность, ототоксичность, нейротоксичность – следствие взаимодействия лекарственного вещества с ферментами печени с образованием токсичных промежуточных продуктов его метаболизма, например парацетамола. Острое почечное повреждение аминокликозидами развивается на фоне «атаки» гломерулярного аппарата нефронов, энцефалопатия – как результат лекарственно-индуцированной нейротоксичности.

Второе направление в создании органотропных лекарственных препаратов построено на использовании предсуществующих в органе активных веществ, характерных именно для этого органа, не встречающихся в других локациях. Животные ткани обеспечивают богатый терапевтический арсенал, который давно используется в традиционной медицине, они служат источником лекарственных веществ в традиционной медицине во всем мире. В китайской медицине упоминается более 1500 видов животных. Первая Фармакопея России – *Pharmacopoea Rossica*, опубликованная в 1778 г., содержала 29 монографий, описывающих лекарства, полученные из животных источников.

Хочу отметить важное условие для отбора органотропных лекарственных средств животного происхождения: отсутствие видоспецифичности, т.е. их фармакологические свойства должны быть схожи при введении в организм человека. Так, инсулин, выделенный из поджелудочной железы свиньи и быка, имеет разные гипогликемические характеристики. А вот для простатических пепти-

дов, выделенных из предстательной железы бычков, видоспецифичность нехарактерна.

– Всегда ли известен их механизм действия?

– Лекарственные вещества, создаваемые на основе отбора (скрининга) под конкретную органную мишень, имеют заданный механизм действия. Другими словами, их механизм действия предопределен, известен с самого начала, он заложен в самом алгоритме поиска препарата. Если опухолевая клетка содержит на своей поверхности специфичный для нее маркер, например CD20, моноклональные антитела к CD20 будут селективно подавлять рост клон клеток, экспрессирующих эту белковую молекулу-мишень.

Изучение механизма действия органотропных средств, выделенных из органа, можно сравнить с изучением строения ядра в физике. Что их объединяет? Это природные явления, изучая их, мы «раскрываем тайны природы» в прямом смысле слова. Сколько усилий и средств было потрачено в ядерной физике, сколько научных коллективов из различных стран в общей сложности внесли свой вклад в познание структуры атомного ядра? Считается, что до конца она так и не изучена. Нет ничего удивительного в том, что механизм действия природных органотропных молекул далек от полного понимания.

– Насколько важно для клинициста знать механизм действия лекарственного препарата?

– Строго говоря, терапевтическая ценность лекарственного препарата пропорциональна уровню и классу клинических рекомендаций его применения, которые формулируются по результатам клинических исследований данного препарата. На что же влияют знания механизма действия? По мере получения новых сведений о механизме действия появляется возможность запланировать и провести клинические исследования препарата по новым показаниям. Знания детальных механизмов действия позволяют прогнозировать нежелательные лекарственные взаимодействия. Знания детальных механизмов действия лекарственных препаратов востребованы при их назначении полиморбидным пациентам. В целом я согласен с бытующим в профессиональной среде утверждением, что «главное, чтобы препарат работал». Но с важным уточнением: рациональная терапия подразумевает сбор и обобщение сведений о механизмах действия лекарственного препарата.

– Значит ли, что если механизм действия до конца не изучен, то лекарственный препарат обладает непредсказуемыми эффектами?

– Важно определиться о каких эффектах идет речь. Лекарственный препарат проявляет действие на молекулярном, клеточном, тканевом и органном уровнях. Клинический

эффект – органоспецифический, он обязан быть предсказуемым. Залогом этого служат клинические исследования, весь богатый опыт применения лекарственного препарата в реальной медицинской практике. Эффекты на молекулярном и клеточном уровнях изучены далеко не для всех лекарственных препаратов, несмотря на многолетний успешный опыт их медицинского применения. В учебниках по фармакотерапии, инструкциях по медицинскому применению таких широко известных лекарственных препаратов, как амиодарон, хинин, ниацин, парацетам, большинства антидепрессантов и антипсихотических средств, мы встречаем фразу «механизм действия до конца не установлен».

– Какие органотропные лекарственные препараты используются в урологии? В чем их специфика?

– Следуя логике, создание органотропных лекарственных препаратов в урологии исходит из специфических мишеней, расположенных в урогенитальном тракте: α -1А-адренорецепторы простаты, 5- α -редуктаза, фосфодиэстеразы 5-го типа, М-холинорецепторы и β 3-адренорецепторы детрузора. Источники природных органотропных лекарственных средств – экстракты ткани предстательной железы – биорегуляторные простатические пептиды.

– В чем преимущества биорегуляторных пептидов?

– С учетом того, что действующее начало содержит комплекс биорегуляторных пептидов, лекарственные препараты на их основе обладают множественными плейотропными свойствами. На этом основана эффективность их применения при хронических заболеваниях, в которые вовлечены различные патогенетические механизмы. Воспалительная реакция, пролиферативный ответ, отек, болевой симптом, дистрофические изменения, с одной стороны – различные звенья патогенеза доброкачественной гиперплазии предстательной железы, хронического простатита, с другой – точки приложения действия простатических пептидов, активного начала препарата Витапрост.

Одно из важных преимуществ биорегуляторных пептидов, на мой взгляд, недооцененное – возможность безопасно комбинировать с нестероидными противовоспалительными средствами, спазмолитиками, анальгетиками, анестетиками. Минимальный риск развития нежелательных побочных эффектов такой сочетанной терапии объясняется отсутствием точек пересечения в их фармакокинетике на этапах всасывания, распределения, метаболизма и выведения.

Пользуясь случаем, приглашаю Вас на пленарное заседание 26 июня, которое пройдет в рамках XVI конгресса «Мужское здоровье», один из докладов будет посвящен обсуждаемой в этой статье теме.

STADA



ВИТАПРОСТ®

УДАРНАЯ ТРОЙКА ПРОТИВ ПРОСТАТИТА И АДЕНОМЫ



ЛЕЧЕНИЕ
И ПРОФИЛАКТИКА
ПРОСТАТИТА



ЛЕЧЕНИЕ
АДЕНОМЫ
ПРОСТАТЫ

● НОРМАЛИЗУЕТ МОЧЕИСПУСКАНИЕ

● УСТРАНЯЕТ БОЛЬ И РЕЗЬ

● ПОМОГАЕТ СОХРАНИТЬ СЕКСУАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ

ВИТАПРОСТ ТАБЛЕТКИ РУ № 002487 ОТ 18.05.2012, ВИТАПРОСТ СУППОЗИТОРИИ РУ № Р N001136/01 ОТ 10.05.2007, ВИТАПРОСТ ФОРТЕ РУ № ЛСР-002488/07 ОТ 16.03.2012. АО «НИЖФАРМ». РОССИЯ, 603950, Г. НИЖНИЙ НОВГОРОД, УЛ. САЛГАНСКАЯ Д.7

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ
НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

Роль микробных биопленок при хроническом простатите

Эпидемия COVID-19 не стала поводом для отмены профессиональной деятельности врачей, в т.ч. обсуждения в удаленном режиме проблем, связанных с лечением урологических пациентов. Тема доклада профессора кафедры урологии ГОУ ВПО Российского государственного медицинского университета Росздрава, руководителя отделения андрологии ФГБУ НЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова МЗ РФ, д.м.н. **Сафара Исраиловича Гамидова** на проводимой в *on-line*-формате Московской урологической школе была посвящена важным вопросам хронического простатита (ХП).



Перечисляя вопросы, которые постоянно обсуждаются урологами в связи с ХП, Сафар Исраилович отметил среди них главные: дискуссионные вопросы классификации заболевания, разные данные по его распространенности, сложности выявления истинного этиологического фактора, отсутствие единого протокола для ведения всех пациентов, низкая или временная эффективность антибактериальных препаратов, отсутствие четких рекомендаций по профилактике рецидивов заболевания.

Докладчик привел классификацию простатитов, которая была сформулирована в 1995 г. Национальным институтом здоровья США. В соответствии с ней, острый бактериальный простатит является острым инфекционным воспалением предстательной железы (ПЖ), а бактериальный ХП представляет собой повторные инфекции мочевыводящих путей и хроническое инфицирование ПЖ. Хронический абактериальный простатит (ХАП) и синдром хронической тазовой боли (СХТБ) связаны с дискомфортом или болью в области малого таза, различными симптомами нарушения мочеиспускания, сексуальными нарушениями, состояниями, при которых инфекция в ПЖ не выявляется. СХТБ с признаками воспаления наблюдается при повышенном числе лейкоцитов в эякуляте, секрете ПЖ и третьей порции мочи. СХТБ без признаков воспаления наблюдается при незначительном числе лейкоцитов в эякуляте, секрете ПЖ и третьей порции мочи. Асимптоматическим простатитом, в соответствии с вышеназванной классификацией, принято считать заболевание с признаками воспаления в биоптате ПЖ, эякуляте, секрете ПЖ

и в третьей порции мочи без клинических проявлений.

«Когда появилась эта классификация, многие урологи предполагали, что она поможет нам решить большинство вопросов, связанных с диагностикой и лечением пациентов с ХП. Но сегодня почти по каждому из пунктов данной классификации, кроме острого бактериального простатита, у многих врачей, в т.ч. и у меня, есть вопросы и сомнения», – сказал профессор С.И. Гамидов. Он отметил, что в данной классификации одна форма ХП очень легко может переходить в другую, поэтому вышеприведенное деление является условным. «В частности, переход из категории ХП III A/B в категорию II делает возможной этиотропную терапию, если инициирующим звеном, действительно, была бактериальная инфекция. Кроме того, могут возникать проблемы с адекватным

ного заболевание. К сожалению, главным ориентиром для врача при этом является не то определение, которое дают международные эксперты («ХП/СХТБ характеризуется симптомами хронической тазовой боли в течение, по крайней мере, 3 месяцев за последние 6 месяцев, при отсутствии мочевой бактериальной инфекции, но в сочетании с нарушенным мочеиспусканием и сексуальной дисфункцией»), а данные банального ультразвукового исследования, когда выявляются очаговые изменения. Если бы наши урологи действительно руководствовались всеми пунктами вышеприведенного определения, пациентов с диагнозом «ХП» стало бы гораздо меньше.

По мнению профессора С.И. Гамидова, для правильной постановки диагноза необходимо провести дифференциальную диагностику ХП, исключая другие заболевания как урологические (инфекционно-воспа-

Для того чтобы оптимизировать диагностику ХП, по мнению докладчика, необходимо использовать весь арсенал современных методов лабораторной диагностики: полимеразно-цепную реакцию (ПЦР), в т.ч. в режиме реального времени «Андрофлор», масс-спектрометрию, четырехстаканную пробу, использование провокационных тестов или фармакологических препаратов до исследования секрета ПЖ. «Эти методы диагностики помогут врачу понять, с какой категорией пациента с ХП он имеет дело. Однако даже эти способы не дадут ответов абсолютно на все вопросы, – отметил Сафар Исраилович. – Появление метода ПЦР в диагностике пациентов с ХП/СХТБ дало возможность понять, что простатит, вызванный «атипичными» микроорганизмами, характеризуется более легким течением. Эрадикация атипичной флоры, в т.ч. *Ureaplasma urealyticum*, увеличивает шанс пациента на выздоровление. Четырехстаканный локализационный тест Meares-Stamey при наличии ХП показывает, что количество микроорганизмов, а также лейкоцитов именно в третьей порции мочи или образце секрета ПЖ будет достоверно выше по сравнению с первой и второй порциями мочи. В связи с этим существует исследование, посвященное роли теста Meares-Stamey при выявлении вида инфекции у пациентов с ХП/СХТБ. В этой работе проводилась оценка встречаемости хламидий, микоплазм и трихомонад у 254 пациентов, которых ранее лечили по поводу ХП/СХТБ при отрицательном результате исследования уретрального мазка, мочи и секрета ПЖ. У пациентов брали мазки из уретры и проводили стандартный четырехстаканный тест Meares-Stamey. В результате 13,8% пациентов имели положительный результат исследования секрета ПЖ/постмассажной мочи, а у 10,1% пациентов в образцах были обнаружены возбудители инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), которые не выявлялись при предшествующем обследовании».

Далее профессор С.И. Гамидов привел одно из исследований, в котором применялась масс-спектрометрия при диагностике ХП/СХТБ. «Сравнительный анализ микробиома в трех порциях мочи, полученный у 110 пациентов с ХП/СХТБ и у 115 здоровых добровольцев, с использованием бисенсорной технологии, сочетавшей амплификацию нуклеиновых кислот с масс-спектрометрией, показал следующее. Исследование выяви-

<<...>>

В соответствии с исследованиями, 85% возбудителей хронического бактериального простатита активно или умеренно образуют биопленки. Поэтому следует помнить о том, что наличие биопленок является одним из главных факторов, обеспечивающих частые рецидивы ХП

дренированием ацинусов ПЖ», – подчеркнул Сафар Исраилович.

Говоря о распространенности ХП/СХТБ, докладчик сказал следующее: «В соответствии со статистикой, приводимой некоторыми исследователями, в мире это заболевание чаще встречается у мужчин в возрасте 35–50 лет, а в России им страдают до 35% мужчин в возрасте 20–40 лет. Также некоторые данные свидетельствуют о том, что ХАП встречается более чем у 90% пациентов с симптомами простатита, а хронический абактериальный воспалительный простатит (IIIA) диагностируется в 54–90% случаев. Но так ли это? Я считаю, что т.н. «эпидемии» ХП на самом деле не существует, т.к. все зависит от того, как именно уролог определяет наличие дан-

нительные заболевания верхних мочевыводящих путей, хронический эпидидимит, рак простаты, доброкачественную гиперплазию ПЖ, рак мочевого пузыря, интерстициальный цистит, камень мочеточника), так и неурологические (аноректальные расстройства, тазовый миофасцит, паховая грыжа, пояснично-крестцовый радикулит), имеющие схожую клиническую картину. Каково же реальное число пациентов с ХП/СХТБ? Отвечая на этот вопрос, докладчик сказал следующее: «Встречаемость простатитоподобных симптомов близка к статистике заболеваемости ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом: она составляет от 2,2 до 9,7%, при этом средняя оценка составляет 8,2%».

ло значительные отличия микробиома в группах, а у пациентов с СХТБ была выявлена гиперэкспрессия бактерии *Burkholderia cenocepacia* в первой порции мочи. Авторы других исследований также выявили отличия микробиома у 25 пациентов с СХТБ по сравнению с таким же числом здоровых мужчин, а также внутри группы пациентов с СХТБ с различными его фенотипами. «Различия в экспрессии различных микроорганизмов у пациентов и здоровых мужчин определяли отличия в микробном метаболизме, что в будущем может быть использовано в качестве основы для разработки метаболизм-ориентированных методов лечения», – сказал он.

Сафар Исраилович также остановился на сомнительных тестах, применяемых при исследовании секрета ПЖ: «Когда у пациента есть признаки воспаления ПЖ, но микроорганизмы при этом не обнаружены, секрет ПЖ иногда исследуется с помощью провокационного теста (пищевое или с использованием иммуномодулятора, повышающего температуру тела), однако эти тесты вряд ли можно отнести к доказательной медицине. Также нет четких данных по поводу влияния α -адреноблокаторов на дренажную функцию ацинусов ПЖ, когда при исследовании ее секрета применяются такие препараты».

Какой материал лучше использовать: эякулят или секрет ПЖ? Отвечая на этот вопрос, профессор С.И. Гамидов сказал: «Идеальной методики не существует, поскольку и в одном, и в другом способе есть свои преимущества и недостатки. В частности, преимуществами использования эякулята являются одновременная оценка состояния нескольких репродуктивных органов (яичек, ПЖ, семенных пузырьков, пара- и бульбоуретральных желез) и возможность получения материала без участия врача. Среди недостатков необходимо отметить следующие: невозможность получения содержимого закрытых и измененных ацинусов (т.к. во время эякуляции дренируются в первую очередь здоровые ацинусы), отсутствие возможности локализации очага воспаления, невозможность контроля качества получения материала, невозможность получения материала при эякуляторных нарушениях и при наличии у пациента определенных психологических проблем. Преимуществами использования секрета ПЖ являются: возможность получения материала врачом с соблюдением всех требований, увеличение шансов на получение содержимого пораженных ацинусов, возможность определения очага воспаления. Недостатки: необходимость врачебной услуги для получения материала, дискомфорт или другие психологические проблемы у пациента при заборе материала, сложность получения материала при заболеваниях прямой кишки, нежелательность выполнения массажа ПЖ при остром простатите и крупных кальцинатах простаты».

Еще одной проблемой, на этот раз связанной с этиологией ХП/СХТБ, профессор С.И. Гамидов назвал низкую или временную эффективность антибактериальных препаратов, что в первую очередь бывает связано со сложностью выявления истинного этиологического

фактора заболевания. Среди возможных причин неэффективности антибактериальных препаратов он назвал следующие: отсутствие роли инфекционного фактора (при ХАП), проведение эмпирической антибактериальной терапии без учета чувствительности к антибиотикам, антибиотикорезистентность или назначение антибиотиков без оснований, назначение неадекватной дозы антибактериальных препаратов, недостаточная длительность антибактериальной терапии, назначение антибиотиков без учета биодоступности препарата, наличие состояний, ограничивающих накопление антибиотика в ПЖ. Сафар Исраилович привел результаты исследования, где оценивалось наличие инфекционного компонента при ХП/СХТБ, которое предполагает эффективность антибактериальной терапии: «В этой работе получали материал из ПЖ во время проведения трансуретральной биопсии ПЖ и подкожных тканей, а затем исследовали его с помощью ПЦР-диагностики на наличие микроорганизмов. В том случае, когда ПЦР-анализ был положительным, эффективность антибактериальной терапии была в три раза выше, чем при отрицательном его результате. Это подтвердило, что одним из факторов низкой эффективности антибактериальной терапии является отсутствие роли инфекционного компонента».

Переходя к роли микробных биопленок в клинической картине ХП, докладчик напомнил, что биопленки – это конгломерат микроорганизмов на какой-либо поверхности, клетки которых прикреплены друг к другу. Обычно биопленки образуются в контакте с жидкостями при наличии необходимых для их роста веществ. Поверхность, к которой прикреплена биопленка, может быть как неживой (камни), так и поверхностью живого организма. Считается, что 95–99% всех микроорганизмов в естественной среде существуют в виде биопленок. «Биопленки могут являться причиной ХП, поскольку постоянство симптомов заболевания связано с наличием бактерий в бактериальных пленках. Кроме того, биопленки объясняют высокую резистентность к лечению антибиотиками и необходимость в длительном курсе лечения противомикробными препаратами. Антибиотики более эффективны при остром простатите, когда еще не образовался матрикс биопленок, – отметил профессор С.И. Гамидов. – Известно, что бактерии прекращают активно размножаться при неблагоприятных условиях для их существования. И, напротив, активация размножения бактерий ведет к кристаллизации секрета, кальцификации и образованию камней. Кальцификаты ПЖ являются продуктом деятельности биопленок в результате длительного хронического воспаления ПЖ. Причем кальцинаты в ПЖ имеют кристаллическую структуру и содержат кокковую флору и внеклеточный полимерный матрикс микробной биопленки. В соответствии с исследованиями, 85% возбудителей хронического бактериального простатита активно или умеренно образуют биопленки. Поэтому следует помнить о том, что наличие биопленок является одним из главных факторов, обеспечивающих частые рецидивы ХП».

Простамол® Уно

пальмы ползучей плодов экстракт

Патогенетическое действие¹

1

КАПСУЛА в день¹

2

ПОКАЗАНИЯ

- доброкачественная гиперплазия предстательной железы¹
- хронический простатит^{1*}

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ НЕ ОГРАНИЧЕНА¹

Одобрено
Российским обществом
урологов²

**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

ООО «Берлин-Хеми/ А. Менарини»,
123112, Москва, Пресненская наб., 10,
БЦ «Башня на набережной», блок Б.
Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01
<http://www.berlin-chemie.ru>

* Для устранения дизурических симптомов при хроническом простатите

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Простамол® Уно от 06.02.2018. 2. Письмо Председателя РОУ Аляева Ю.Г. от 27.11.2015

Сокращенная информация по медицинскому применению препарата Простамол® Уно (МНН: пальмы ползучей плодов экстракт). **Показания к применению:** Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (I и II стадии); устранение дизурических симптомов (расстройство мочеиспускания, ночная поллакиурия, болевой синдром и др.) при хроническом простатите. **Противопоказания:** Индивидуальная непереносимость компонентов препарата. **Побочное действие:** Возможны аллергические реакции на компоненты препарата. **Способ применения:** По 1 капсуле один раз в сутки в одно и то же время после еды, не разжевывая. Длительность курса лечения не ограничена во времени. Рекомендуемая продолжительность курса терапии – не менее трех месяцев. **Условие отпуска из аптек:** без рецепта.

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ СОДЕРЖИТСЯ В ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ПРОСТАМОЛ® УНО ОТ 06.02.2018.

Информация для специалистов здравоохранения. RU-PROS-05-2019-v01-print. Утверждено 01.11.2019

Метод сигнальной терапии в лечении детей с энурезом

Т.Л. Божендаев^{1,2}, Н.Б. Гусева^{1,2}, Н.С. Хлебутина¹, А.И. Крапивкин¹, В.В. Барахта³, А.А. Корсунский¹

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

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

³ ФГАОУ ВО Южный федеральный университет, Ростов-на-Дону, Россия

Наличие энуреза у детей обусловлено различными факторами. Самостоятельно данный недуг проходит только у 5% детей, в остальных случаях откладывает негативный отпечаток на психологическое и неврологическое состояние ребенка. Развитие данного заболевания обусловлено различными факторами, в которых одной из основных ролей принадлежит задержке созревания нервной системы, позднему развитию поведенческих навыков. Предложено много методов лечения, которые имеют свои плюсы и недостатки. Мы предлагаем комплексный подход с применением аларм-терапии.

По мере взросления ребенка формируется волевой контроль, который важен в формировании осознанного зрелого акта мочеиспускания без непроизвольных эпизодов недержания. Рефлекторное мочеиспускание вне воли осуществляется у новорожденных и грудных детей, т.к. центральная регуляция не осуществляется, а дуги рефлексов замыкаются на уровне спинного мозга.

К 3–5 годам проявляется влияние коры головного мозга, что способствует формированию волевого управления актом мочеиспускания. Акт мочеиспускания в этом возрасте становится управляемым, т.е. ребенок умеет регулировать мочеиспускание, активно сокращая сфинктер и мышцы тазового дна.

Стойкое непроизвольное мочеиспускание во время ночного сна, несоответствующее психологическому возрасту ребенка, называется энурезом (Международная классификация болезней 10-го пересмотра, 1995). Данная форма заболевания, весьма распространенная, наблюдается в 10–30% случаев среди детей от 4 до 15 лет. На возраст 4–7 лет приходится наибольшее число детей, и только у 5% детей с возрастом проявления расстройств мочеиспускания сокращаются самостоятельно. С 4–5-летнего возраста, когда у ребенка должен быть сформирован зрелый тип мочеиспускания, следует выявлять наличие энуреза [1, 2].

По данным Департамента здравоохранения Москвы (2015), более 20% детей школьного возраста страдают расстройствами мочеиспускания, в т.ч. – энурезом, что способствует считать данную проблему чрезвычайно актуальной в научном и практическом смыслах [3].

В развитии энуреза можно выделить несколько основных причин, а именно:

1. Задержка созревания нервной системы.
2. Нарушение ритма секреции антидиуретического гормона.
3. Наследственная предрасположенность.
4. Воспалительные заболевания мочевыводящих органов.
5. Дисфункция нижних мочевыводящих путей.

Задержка созревания нервной системы

Нарушениям волевого акта мочеиспускания и изменениям характера сна способствует замедленное созревание нервной

системы. Патологические беременность и роды ведут к ранним нарушениям функции головного мозга, что способствует задержке темпов созревания нервной системы. Неврологи таким детям в возрасте до 1 года ставят диагноз: последствия перинатального поражения центральной нервной системы. Возникают нарушения реакции активации и пробуждения, исходящие от детрузора импульсы недостаточны для пробуждения ребенка, что и вызывает энурез.

Сложный симптомокомплекс расстройств вегетативной нервной системы (нарушения

Нарушение ритма секреции антидиуретического гормона

Секреция гормона вазопрессина (антидиуретический гормон) происходит в гипоталамусе, затем он перемещается в заднюю долю гипофиза, где и накапливается. Его выброс в кровь происходит ритмично, что способствует меньшему выделению мочи ночью, нежели днем. Переполнение в ночное время мочевого пузыря и, соответственно, непроизвольное мочеиспускание, обусловлено нарушением ритма выработки этого гормона или его недостаточностью [5].

Предрасположенность к энурезу не считается фатальной в плане лечения. Любому пациенту с энурезом, по стандартам ICCS, необходимо всестороннее обследование для выявления первопричины заболевания: дефицит антидиуретического гормона, инфекция мочевыводящих путей и др. При отягощенной наследственности по наличию энуреза более чем 70% детей излечиваются при комбинации средств и методов: десмопрессина, аларм-терапии, солифенацина [7].

Воспалительные заболевания мочеполовых органов

Нарушения мочеиспускания приводят к постоянной влажности нижнего белья, что приводит к занесению в мочевой тракт инфекции (особенно у девочек) [8]. Нередко в результате вульвовагинита у девочек возникают императивные позывы, учащенное мочеиспускание. Ургентное недержание (неудержание) мочи вызывается повышением уровня экскреции солей с мочой одинаково у девочек и мальчиков. Нарушения порога сенсорной активности во время сна вызывают дневные расстройства мочеиспускания, в результате этих факторов возникает энурез [9].

Дисфункция нижних мочевыводящих путей

Гиперактивный мочевой пузырь (ГМП) является часто встречающейся формой дисфункции нижних мочевыводящих путей. Симптомами ГМП является императивный позыв на мочеиспускание с неудержанием мочи и без него, сопровождающийся дневной поллакиурией и ноктурией [10]. У большинства больных причинами ургентного и учащенного мочеиспускания являются синдром вегетативной дисфункции, резидуальная энцефалопатия и гиперактивность детрузора.

Неврологические осложнения, негативный отпечаток на характер и поведение, формирование будущих черт характера инициируют данное заболевание. Очень большой диапазон осложнений обуславливает много способов лечения энуреза, однако до настоящего времени проблема считается нерешенной.

Существуют различные способы лечения энуреза, каждый из них направлен на одну из причин и не учитывает весь симптомокомплекс заболевания [11]. Один из способов



со стороны гипоталамуса, симпатического ствола, брыжеечного узла), обусловленных незрелостью нервной системы, вызывает нейрогенные дисфункции мочевого пузыря – дисфункциональное мочеиспускание, характеризующееся нарушением механизмов накопления и опорожнения мочевого пузыря [4].

Часто у детей с энурезом отмечаются и другие психологические и поведенческие нарушения (синдром дефицита внимания с гиперактивностью). Недостаточность навыков опрятности и тревожно-мнительный фон личности детей обуславливают высокую частоту случаев энуреза в детских домах (до 33%).

Высокая эффективность при энурезе десмопрессина – синтетического аналога вазопрессина, доказывает влияние антидиуретического гормона на патогенез этого заболевания. Многие авторы нарушение секреции вазопрессина объясняют задержкой темпов созревания центральной нервной системы у детей [6].

Генетические факторы

В 12-й хромосоме определен ген энуреза. Если один или оба родителя ребенка в детстве страдали энурезом, риск заболевания ребенка существенно повышается. Мальчики страдают энурезом чаще, чем девочки в соотношении 4:1.

лечения основан на коррекции дисфункции нервной системы и заключается в обследовании внутренних органов на предмет выявления дисбаланса энергетических потоков, в дальнейшем – болевое воздействие для получения ответного напряжения мышц (патент РФ №2123836). Недостатком является сложность проведения и низкая эффективность.

Другой из способов основан на выработке навыка пробуждения пациента при позыве на мочеиспускание, в дневное время при бодрствовании с помощью аппарата условно-рефлекторной терапии, после рефлекторного мочеиспускания происходит отключение аппарата и пациент завершает его в обычном режиме (патент РФ №2216361). Недостатком этого способа лечения является его низкая эффективность у детей с незрелым мочеиспусканием.

Для закрепления рефлекса волевого контроля в ночное время необходимо наличие у детей зрелого типа мочеиспускания во время бодрствования. По нашим наблюдениям, незрелый тип мочеиспускания встречается более чем в половине случаев всех обследованных детей 5-летнего возраста с энурезом. Данная задержка связана как с нарушением формирования корковой ритмики, так и с откладыванием закрепления стереотипа родителями (Е.Л. Вишневский, О.Б. Лоран, 2001). Представленный нами способ лечения и заявленное изобретение повышают эффективность лечения детей, страдающих энурезом. Решение поставленной задачи заключается в нормализации процесса микции в дневное время с учетом физиологической нормы и закреплении зрелого стереотипа мочеиспускания, что способствует при сочетании с сигнальной терапией в ночное время усилению контроля во время сна непроизвольного мочеиспускания. Важным условием задачи является выбор группы пациентов с незрелым мочеиспусканием и задержкой формирования коркового ритма по данным электроэнцефалографии (ЭЭГ) и с контролем лечения по ЭЭГ.

Данный способ заключается в следующем: при первичном обращении на основании дневников мочеиспускания выявляют детей с незрелым типом мочеиспускания, далее выполняют ЭЭГ для выявления задержки формирования коркового ритма: частота альфа-ритма 7 Гц, наличие бета-ритма.

Начинают лечение с поведенческой терапии: индивидуальные режимы мочеиспусканий и потребления жидкости (физиологический расчет потребления жидкости 50 мл на кг массы в сутки с учетом дневной температуры и физических нагрузок). Режим мочеиспусканий формируют в соответствии со зрелым типом мочеиспускания с интервалом 2–3 часа между микциями, с двойным принудительным мочеиспусканием перед сном с разницей 30 минут.

Перед сном на белье ребенка закрепляют сигнальное устройство «Энуфлекс».

Энурезный будильник относится к группе медицинского оборудования длительного пользования (Durable Medical Equipment). Он предназначен для использования в домашних условиях.

Существует три вида сигнализации:

1. Датчик, закрепляемый на трусиках.
2. Беспроводная сигнализация.
3. Сигнализирующий коврик.

Разновидность сигнала: звук, свет и вибрация. Два компонента будильника: датчик влажности и звуковой анализатор. Будильник стимулирует пациента в ответ на наполнение мочевого пузыря проснуться и осуществить микцию. В момент попадания первой капли мочи на белье с прикрепленным датчиком раздается сигнал будильника. Этот вид лечения дает особенно хороший эффект в семьях с устойчивой мотивацией не только у ребенка, но и у родителей. Родительский контроль должен осуществляться в течение 30 дней. Если в течение 7 дней ребенок самостоятельно просыпается на сигнал без родительского контроля, предлагают прекратить контроль ночных пробуждений.



Патент на изобретение.
Способ лечения детей с энурезом

Лечение проводят до нормализации альфа-ритма до 8 Гц и купирования бета-ритма не менее 3 месяцев. Также производят контроль формирования зрелого типа мочеиспускания по дневникам также через 3 месяца лечения [12].

Клиническое наблюдение

Александр Б., 8 лет. Масса тела 25 кг, ребенок от первой беременности, протекавшей с внутриутробной гипоксией.

Предъявляет жалобы на энурез, снижение активности позыва на мочеиспускание во время бодрствования, недержание мочи от переполнения 1–3 раза в сутки, снижение позыва на мочеиспускание.

Родители говорят, что ребенок заигрывается, выпускает мочу во время тренировок по боевым искусствам, если не совершит микцию перед тренировкой.

Дневник мочеиспусканий: по позыву 1–2–3 раза, по напоминанию 3–4 раза, всего 5–6 мочеиспусканий в сутки. Утренняя порция – 170–180 мл, дневная 100–120–180 мл. Энурез каждую ночь. Под контролем УЗИ патологических изменений почек и мочевого пузыря не отмечено.

По данным урофлоуметрии: мочится активной струей, может накопить до 180 мл мочи. На урофлоуметрии – кривая колоколообразная, остаточной мочи нет.

ЭЭГ: ритм не соответствует возрасту, альфа-ритм нерегулярный, частота – 7 Гц.

Сформирован режим питья: 1300 мл/сут (6 раз в сутки по 220 мл), в дни тренировок (2 раза в неделю) 1600 мл (6 раз в сутки по 250 мл).

Режим мочеиспусканий каждые 2 часа, 2 микции перед сном с интервалом 30 минут.

При соблюдении режима мочеиспусканий и режима питья (каждые 2–3 часа) мочу днем стал удерживать через 5 недель после начала поведенческой терапии. Одновременно с поведенческой терапией начато использование устройства «Энуфлекс» будильника каждую ночь. Контроль пробуждения ребенка на сигнал будильника родителями в течение 3 недель. На четвертой неделе лечения на сигнал стал просыпаться сам, устойчиво.

Через 3 месяца энурез сократился до 3 раз в неделю. Днем число сенсорных мочеиспусканий увеличилось до 5, по напоминанию – до 2. Утренняя порция мочи увеличилась до 220, но в течение дня была меньше возрастной нормы 160–180 мл, что было расценено как сохранение незрелого типа мочеиспускания.

На ЭЭГ отмечалось купирование бета-ритма, но альфа-ритм находился в пределах 7 Гц, что не в полной мере соответствовало зрелому корковому ритму. Лечение продолжено еще на 3 месяца.

Контроль через 6 месяцев общего лечения: число мочеиспусканий по позыву 6–7 из 8. Эпизоды энуреза сократились до 2 раз в месяц при несоблюдении режима питья и мочеиспусканий. На ЭЭГ альфа-ритм без всплесков патологической бета-активности, частота – 10–11 Гц. Эффект лечения был расценен как положительный.

Заключение

Снижение самооценки, эмоциональные расстройства, влияние на психологический климат в семье – вот негативная реакция на недержание мочи в любом виде. Большой психологической проблемой для ребенка является формирование определенных комплексов, влияющих на будущую взрослую жизнь.

Причины энуреза и методы преодоления этого недуга должна понимать вся семья. Между родителями ребенка, врачом и самим ребенком должно быть взаимопонимание.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусева Н.Б., Длин В.В., Корсунский А.А. Расстройство мочеиспускания у детей и подростков: принципы диагностики и лечения. Руководство для врачей. М., 2015. 96 с.
2. Божендаев Т.Л., Гусева Н.Б., Игнатьев Р.О., Никитин С.С. Дисфункциональное мочеиспускание как маркер нейрогенных расстройств мочевого пузыря у детей. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2015;94(2):158–63.
3. Гусева Н.Б., Никитин С.С., Корсунский А.А., Колодяжная А.В., Хлебутина Н.С., Яцык С.П. Результаты многоцентрового исследования по диагностике моносимптомного энуреза у детей в различных регионах РФ. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2019;98(2):107–12.
4. Гусева Н.Б., Никитин С.С. Нейрофизиологические аспекты расстройств мочеиспускания неорганического генеза у детей, основные принципы диагностики и лечения. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2017;96(5):137–43.
5. Morozov S.L., Guseva N.B., Dlin V.V., Tonkikh E.V. The clinical significance of the combination of pathogenic therapy in children with overactive bladder syndrome (OAB) and nocturia. J. Exp. Biol. Agricult. Sci. ISSN. 2016; 4(2320):384–8.
6. Haid B., Tekgül S. Primary and Secondary Enuresis: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. Eur. Urol. Focus 2017;3(2–3):198–206.
7. Fujinaga S., Nishizaki N., Ohtomo Y. Initial combination therapy with desmopressin, solifenacin, and alarm for monosymptomatic nocturnal enuresis. Pediatr. Int. 2017;59(3):383–4.
8. Корсунский И.А., Гусева Н.Б., Гаткин Е.Я., Корсунский А.А. и др. Комплексное лечение рецидивирующего цистита при нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у девочек. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2017;1:209–11.
9. Thurber S. Childhood Enuresis: Current Diagnostic Formulations, Salient Findings, and Effective Treatment Modalities ». Arch. Psychiatr. Nurs. 2017;31(3):319–23.
10. Гусева Н.Б., Длин В.В., Корсунский А.А., Лоран О.Б., Морозов С.Л., Тонких Е.В. Ночтурия, как симптом гиперактивного мочевого пузыря у детей. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2015;94(2):175–82.
11. Гаткин Е.Я., Гусева Н.Б., Корсунский И.А., Хлебутина Н.С. Эффективность комплексного лечения детей с расстройствами мочеиспускания для повышения качества их жизни. Вестник последипломного медицинского образования. 2017;1:45–51.
12. Гусева Н.Б., Никитин С.С., Корсунский А.А., Колодяжная А.В., Хлебутина Н.С., Яцык С.П. Особенности лечения детей с энурезом и ночной полиурией. Педиатрия. 2019; 98(5):56–61.

Свищи мочевого пузыря как «подарок» гинеколога

На одной из сессий в рамках совместного Конгресса урологов РЖД и ФМБА России специалистами были представлены клинические наблюдения, связанные со свищами мочевого пузыря. В частности, врач-уролог МБУЗ «Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.Л. Подгорбунского» (Кемерово) **Евгений Викторович Волокитин** рассказал об опыте кемеровских коллег в отношении лечения пациенток с «высокими» пузырно-влагалищными свищами.

Он сообщил, что частота встречаемости пузырно-влагалищных свищей составляет от 0,3 до 2% от всех урологических заболеваний. При этом 90% всех пузырно-влагалищных свищей формируется у пациенток после родовых травм, акушерско-гинекологических операций и других вмешательств на органах малого таза.

Далее Евгений Викторович остановился на классификации свищей по их этиологии: «Свищи могут быть травматическими (вследствие акушерско-гинекологических операций, манипуляций, травм, родов), воспалительными (возникающими при перфорации абсцесса малого таза), онкологическими (образующимися при распаде опухоли и в результате последствий лучевой терапии), а также возникающими по редким причинам – в результате попадания во влагалище инородных тел, при насильственном половом акте, венерической лимфогранулемы, шистосомозе, туберкулезе, актиномикозе и других заболеваниях».

Кроме этого, по словам докладчика, в литературе представлена классификация свищей, разработанная профессором Д.В. Каном. Сюда входят пузырно-влагалищные, пузырно-маточные, пузырно-придатковые, уретро-влагалищные, мочеточниково-влагалищные свищи, комбинированные (или мочеточниково-пузырно-влагалищные) свищи, сочетанные свищи (или поражение мочеполовых органов и кишечника). Еще одна классификация – Goh, разделяет свищи в зависимости от их локализации (при этом дистальный край фистулы может быть расположен на расстоянии от 1,5 до 3,5 см от наружного отверстия мочеиспускательного канала), размера свища (от 1,5 до 3 см в максимальном размере), состояния тканей (отсутствует или имеется либо незначительный, либо выраженный фиброз).

Докладчик отметил, что, хотя гистерэктомия у пациенток по поводу доброкачественной фибромиомы матки выполняется сегодня не так часто, однако составляет до 80% этиологии всех гинекологических свищей. При этом риск формирования свищей после такой операции составляет от 0,3 до 1,4%. «В качестве одного из видов лечения в литературе встречается вариант консервативной терапии пациенток со свищами, куда входят антибактериальная терапия, длительная катетеризация мочевого пузыря, постельный режим и мазовое тампонирование влагалища. Однако в этих работах приведены лишь единичные клинические наблюдения и нет данных по результатам такого лече-



ния», – сказал доктор Е.В. Волокитин. Он сообщил, что врачами Кемеровской областной клинической больницы скорой медицинской помощи им. М.Л. Подгорбунского описаны два клинических наблюдения с положительным результатом лечения пациенток консервативным путем.

Также он напомнил, что при использовании оперативного метода лечения пациенток со свищами могут применяться различные доступы: вагинальный, чрезпузырный, абдоминальный и комбинированный. «Однако анатомия свищей такова, что т.н. «высокие свищи» требуют использования трех доступов: чрезпузырного, абдоминального и комбинированного», – сказал докладчик. Он напомнил, что история применения лапароскопического доступа началась с 1994 г., когда появились первые сообщения сначала о лапароскопической трансвезикальной, а затем и экстравезикальной пластике пузырно-влагалищного свища.

Доктор Е.В. Волокитин сообщил о том, что в клинике им. М.Л. Подгорбунского с 2016 г. было выполнено 19 лапароскопических фистулопластик у пациенток с пузырно-влагалищными свищами, а также описано 1 наблюдение у пациентки с пузырно-маточным свищом. Далее он представил клинические примеры операций в видеоформате. Примеры относились к лапароскопической коррекции у пациенток с мочепузырно-влагалищным свищом, при которой была проведена трансвезикальная иссечение свищевого хода по О'Коннор.

«Обычно фистулопластика является повторным оперативным вмешатель-

ством на органах брюшной полости и сопровождается более или менее выраженным спаечным процессом, который в свою очередь может затруднить доступ, увеличить время операции, но при этом не является противопоказанием к ее выполнению, – пояснил доктор Е.В. Волокитин и затем приступил к комментариям по поводу таких операций. – После рассечения брюшины мы вскрываем стенку мочевого пузыря (при этом делаем довольно широкий доступ в мочевой пузырь, чтобы максимально хорошо визуализировать свищ). Предварительно, на дооперационном этапе мы всегда маркируем свищ мочеточниковым катетером, а при необходимости маркируем устье мочеточника при его близком расположении к свищу. Иссечение свища всегда выполняем «холодными» ножницами в соответствии с канонами фистулопластики. После иссечения формируем нечто похожее на «площадку» между задней стенкой мочевого пузыря и влагалищем. Это дает возможность для последующего, более комфортного ушивания дефектов мочевого пузыря и влагалища. Также во время операции мы устанавливаем во влагалище стеклянный фаллоимитатор, который используем в качестве манипулятора. Ушивание дефектов влагалища выполняем полифеломентным шовным материалом с использованием непрерывного шва и рассасывающейся нити. При мобильности сальника и его больших размерах мы прокладываем часть сальника между стенками влагалища и мочевого пузыря. Если же сальник не развит или вовлечен в спаечный процесс, то не стремимся обязательно его моби-

лизовать. Дефект мочевого пузыря закрываем либо полифеломентным шовным материалом с использованием непрерывного шва, либо используем самофиксирующиеся нити при их наличии. При завершении операции обязательно проверяем герметичность шва. Мочеточниковые катетеры удаляем практически сразу после выполнения операции».

Докладывая о результатах выполненных операций, доктор Е.В. Волокитин сообщил следующее: «Сегодня мы отмечаем безрецидивное состояние прооперированных пациенток в период от 3 до 30 месяцев. Среднее время выполнения операций составило 110 минут, активация пациенток прошла в первые же сутки. Дренажирование верхних мочевыводящих путей мочеточниковым катетером проводилось до суток, а мочевого пузыря уретральным катетером – от 10 до 14 суток. Исключение составило лишь одно наблюдение, при котором после коррекции пузырно-влагалищной фистулы произошел рецидив. Оценив впоследствии данную проблему, мы поняли, что у пациентки был резидуальный свищ, незамеченный во время первого оперативного вмешательства. Пациентке была выполнена повторная операция через 3 месяца после первой. В ходе повторной операции мы отметили, что «рецидивный» свищ находился довольно далеко от зоны первичного оперативного вмешательства. На этот раз результат оперативного вмешательства оказался положительным».

В заключение своего доклада Евгений Викторович сделал определенные выводы: «Кроме стандартных плюсов лапароскопического доступа при выполнении фистулопластик у пациенток с пузырно-влагалищными свищами (к этим плюсам относятся ранняя активация и минимальная травматизация пациенток, улучшенная визуализация и прецизионность техники, а также минимальная длительность стационарного пребывания больных), хотелось бы отметить еще и возможность транспозиции мочеточника, если возникает такая необходимость. Поэтому на сегодняшний день я и мои коллеги считаем методом выбора у пациенток с «высоким» свищом именно лапароскопический доступ. Что касается сроков дренажирования мочевыводящих путей после выполнения операции, то они составляют в среднем около 7 суток, хотя могут быть и гораздо более длительными в зависимости от локализации, размера свища и его этиологии».

ПРЕПАРАТЫ АСТЕЛЛАС

позволяют подобрать
оптимальную схему
терапии каждому
пациенту с СНМП¹



Ургентность



Недержание^{1,4*}

ЛС-000687
от 05.07.2010



Везикар
солифенацин

Для приема внутрь

5МГ 10 таблеток
пленочной



astellas

Омник Окас

30 таблеток с контролируемым высвобождением,
покрытых оболочкой
тамсулозин 0,4 мг

для приема внутрь

ЛС-000849
от 24.02.2011

Бетмига 50 мг

таблетки пролонгированного действия,
покрытые пленочной оболочкой
мирабегрон

30 таблеток пролонгированного действия,
покрытых пленочной оболочкой



Обструкция^{3,4*}



Ноктурия



Поллакиурия^{2,4*}

* Преимущественное действие препарата. По данным клинических исследований, в которых препарат продемонстрировал активность в отношении указанных симптомов
1. Адаптировано <https://uroweb.org/guideline/treatment-of-non-neurogenic-male-luts/> (дата обращения: 17.09.2019); 2. Haab F. et al., European Urology 47 (2005) 376–384
3. Tubaro et al., Ther Adv Urol 2017, Vol. 9(6) 137-154; 4. Касян Г.Р., Кривобородов Г.Г., Гаджиева З.К. Резолюция по итогам экспертного совета по проблемам дифференцированного подхода к терапии СНМП. Урология, 2019, №4, стр. 6-8

АО "Астеллас Фарма" 109147, Россия, г.Москва, ул. Марксистская, д.16, +7(495)737 07 56
Имеются противопоказания. Перед назначением ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению

 **astellas**

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Системная радионуклидная терапия при метастатическом кастрационно-рефрактерном раке предстательной железы

В рамках проведения X Московской урологической школы старший научный сотрудник отделения оперативной онкологии и оперативной урологии Российского научного центра радиологии и хирургических технологий им. акад. А.М. Гранова (Санкт-Петербург), уролог-онколог, к.м.н. **Денис Георгиевич Прохоров** рассказал о том, каким пациентам и когда необходимо назначать системную радионуклидную терапию при метастатическом кастрационно-рефрактерном раке предстательной железы.

Докладчик напомнил о критериях постановки диагноза кастрационно-рефрактерного рака предстательной железы (РПЖ), к которым, по его мнению, относятся: кастрационный уровень тестостерона (менее 50 нг/дл или менее 1,7 нмоль/л на фоне биохимического или/и радиологического прогрессирования. «Биохимическое прогрессирование – это повышение уровня простатического специфического антигена (ПСА) сыворотки крови в трех последовательных измерениях, проведенных с интервалом не менее 1 недели, приводящее к 50% увеличению минимального значения ПСА (более 2 нг/мл). Радиологическое прогрессирование – это появление двух или более новых очагов при скинтиграфии или увеличение (появление новых) мягкотканых метастазов по критериям RECIST, которые используют для оценки ответа опухоли на проводимую терапию. Основу оценки составляет определение размера опухоли с помощью методов лучевой диагностики (рентгенографии, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования) и эндоскопических методов», – пояснил он.

Далее Денис Георгиевич остановился на особенностях метастазирования РПЖ: «Кости относятся к наиболее частой локализации метастазов, поэтому боль в костях отмечают 80% пациентов. Висцеральные метастазы редки, чаще всего поражаются легкие и печень. Наличие метастазов в кости не является фактом, который мог бы ограничить назначение пациенту адекватного лечения с целью продления его жизни и сохранения ее достойного качества. Помимо боли, костные метастазы могут проявляться усталостью, потерей аппетита, нарушениями сна, диспноэ, нарушением подвижности, потерей чувствительности, нарушениями функции мочевого пузыря и прямой кишки, неврологической симптоматикой, слабостью в конечностях, трудностями с выполнением повседневных задач, анемией, нейтропенией, тромбоцитопенией».

С какой целью и когда может использоваться лучевая терапия в лечении пациентов с метастатическим РПЖ? Отвечая на этот вопрос, доктор Д.Г. Прохоров сказал: «Дистанционно-лучевая терапия при развитии костных осложнений в первую очередь является паллиативной мерой, которая не увеличивает выживаемость. А применение радиоизотопов в лечении направлено не только на купирование болей и улучшение качества жизни пациента, а также на профилактику костных осложнений (по возможности с минимальными повреж-

дениями костного мозга), но и на увеличение выживаемости больных РПЖ».

Докладчик рассказал о преимуществах системной лучевой терапии, главным из которых является адресное поступление препарата с избирательным накоплением во всех костных метастазах с ограниченным облучением здоровых тканей и усилением лечебного эффекта. Среди препаратов, применяемых в системной лучевой терапии, он назвал стронций-89, самарий-153 и радий-223. Принципиальным отличием первых двух препаратов от радия является то, что они имеют β -излучение (пробег частицы в тканях около 2,5 мм), а радий – α -излучение (пробег частицы в тканях менее 1 мм). И хотя наибольший опыт использования в терапии существует у стронция и сама-

ростью. Что касается α -излучателей (изотоп радия и кальциевый миметик), то они имеют короткую дистанцию прохождения частиц и минимально повреждают костный мозг. Кроме того, они уменьшают боль и повышают общую выживаемость. Это показано в исследовании, которое также продемонстрировало, что α -излучатели активно захватываются формирующейся костной тканью, имеют проникновение на 5–10 клеточных диаметров, не метаболизируются и выводятся через кишечник», – резюмировал докладчик. «При применении пациентом с РПЖ и костными метастазами в качестве первой линии терапии абиратерона, энзалутамида и доцетаксела у него неминуемо произойдет прогрессирование заболевания», – сообщил доктор Д.Г. Прохоров. – По существующим



рия, и эти препараты, и радий сегодня входят в перечень средств высокотехнологичной медицинской помощи, предоставляемой системой ОМС.

По поводу стронция и самария было проведено не менее 36 исследований (8 из них – рандомизированные, проводились в 1993–2014 гг.). Они показали, что фракция препарата, остающаяся в костных тканях, пропорциональна объему костного метастатического поражения и составляет от 20 до 80% от введенной активности. Она встраивается в минеральную структуру пораженного участка, не метаболизируется и остается в ней около 100 дней. При этом у пациентов уменьшается болевой симптом, улучшается качество жизни, однако выживаемость не увеличивается и присутствует миелотоксичность. «Таким образом, β -излучатели, уменьшающие боль, имеют длинную дистанцию прохождения β -частиц, оказывают нежелательное воздействие на костный мозг и ассоциированы с токсич-

сегодня рекомендациям последовательное назначение этих препаратов не приветствуется, поэтому пациенту необходимо назначить химиотерапевтический агент. Именно в этот момент больному можно провести курс терапии (6 циклов) препаратом радия-223, что как минимум даст полугодовой интервал лечения пациента с хорошим качеством жизни. Однако в дальнейшем у него неизбежно будет происходить усиление симптоматики заболевания».

Кому абсолютно точно не нужна системная лучевая терапия? «В первую очередь – истощенным пациентам с уровнем гемоглобина ниже 90 г/л, лейкоцитов – менее $3,5 \times 10^9$ /л, тромбоцитов – менее 100×10^9 /л и ожидаемой продолжительностью жизни менее четырех недель», – пояснил докладчик. – Что касается применения радия, то противопоказанием для его использования является наличие висцеральных метастазов».

Сколько метастазов должно быть у пациента, чтобы направить его на лечение

к радиотерапевту? «Полагаю, если у больного около 20 метастазов, то он является таким же кандидатом для лечения, как и пациент с «гиперсканом», – ответил доктор Д.Г. Прохоров. – Однако если у больного с «гиперсканом» исходно уровень гемоглобина ниже 90 г/л и есть признаки того, что он будет снижаться и дальше, полагаю, что надо воздержаться от активного назначения этому пациенту препаратов радия. Что касается накопления радиофармпрепарата в метастатических очагах, то его количество не имеет значения. При этом важно лишь наличие существующих или новых очагов. Следует также ответить на популярный вопрос об одновременном с системной лучевой терапией приеме препаратов кальция. Существует вероятность взаимодействия радия-223 с кальцием и фосфатами, поэтому следует прекратить прием препаратов, содержащих кальций или витамин D за несколько дней до введения радия хлорида».

Говоря о том, какому пациенту лучше назначить радий, исходя из его соматического статуса и ожидаемой продолжительности жизни, Денис Георгиевич сказал следующее: «В одном из исследований четко показано, что пациенты, получившие не менее 5 инъекций радия-223, получают возможность увеличения общей выживаемости почти на 11 месяцев. Вводить менее 5 инъекций и отправлять истощенных пациентов на терапию радием, на мой взгляд, не имеет смысла. Полный цикл лечения радием-223 составляет 6 инъекций, оценка лечения должна проводиться через каждые 28 дней, а проводить скинтиграфию скелета необходимо не ранее чем через 24 недели. Однако если происходит клиническое и биохимическое прогрессирование, то через 12 недель можно провести оценку терапии».

Подводя итог своему докладу, доктор Д.Г. Прохоров рассказал еще об одном исследовании, в котором оценивалась эффективность препаратов (доцетаксел, абиратерон, энзалутамид, кабазитаксел), применяемых для лечения пациентов с метастатическим кастрационно-резистентным РПЖ, по сравнению с терапией радием-223. «Разница в медиане общей выживаемости у пациентов, лечение которых проводилось радием, не только не уступает ни одному из данных препаратов, но и превосходит их по эффективности. Поэтому многим врачам-онкологам следует изменить существующие в их профессиональных подходах стандартные установки и шаблоны по поводу якобы неэффективности системной лучевой терапии», – сообщил докладчик. ■

Результаты эндоскопических вмешательств на мочеточниках

Темой доклада руководителя Новосибирской клинической больницы «РЖД-Медицина», врача-уролога, к.м.н. **Константина Геннадьевича Нотова** на совместном Конгрессе урологов ОАО РЖД и ФМБА России стали продемонстрированные им результаты эндоскопических вмешательств на мочеточниках.

Докладчик напомнил о том, что существует всего 4 доступа при эндоскопических операциях на мочеточниках: трансуретральный, лапароскопический, ретроперитонеоскопический и перкутанный антеградный.

Далее он привел проанализированные данные, собранные в течение 10 лет в Новосибирской клинической больнице «РЖД-Медицина» о результатах эндоскопических вмешательств на мочеточниках у 3900 прооперированных пациентов: в основном это были трансуретральные операции. По данным статистики, у этих пациентов было отмечено 4% осложнений.

Среди них были зафиксированы следующие: отрыв мочеточника при уретеролитоэкстракции, в результате чего одному из пациентов при обнаружении «сморщенной» почки была выполнена нефрэктомия, и отрыв мочеточника с последующей нефростомией. При этом одно наблюдение, связанное с отрывом мочеточника у пациентки с сахарным диабетом, завершилось летальным исходом.

Доктор К.Г. Нотов привел несколько клинических наблюдений пациентов, перенесших эндоскопические операции. В одном из наблюдений у пациентки при экстирпации матки были лигированы мочеточники и выполнена двухсторонняя нефростомия. Через сутки, когда у женщины диагностировали острый пиелонефрит, было предпринято длительное лечение, в течение которого у нее зафиксировали повышение уровня креатинина до 300–350 мкмоль/л. «В нашу клинику пациентка поступила с высокой температурой и выраженной клинической картиной острого пиелонефрита», – сообщил докладчик.

– Мы заменили нефростомы, на которых невооруженным глазом были видны биопленки. Затем было проведено консервативное лечение по стабилизации состояния пациентки, после чего выполнено оперативное лечение. Поскольку в ходе оперативного вмешательства мы обнаружили

двухстороннюю облитерацию мочеточников, то первым этапом отсекали их и наложили временный *proas-hitch* справа. Фиксировали мочевой пузырь сначала к поясничной мышце справа, потом комфортно, без натяжения, наложили уретероцистоанастомоз справа. Затем временный *proas-hitch* был снят справа и наложен слева, после чего мы проделали те же манипуляции слева. Мочеточник был анастомозирован с мочевым пузырем, *proas-hitch* был снят. При этом натяжение отсутствовало».

Докладчик подчеркнул, что в литературе не был описан подобный опыт. Что касается результата, то он, по словам доктора К.Г. Нотова, оказался отличным: через год показатель уровня креатинина у пациентки был 200 мкмоль/л, а некоторое время спустя женщине была выполнена sling-овая операция по поводу недержания мочи. Сегодня пациентка чувствует себя хорошо.

Другое клиническое наблюдение, приведенное докладчиком, относилось к мужчине 45 лет, который обратился к урологу с жалобами на дискомфорт в поясничной области слева и гематурию. У него была выявлена доброкачественная опухоль средней трети левого мочеточника. «Мы провели пациенту уретероскопию, выявили полип мочеточника, взяли биопсию, которая показала, что полип является фиброзно-отечным», – пояснил доктор К.Г. Нотов. – Поскольку полип находился на узком основании, то мы смогли выполнить достаточно щадящую лапароскопическую резекцию мочеточника с применением лазерной маркировки уровня резекции.

Выполнив лазером такую маркировку, в образованное отверстие мы поставили стент и затем перешли к лапароскопическому этапу операции. Затем в зоне маркировки мы отсекали мочеточник и вылучили полип (объем его оказался равен 8x1 см). Результат этой операции как после удаления стента, так и полгода спустя оказался отличным».

ВКЛЮЧИ ЗЕЛЕНЫЙ!

Профлосин®
Тамсулозин 0,4 мг
100 капсул кишечнорастворимых пролонгированного действия
Для приема внутрь

Профлосин®
Тамсулозин 0,4 мг
30 капсул кишечнорастворимых пролонгированного действия
Для приема внутрь

Для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (лечение дизурических расстройств)

100 КАПСУЛ

Включен в перечень ЖНВЛП!

ДОСТУПНАЯ ЦЕНА⁴

ЕВРОПЕЙСКОЕ КАЧЕСТВО

BERLIN-CHEMIE MENARINI

ДЛЯ РАННЕГО ОБЛЕГЧЕНИЯ ДИЗУРИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ^{2,3}:

- Тамсулозин от Берлин-Хеми/А. Менарини
- Упаковки по 30 и 100 капсул = 30 или 100 дней непрерывной терапии
- 1 капсула в сутки²



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

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

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

ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини» 123112, Москва, Пресненская набережная, д.10, БЦ «Башня на Набережной», блок Б. Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01
RU-PROF-03-2019-v01-print. Дата утверждения материала: 01.11.2019

СЕКСУАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

В работе X Московской урологической школы, которая из-за эпидемии коронавируса COVID-19 прошла в *on-line*-формате, по традиции приняли участие ведущие российские специалисты. В сессии по актуальным вопросам андрологии принял участие профессор кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, д.м.н., член Европейской, Американской ассоциаций урологов и Российского общества урологов, член Европейского и Международного обществ по сексуальной медицине **Ника Джумберович Ахвледиани**, представивший свое видение проблем сексуальной реабилитации. Он построил свой доклад по принципам формулировки популярных мифов и их разоблачения.



Миф. Больным, подвергшимся радикальной простатэктомии (РП), при сопутствующем гипогонадизме категорически нельзя назначать андрогензаместительную терапию (АЗТ) тестостероном.

Реальность. «Если обратиться к рекомендациям Европейской ассоциации урологов, то можно заметить, что терапия тестостероном уже давно применяется у мужчин с гипогонадизмом, которые подверглись оперативному лечению локализованного рака предстательной железы (ПЖ) и у которых в настоящее время нет признаков активного заболевания (биохимического рецидива, изменений ПЖ при пальцевом ректальном исследовании, костных метастазов). Однако подобное лечение должно проводиться только у пациентов с низким риском рецидива рака ПЖ. Существуют и другие исследования, которые показывают, что безопасность АЗТ у этих пациентов высока, а частота рецидивов при правильно отобранных группах больных достаточно низка», – сообщил докладчик.

Миф. Принцип лечения пациентов с эректильной дисфункцией (ЭД) после РП разработан и активно применяется в мировой практике.

Реальность. «На самом деле в мире не существует единой стратегии реабилитации эректильной функции у пациентов после РП. Но есть единая концепция ступенчатого принципа лечения пациентов с ЭД любой этиологии, которая включает движение от наименее агрессивных методов (применение ингибиторов фосфодиэстеразы-5 – ИФДЭ-5, использование вакуумной помпы) к более агрессивным (использование внутрикавернозных инъекций и оперативное лечение). Однако эти правила следует немного скорректировать. К примеру, если

у пациента выполнена РП с сохранением нервных пучков, то вышеназванная концепция имеет право на существование. Если же операция была выполнена без сохранения нервных пучков, применение данной концепции бессмысленно и сразу можно приступить к агрессивным методам», – отметил профессор Н.Д. Ахвледиани.

Миф. ИФДЭ-5 гарантируют восстановление эрекции у пациентов после нервосберегающей радикальной простатэктомии (НРП).

Реальность. «По этому поводу существует очень много больших рандомизированных исследований, где показана эффективность ИФДЭ-5, но она далеко не абсолютна. К примеру, в этих работах показана динамика улучшения эректильной функции по шкале МИЭФ при терапии ИФДЭ-5 менее и более 6 месяцев. В частности, эректильная функция у пациентов улучшалась примерно на 4 балла, когда ИФДЭ-5 применяли менее 6 месяцев. Если же терапия проводилась более длительно, то уровень улучшений увеличился лишь на 0,74 балла. Это означает, что если у пациента не произошло изменений в лучшую сторону через 6 месяцев, то вряд ли они наступят через год. Кроме того, урологам известно, что после выполнения НРП у пациентов происходит укорочение полового члена. Исследования показывают, что застраховаться от этого процесса наилучшим образом позволяет применение ИФДЭ-5», – сказал докладчик.

Миф. ИФДЭ-5 одинаково эффективны у всех пациентов.

Реальность. По словам профессора Н.Д. Ахвледиани, это не так, поскольку ИФДЭ-5 могут соединяться только с определенными активными центрами молекулы ФДЭ-5, что обуславливает отличающуюся эффективность у разных индивидов.

Миф. Вакуумные эректоры неэффективны в реабилитации эректильной функции у пациентов после выполнения НРП.

Реальность. На самом деле исследования показывают, сообщил Ника Джумберович, что 80% пациентов достигают эрекции, достаточной для пенетрации при использовании вакуумного эректора.

Миф. Терапия стволовыми клетками не использовалась при лечении пациентов с ЭД после выполнения НРП.

Реальность. «Существуют пилотные исследования, в которых пока приняли участие

только 12 пациентов после выполнения НРП, которые не ответили на терапию. Эти больные подверглись внутриваггинальному введению костномозговых стволовых клеток. Через 12 месяцев у 9 испытуемых было отмечено восстановление пенетрационной способности на фоне применения ИФДЭ-5. Также произошло достоверное улучшение артериальной перфузии полового члена при доплерографии», – сообщил докладчик.

Миф. Интракавернозные инъекции не пользуются популярностью у пациентов после НРП ввиду их неэффективности.

Реальность. «Это миф лишь наполовину, а эффективность интракавернозных инъекций, на самом деле, высокая. Исследования показывают, что применение интракавернозных инъекций простагландином E1 (ПГЕ1) в течение 6 месяцев позволило 67% пациентам после НРП достигать эрекции, достаточной для пенетрации. В то время как в контрольной группе, не получавшей лечения, этот показатель не превышал 20%. Однако необходимо отметить, что несмотря на высокую эффективность интракавернозного введения вазоактивных лекарственных средств, 80% пациентов отказываются от его длительного применения ввиду множества побочных эффектов. Еще одной причиной отказа пациентов от интракавернозных инъекций являются неудобства, связанные с таким видом терапии», – констатировал Ника Джумберович.

Миф. Фаллопротезирование сопровождается низким показателем удовлетворенности у пациентов после РП.

Реальность. По словам профессора Н.Д. Ахвледиани, удовлетворенность пациентов, подвергшихся фаллопротезированию гидравлическими имплантатами после РП, а также их партнерш, согласно исследованиям, достигает 90%. При этом частота осложнений в результате протезирования полового члена у больных данной группы не превышает 5%. Удовлетворенность результатами фаллопротезирования у пациентов после РП и у больных васкулогенной ЭД составляет 86 и 90% соответственно.

Миф. Методика фаллопротезирования трехкомпонентными гидравлическими имплантатами у пациентов после РП не имеет никаких особенностей.

Реальность. «Все, кто занимается фаллопротезированием профессионально, знают, что это не так, – сообщил докладчик. – После перенесенной РП ретциево

пространство, в которое обычно имплантируют резервуар трехкомпонентного пенильного протеза, склерозировано. В результате попытка стандартного размещения баллона под поперечную фасцию может привести к разрыву мочевого пузыря или повреждению подвздошных сосудов с фатальным кровотечением. В связи с этим наиболее предпочтительна эктопическая установка резервуара над поперечной фасцией (для тех, кто владеет этой техникой и необходимым инструментарием)». Ника Джумберович схематично продемонстрировал 3 варианта размещения резервуара трехкомпонентного имплантата – со стандартной локализацией резервуара, а также с эктопической (низким и высоким размещением резервуара). В одном из вариантов резервуар был размещен над поперечной фасцией: разница между высоким и низким размещением заключалась лишь в том, насколько высоко размещен резервуар. «Чтобы высоко продвинуть резервуар при эктопическом размещении, необходимо использовать зажим Уилсона. Как известно, профессор С. Уилсон является одним из основоположников современных хирургических технологий фаллопротезирования. Им был предложен метод, который позволяет очень высоко, под прямой мышцей живота, над поперечной фасцией, безопасно и без каких-либо рисков провести и расположить резервуар», – объяснил профессор Н.Д. Ахвледиани.

Миф. Методов лечения климактурии после выполнения радикальной простатэктомии не существует.

Реальность. Докладчик напомнил, что климактурия – это истечение мочи во время оргазма у пациентов, перенесших РП. «На самом деле существует методика лечения климактурии с помощью имплантации гидравлического фаллопротеза и применения техники «миниубки». «В процессе имплантации устанавливается «заплата» – сеточка-слинг, которая подшивается к уретре. Такая методика позволяет при активации имплантата перекрывать мочеиспускательный канал, что предотвращает климактурию», – сообщил Ника Джумберович.

«Таким образом, можно заключить, что сегодня существует достаточно мифов по поводу сексуальной реабилитации пациентов после РП. Тем не менее этим больным можно помочь, и я рекомендую использовать приведенные мной методы, чтобы реабилитировать пациентов этой непростой категории», – резюмировал докладчик.

Профессор ВЛАДИМИР НИКОЛАЕВИЧ ТКАЧУК (К 90-летию со дня рождения)



22 июня 2020 г. исполнилось 90 лет со дня рождения и 65 лет врачебной, научно-педагогической и общественной деятельности председателя Санкт-Петербургского научного общества урологов им. С. П. Федорова, профессора кафедры урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, заслуженного деятеля науки Российской Федерации, доктора медицинских наук Владимира Николаевича Ткачука.

В. Н. Ткачук родился в Ленинграде. В 1955 г. окончил Первый Ленинградский меди-

цинский институт им. акад. И. П. Павлова. С этого времени вся его деятельность неразрывно связана с этим институтом, на кафедре урологии которого под руководством видного ученого и клинициста профессора А.М. Гаспаряна он прошел путь от клинического ординатора до профессора. В течение 25 лет (с 1970 по 1995 г.) В. Н. Ткачук возглавлял эту кафедру, а в настоящее время является ее профессором.

Профессор В. Н. Ткачук – крупный ученый, клиницист и педагог, воспитавший большую плеяду учеников и создавший свою школу в урологии. Под его руководством защищено 10 докторских и 45 кандидатских диссертаций, а многочисленные ученики работают как в России, так и во многих зарубежных странах.

Научные работы профессора В. Н. Ткачука и его учеников относятся ко многим разделам урологии. Основными научными приоритетами В. Н. Ткачука являются разработка новых методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы, рака мочевого пузыря, специфических и неспецифических воспалительных заболеваний мочевых и мужских половых органов, изучение истории урологии. Им опубликовано более 500 научных работ, в т.ч. 22 монографий. В. Н. Ткачук – автор множества изобретений и рационализаторских предложений.

Вклад профессора В. Н. Ткачука в развитие отечественной урологии многогранен. Им были разработаны и внедрены в клиническую практику методики рентгенодиагностики и лечения туберкулеза почек. Много лет проф. В. Н. Ткачук посвятил изучению этиологии, патогенеза, клинического течения, диагностики и оперативному лечению доброкачественной гиперплазии предстательной железы, а в последние 25 лет – и лекарственной терапии этой болезни. Им был разработан и в 1976 г. внедрен в практику оригинальный метод аденомэктомии. Большое внимание он уделял диагностике и оперативному лечению рака мочевого пузыря, а также профилактике рецидивов опухолей мочевого пузыря после трансуретральной резекции. Значительный вклад В.Н. Ткачук внес в разработку различных аспектов патогенеза, диагностики и лечения хронического простатита. По инициативе В.Н. Ткачука при кафедре урологии 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И. П. Павлова в 1989 г. был открыт первый на Северо-Западе центр дистанционной ударноволновой литотрипсии (ДУВЛ). В двух монографиях и многочисленных статьях, посвященных ДУВЛ, отражены особенности этого метода лечения в зависимости от клинических форм нефролитиаза. Много внимания В.Н. Ткачук продолжает

уделять организации урологической службы, с 1978 по 1987 г. он был главным урологом Ленинграда.

С 1972 г. на протяжении уже почти 50 лет профессор В.Н. Ткачук возглавляет Санкт-Петербургское (ранее Ленинградское) научное общество урологов им. С. П. Федорова, ежемесячно председательствуя на его заседаниях. В.Н. Ткачук активно участвует в работе Российского общества урологов, является членом Президиума Правления РОУ, членом редакционной коллегии журнала «Урология», главным редактором журнала «Урологические ведомости», награжден многими правительственными наградами. В 1997 г. В.Н. Ткачуку присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки Российской Федерации». В 2001 г. Международный биографический центр (Кембридж, Великобритания) за достижения в мировой науке наградил профессора В. Н. Ткачука серебряной медалью «Интеллектуал 21-го века». В 2016 г. на торжественной церемонии открытия XXXI Конгресса Европейской ассоциации урологов в Мюнхене президент ЕАУ проф. Кристофер Чаппл вручил Владимиру Николаевичу Ткачуку сертификат о присвоении статуса Почетного члена Европейской ассоциации урологов.

Поздравляем Владимира Николаевича с юбилеем, желаем здоровья и долгой плодотворной работы.

ГОТОВИТЬСЯ К БЕРЕМЕННОСТИ — ЭТО ПО-МУЖСКИ!

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



АНДРОДОЗ —
СБАЛАНСИРОВАННЫЙ
АНТИОКСИДАНТНЫЙ
КОМПЛЕКС
для улучшения
КАЧЕСТВА СПЕРМЫ

STADA

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ

ИЗГОТОВИТЕЛЬ: ООО НПО «ФармВИЛАР», 249096, Калужская область, г. Малоярославец, ул. Коммунистическая, д. 115. МАРКЕТИНГ И ДИСТРИБЬЮЦИЯ: АО «Нижфарм», Россия, 603950, Нижний Новгород, ул. Салганская, д. 7, Бокс №459, тел. +7 (831) 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.

Памяти профессора Дзеранова Николая Константиновича



Николай Константинович Дзеранов родился 13 мая 1950 г. в городе Ардон Республики Северная Осетия в семье служащего. Отец Константин Петрович был фронтовиком, награжден орденом Отечественной войны I степени и боевыми медалями. Мать Вера Гашеевна была домохозяйкой. По окончании общеобразовательной школы №3 во Владикавказе Н.К. Дзеранов пошел по стопам своего дяди Хаджумара Петровича Дзеранова, который был кандидатом медицинских наук, заслуженным врачом СОАССР и работал на кафедре факультетской хирургии в Северо-Осетинском государственном медицинском институте (СОГМИ), первым возглавил курс урологии в этом институте. Именно дядя привил Николаю любовь к медицине и, в частности к урологии, что и определило его поступление в медицинский институт во Владикавказе и дальнейшую судьбу.

После окончания в 1974 г. СОГМИ по специальности «лечебное дело» Н.К. Дзеранов по распределению работал хирургом в Республике Татарстан в городе Лениногорске и селе Муслимово, а с 1975 по 1977 г. был заведующим хирургическим отделением ЦРБ и проявил себя вдумчивым, ответственным и трудолюбивым врачом. С 1977 г. дальнейшая трудовая деятельность Николая Константиновича была связана с кафедрой урологии 2-го Московского ордена Ленина государственного медицинского института (2-го МОЛГМИ) им. Н.И. Пирогова. Вначале он был принят

и прошел обучение в клинической ординатуре по специальности «урология», а затем успешно окончил аспирантуру на той же кафедре и в 1983 г. защитил кандидатскую диссертацию «Паранеопластические признаки рака почки» (научный руководитель – профессор Е.Б. Мазо). На его дальнейшее формирование и становление как врача-уролога и ученого оказал его учитель, профессор, академик АМН СССР Н.А. Лопаткин.

В 1982–1985 гг. Н.К. Дзеранов руководил работой операционного блока урологического отделения 1-й Городской клинической больницы им. Н.И. Пирогова в Москве, которая была клинической базой кафедры урологии и оперативной нефрологии 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова.

В 1985 г. в период становления научно-исследовательского института (НИИ) урологии Минздрава РСФСР он был приглашен на должность научного (а затем старшего научного) сотрудника отдела эндоскопических методов диагностики и лечения урологических заболеваний (зав. – лауреат Государственной премии СССР, профессор В.Я. Симонов). В результате реорганизации этого отдела НИИ урологии в 1991 г. был создан отдел дистанционной ударно-волновой литотрипсии, руководителем которого был назначен канд. мед. наук Н.К. Дзеранов. В 1992 г. приказом Минздрава России на базе этого отдела и двух отделений рентгено-ударно-волнового дробления камней (ОРУДДК) в НИИ урологии был создан Республиканский центр дистанционной ударно-волновой литотрипсии. В 1995 г. Николай Константинович был назначен заведующим отделом мочекаменной болезни (МКБ), а возглавляемый им Центр переименован в Республиканский центр лечения больных МКБ Минздрава России. В 2008 г. Николай Константинович становится заместителем директора НИИ урологии по научной работе.

Николай Константинович проявил себя не только как видный ученый и врач, но и как прекрасный организатор и педагог. Подготовка врачей для работы на литотрипторе «Урат-П» осуществлялась в НИИ урологии. С этой целью была разработана и утверждена программа «Цикл последипломного обучения врачей дистанционной литотрипсии». Помимо подготовки специалистов для отделений дистанционной

литотрипсии сотрудники Центра выезжали во многие города Российской Федерации, где представители завода-изготовителя монтировали литотрипторы для проведения клинических испытаний. Под руководством Н.К. Дзеранова было налажено серийное производство отечественных литотрипторов, законодательно утверждена новая структура – отделение дистанционной литотрипсии (ОРУДДК).

Н.К. Дзеранов был высококвалифицированным урологом, признанным урологической общественностью ведущим специалистом в области дистанционной ударно-волновой литотрипсии, он внес большой вклад в развитие отечественной урологии, участвовал в разработке и внедрении в клиническую практику современных малоинвазивных методов лечения больных МКБ.

Его основные научные исследования связаны с изучением действия энергии ударных волн на биологически активные ткани в экспериментах на животных и в клинике. Он не только участвовал в разработке, усовершенствовании и внедрении в клинику серии отечественных литотрипторов «Урат-П», «Медолит», «Компакт-01-У-ЛГК», но и заложил основы клинических аспектов применения дистанционной ударно-волновой литотрипсии при различных клинических формах МКБ у взрослых и детей. Эти научные исследования легли в основу докторской диссертации «Дистанционная литотрипсия в лечении мочекаменной болезни», которую он успешно защитил в 1994 г.

Под руководством Н.К. Дзеранова защищено 9 кандидатских и 3 докторские диссертации, ему присвоено звание профессора. Он опубликовал более 500 научных работ в отечественной и зарубежной литературе, издал 19 методических руководств по различным аспектам лечения больных МКБ. Н.К. Дзеранов является автором 5 патентов, 5 монографий, соавтором учебника по урологии (2-го издания) и Национального руководства по урологии, а также 2 учебных компакт-дисков. Он провел большую организационную работу по сбору, систематизации и изданию монографии «История развития отечественной урологии».

В 2011 г. Н.К. Дзеранов возглавил отдел нефролитиаза НИИ уронефрологии и репро-

дуктивного здоровья человека Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова. Со свойственной ему энергией и активностью включился в работу отдела.

Профессор Николай Константинович Дзеранов успешно сочетал профессиональную работу с общественной, он являлся Почетным членом Президиума Российского общества урологов, исполнительным директором Ассоциации урологов Содружества Независимых Государств, членом Европейской ассоциации урологов, членом редакций многочисленных научных изданий.

За выдающиеся заслуги перед российским здравоохранением Н.К. Дзеранов был удостоен звания «Заслуженный врач Российской Федерации», награжден премией Правительства России в области науки и техники, государственными медалями и дипломами.

У него было множество научных планов и проектов. К сожалению, смерть очень рано оборвала жизнь этого яркого и неординарного человека. Он ушел из жизни скоростно в самом расцвете творческих сил 17 марта 2014 г. в своем рабочем кабинете.

Урологи потеряли специалиста, коллегу и друга, отечественная урологическая наука – талантливого ученого и организатора здравоохранения, семья – любящего мужа и отца, осетинский народ – своего сына, которым они гордились, пациенты – врача.

Светлый образ талантливого ученого, педагога, прекрасного врача и человека навсегда сохранится в памяти не только всех, кто его знал при жизни, но и тех, кто сегодня продолжает дело, которому посвятил свою жизнь профессор Николай Константинович Дзеранов.

*Российское общество урологов
МОО «Мужское и репродуктивное
здоровье»*

*НИИ уронефрологии
и репродуктивного здоровья человека
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова
НИИ урологии и интервенционной
радиологии имени Н.А. Лопаткина –
филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии»*

*Минздрава России
Редакционная коллегия газеты
«Московская урология»*

ПРИГЛАШЕНИЕ К СОТРУДНИЧЕСТВУ!

Глубокоуважаемые коллеги!

Приглашаем вас к сотрудничеству на страницах **газеты «Московский уролог»!** Надеемся, что газета станет площадкой для обмена опытом, публикации важных для практической работы каждого врача результатов исследований и достижений медицинских организаций нашей страны. Ждем вашего видения дискуссионных вопросов и проблем нашей специальности, сложных, нестандартных клинических наблюдений из практики, результатов клинических испытаний, технологических новинок и новых методик диагностики и лечения уроандрологических больных. Нам крайне важно иметь обратную связь с читателями, мы открыты к диалогу! Ждем ваших мыслей и идей!



**МОСКОВСКИЙ
УРОЛОГ** МЕДИЦИНСКАЯ
ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

РЕДАКЦИЯ ГАЗЕТЫ

Москва, Ломоносовский пр-кт, д. 27, к. 10
Телефон: +7 (903) 295-66-81
Лалабекова Марина Валерьевна

mosurolog@bk.ru

Профессор А.Г. Подрез: 50 научных трудов за 48 лет

Исполнилось 120 лет со дня смерти профессора Харьковского университета Аполлинария Григорьевича Подреза (1852–1900). Этот российский врач-уролог и выдающийся хирург в 1887 г. написал первое отечественное руководство по оперативной урологии, которое выдержало два издания.



Аполлинарий Григорьевич Подрез родился в 1852 г. в Купянском районе Харьковской области. С десяти лет он стал обучаться в гимназии, а окончив ее, поступил в Харьковский университет на медицинский факультет. Уже на третьем курсе будущий врач проявил выдающиеся способности, написав научную работу «О восстановлении эпителиальной ткани», за что был награжден золотой медалью. В 1875 г. молодой человек был удостоен звания лекаря с отличием

и в качестве уездного врача оставлен стипендиатом при факультетской хирургической клинике профессора В.Ф. Грубе.

Во время сербско-турецкой войны доктор А.Г. Подрез был командирован с Харьковским санитарным отрядом в область военных действий и в течение 6 месяцев заведовал хирургическим отделением госпиталя. По возвращении из Сербии, в 1877 г. во время русско-турецкой баталии А.Г. Подрез около 10 месяцев находился в действующей армии на Кавказе и в Малой Азии. Здесь он заведовал офицерским отделением госпиталя, а в остальное время трудился на перевязочных пунктах при Александропольском отряде, работал при военно-временных госпиталях в Малой Азии. По возвращении в Харьков Аполлинарий Григорьевич выдержал экзамен и был удостоен звания доктора медицины — за диссертацию «О вытяжении нервов». С 1879 по 1883 г. профессор работал за границей — и занимался научной хирургией под руководством выдающихся хирургов того времени Билльбота и Дитля в Вене. После возвращения из командировки Аполлинарий Григорьевич в 1883 г. становится приват-доцентом хирургии в Харьковском университете, где читает частный курс лекций «Болезни мочеполовых

органов». Его увлечение урологией привело к тому, что он обратился к руководству факультета с просьбой о разрешении открыть курс хирургических болезней мочеполовых органов. В 1887 г. он получил это разрешение, после чего создал в военном госпитале клиническое отделение для больных мочеполовыми заболеваниями. В 1890 г. его утверждают штатным экстраординарным профессором клиники хирургической пропедевтики (факультетской хирургии), а с 1894 г. — клиникой госпитальной хирургии Харьковского университета. Современники и коллеги А.Г. Подреза утверждали, что он был выдающимся преподавателем и неустанным тружеником науки. Своим педантичным отношением к ординаторам и ассистентам профессор заслужил их любовь и глубокое уважение. А прекрасными лекциями и искусно выполненными операциями он всегда привлекал к себе студенчество. Это был смелый и талантливый хирург, глубоко порядочный человек и деятельный член факультета, который всегда заботился об улучшении должного положения его кафедры. За свой короткий жизненный путь Аполлинарий Григорьевич издал около 50 научных трудов по хирургии военного и мирного времени, при этом

во многих вопросах он стал первооткрывателем. В частности, профессор А.Г. Подрез явился основоположником хирургии селезенки, первым удалил высоко расположенную опухоль прямой кишки, предложил использование резинового катетера. Харьковский хирург впервые в Российской империи выполнил аденоэктомию через промежность и операцию на сердце по поводу слепого огнестрельного ранения револьверной пулей. Кроме того, А.Г. Подрез стал автором руководства по хирургическим болезням мочевых и половых органов, которое выдержало два издания и долгие годы было единственным учебником по урологии для русских студентов и врачей.

Он прожил короткую жизнь, но успел заложить основы харьковской урологической школы. Аполлинария Григорьевича Подреза не стало 9 ноября 1900 г. Смерть в 48 лет была скорострительной и совершенно случайной: катаясь верхом на лошади вместе со своими ассистентами на шоссе, он упал с лошади и о камень разбил череп.

Согласно завещанию, свои дома на улице Пушкинской он передал в пользу университета для размещения в них клиники болезней мочеполовых органов.

Бестселлеры, актуальные и сегодня

В этом году исполняется 130 лет со дня рождения профессора **Ильи Мироновича Порудоминского** (1890–1968). Этот советский уролог известен не только в России, но и за рубежом как автор работ по эректильной дисфункции и бесплодию у мужчин.

И.М. Порудоминский окончил медицинский факультет Казанского университета накануне Великой Октябрьской революции в 1916 г. Получив образование, молодой доктор сначала набирался опыта в качестве военного врача, ведь годы его профессионального становления совпали с периодом Первой мировой войны. Затем в течение двух лет, с 1920 по 1922 г. он практиковал в Новосибирске, получив должность главного врача городской кожно-венерологической больницы. И, наконец, в 1922 г. 32-летний, но уже опытный врач обосновался в Москве, возглавив Центральный кожно-венерологический институт, где и проработал до конца своей жизни сначала научным сотрудником, а затем заведующим урологическим отделением и научным консультантом. Именно здесь Илья Миронович защитил докторскую диссертацию на тему «О путях распространения гонококковой инфекции в человеческом организме». Московский период его жизни также подарил ему возможность стать членом правления Всесоюзного и Московского обществ урологов и Всесоюзного общества дерматовенерологов. И.М. Порудоминский опубликовал более 200 научных трудов, в т.ч. 6 монографий, посвященных в основном вопросам патогенеза, диагностики и лечения

гонореи и постгонорейных заболеваний, половых расстройств у мужчин и мужского бесплодия, диагностике заболеваний предстательной железы. Профессор также занимался проблемами фармакотерапии урологических заболеваний и предложил классификацию гонорейных уретритов и половых расстройств. Его монография «Половые расстройства у мужчин» неоднократно переиздавалась не только в СССР, но и за рубежом. И сегодня этот труд является одним из широко востребованных бестселлеров, который штудируют урологи, андрологи, сексологи, психологи. Это практическое пособие по клинике, диагностике и лечению половых расстройств у мужчин впервые было выпущено в Москве в 1957 г. в издательстве медицинской литературы «МЕДГИЗ». В монографии описываются нарушения половой функции, связанные как с неспособностью мужчины к совершению полового акта, так и с неспособностью к оплодотворению. Изначально книга предназначалась для урологов, невропатологов и венерологов, которым в повседневной практике приходилось сталкиваться с такими больными. Но сегодня она может быть полезна и для более широкого круга профессионалов, ведь в книге приводятся основные анатомо-физи-



ологические сведения о половой функции, а также излагается этиология и патогенез половых расстройств. Подробно обсуждаются симптоматика и клиническое течение отдельных форм, которые для лучшего понимания иллюстрируются собственными наблюдениями. Большое место уделяется их диагностике и методам лечения. Кстати, именно в этом труде профессор И.М. Порудоминский предложил собственную классификацию половых расстройств. Не менее известны и другие труды И.М. Порудоминского: «Патологическая

анатомия мужской гонореи», «Роль и значение нервной системы в распространении гонорейной инфекции», «Гонорея мужчины и женщины», «Постгонорейные уретриты у мужчин», «Некоторые особенности клиники и терапии импотенции, возникшей вследствие урологических заболеваний», «О механических вспомогательных средствах лечения импотенции», «Бесплодие у мужчин».

Профессор И.М. Порудоминский стал одним из основателей первых кожно-венерологических диспансеров в СССР и активно готовил их руководителей. Также известно, что он являлся редактором раздела «Урология» 2-го издания Большой медицинской энциклопедии.

Практически всю свою жизнь Илья Миронович Порудоминский посвятил науке. Скончался знаменитый профессор в 1968 г. и был похоронен в Москве на Востряковском кладбище. Сын профессора И.М. Порудоминского, Владимир Ильич, не продолжил дело отца, но стал знаменитым писателем, автором научно-популярных и биографических книг из серии «Жизнь знаменитых людей». Одну из своих книг, биографический роман о русском хирурге и ученом Николае Ивановиче Пирогове, он посвятил памяти отца.

АДЕНОПРОСИН

облегчает жизнь мужчин



**ОРИГИНАЛЬНЫЙ ЕВРОПЕЙСКИЙ ПРЕПАРАТ
ДЛЯ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

- ◆ Уменьшает симптомы ДГПЖ*
- ◆ Улучшает уродинамику*
- ◆ Уменьшает симптомы хронического простатита*



BIOTENNOS
115432, Москва,
пр-т Андропова,
д. 18, корп. 6
8-495-150-24-71
www.adenoprosin.ru

ДГПЖ — доброкачественная гиперплазия предстательной железы

* Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Аденопросин

На правах рекламы

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ