

РостГМУ

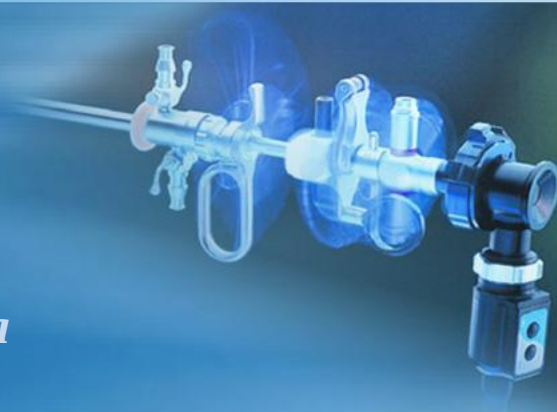
**UROVEST.RU**



ISSN 2308-6424

# **ВЕСТНИК** | **СЕТЕВОЕ ИЗДАНИЕ** **УРОЛОГИИ**

- ✦ *общая урология*
- ✦ *онкоурология*
- ✦ *андрология*
- ✦ *женская урология*
- ✦ *детская урология*
- ✦ *эндоскопическая и лапароскопическая  
урология*
- ✦ *визуализация в урологии*
- ✦ *анестезиология в урологии*
- ✦ *трансплантология*
- ✦ *урологическое образование*



**2015, №1**



## УЧРЕДИТЕЛЬ

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

2015, №1  
UROVEST.RU

# ВЕСТНИК УРОЛОГИИ | СЕТЕВОЕ ИЗДАНИЕ

## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

д.м.н., проф.  
заслуженный деятель науки РФ  
**Коган М.И.**

## ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

д.м.н., проф. **Красулин В.В.**  
к.м.н., доцент **Белоусов И.И.**  
к.м.н., доцент **Гусев А.А.**

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

д.м.н., проф. **Батюшин М.М.** (Ростов-на-Дону)  
к.м.н. **Васильев О.Н.** (Ростов-на-Дону)  
д.м.н., проф. **Волкова Н.И.** (Ростов-на-Дону)  
к.м.н. **Глухов В.П.** (Ростов-на-Дону)  
д.м.н., проф. **Домбровский В.И.** (Ростов-на-Дону)  
д.м.н., доцент **Дударев И.В.** (Ростов-на-Дону)  
д.м.н., проф. **Женило В.М.** (Ростов-на-Дону)  
д.м.н. **Ибишев Х.С.** (Ростов-на-Дону)  
д.м.н., проф. **Мацониус А.Э.** (Ростов-на-Дону)  
д.м.н., проф. **Медведев В.Л.** (Краснодар)  
д.м.н., проф. **Микашинович З.И.** (Ростов-на-Дону)  
д.м.н. **Митусов В.В.** (Ростов-на-Дону)  
д.м.н., доцент **Набока Ю.Л.** (Ростов-на-Дону)  
к.м.н., доцент **Пасечник Д.Г.** (Ростов-на-Дону)  
к.м.н. **Перепечай В.А.** (Ростов-на-Дону)  
д.м.н. **Сизонов В.В.** (Ростов-на-Дону)  
д.м.н., проф. **Сизякин Д.В.** (Ростов-на-Дону)  
д.м.н., проф. **Татьянченко В.К.** (Ростов-на-Дону)  
д.м.н., проф. **Ушакова Н.Д.** (Ростов-на-Дону)  
к.б.н. **Чернозубова Е.А.** (Ростов-на-Дону)  
к.м.н. **Чибичян М.Б.** (Ростов-на-Дону)  
д.м.н., проф. **Шевченко А.Н.** (Ростов-на-Дону)  
д.м.н. **Шестопалов А.В.** (Ростов-на-Дону)  
д.м.н., проф. **Шлык С.В.** (Ростов-на-Дону)

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

д.м.н., проф. **Алексеев Б.А.** (Москва)  
д.м.н., проф. **Аль-Шукри С.Х.** (Санкт-Петербург)  
член-корр. РАМН, д.м.н., проф. **Аляев Ю.Г.** (Москва)  
д.м.н., проф. **Адамян Р.Т.** (Москва)  
д.м.н., проф. **Базаев В.В.** (Москва)  
д.м.н., проф. **Божedomов В.А.** (Москва)  
д.м.н., проф. **Борисов В.В.** (Москва)  
д.м.н., проф. **Братчиков О.И.** (Курск)  
д.м.н., проф. **Винаров А.З.** (Москва)  
д.м.н., проф. **Гудков А.В.** (Томск)  
д.м.н., проф. **Даренков С.П.** (Москва)  
д.м.н., проф. **Дутов В.В.** (Москва)  
д.м.н., проф. **Журавлев В.Н.** (Екатеринбург)  
д.м.н., проф. **Зоркин С.Н.** (Москва)  
д.м.н., проф. **Казанская И.В.** (Москва)  
член-корр. РАМН, д.м.н., проф. **Каприн А.Д.** (Москва)  
д.м.н., проф. **Комяков Б.К.** (Санкт-Петербург)  
д.м.н., проф. **Кривобородов Г.Г.** (Москва)  
д.м.н., проф. **Крупин В.Н.** (Нижний Новгород)  
д.м.н., проф. **Кудрявцев Ю.В.** (Москва)  
д.м.н., проф. **Кузьменко В.В.** (Воронеж)  
д.м.н., проф. **Кульчавеня Е.В.** (Новосибирск)  
д.м.н., проф. **Курбатов Д.Г.** (Москва)  
член-корр. РАМН, д.м.н., проф. **Лоран О.Б.** (Москва)  
д.м.н., проф. **Мартов А.Г.** (Москва)  
д.м.н., проф. **Матвеев В.Б.** (Москва)  
д.м.н., проф. **Неймарк А.И.** (Барнаул)  
д.м.н., проф. **Окулов А.Б.** (Москва)  
д.м.н., проф. **Павлов А.Ю.** (Москва)  
д.м.н., проф. **Павлов В.Н.** (Уфа)  
д.м.н., проф. **Перлин Д.В.** (Волгоград)  
д.м.н., проф. **Петров С.Б.** (Санкт-Петербург)  
д.м.н., проф. **Попков В.М.** (Саратов)  
д.м.н., проф. **Пушкарь Д.Ю.** (Москва)  
д.м.н., проф. **Русаков И.Г.** (Москва)  
д.м.н., проф. **Ситдыкова М.Э.** (Казань)  
д.м.н., проф. **Тарусин Д.И.** (Москва)  
д.м.н., проф. **Яненко Э.К.** (Москва)

Адрес редакции: 344022, Ростов-на-Дону, пер.Нахичеванский 29, РостГМУ, кафедра урологии

Адрес в сети интернет:  
[urovest.ru](http://urovest.ru)

Статьи направлять по электронному адресу:  
[urovest@mail.ru](mailto:urovest@mail.ru)

Свидетельство о регистрации:  
Эл №ФС77-53256 от 22.03.2013  
Выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)

Технический директор:  
**Гусев А.А.**

ISSN 2308-6424

Воспроизведение любой части настоящего издания в любой форме без разрешения редакции запрещено

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов публикуемых материалов

## СОДЕРЖАНИЕ

### ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

**Гамидов С.И., Овчинников Р.И., Попова А.Ю.,**

**Щербаков Д.В., Ижбаев С.Х.**

*Влияние микрохирургической варикоцелэктомии на сексуальную функцию мужчин с бесплодием*

3

**Набока Ю.Л. Митусова Е.В., Гудима И.А.,**

**Моргун П.П., Коган М.И.**

*Динамика микробиоты мочи пациентов с острым обструктивным пиелонефритом при длительном наблюдении*

15

**Божедомов В.А.**

*Андрологические аспекты организации помощи бездетным парам*

24

**Игнатъев Р.О.**

*Хирургия грыж передней брюшной стенки в практике детского уролога*

35

**Коган М.И., Хасигов А.В., Пасечник Д.Г., Белоусов И.И.**

*Морфологические изменения почек при коралловидном нефролитиазе*

44

### ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

**Окулов А.Б., Негмаджанов Б.Б., Ахмина Н.И., Окулов Е.А.**

*Достижения педиатрической андрогинекологии – основа предупреждения репродуктивной и сексуальной недостаточности взрослого человека. Наука о поле.*

51

УДК: 616.147.22-007.64

## ВЛИЯНИЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ НА СЕКСУАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ МУЖЧИН С БЕСПЛОДИЕМ.

*Гамидов Сафар Исраилович<sup>1-3</sup>, Овчинников Руслан Игоревич<sup>1</sup>, Попова Алина Юрьевна<sup>1,3</sup>, Щербаков Дмитрий Викторович<sup>1</sup>, Ижбаев Сергей Хасянович.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> – Отделение андрологии и урологии ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова» Минздрава России, Россия, Москва

<sup>2</sup> – Кафедра урологии ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Россия, Москва

<sup>3</sup> – Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ИПО ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России, Россия, Москва

Эл. почта: docand@rambler.ru, r\_ovchinnikov@oparina4.ru, alina-dock@ya.ru, sherb-dm@yandex.ru, izhbaev-sergei@mail.ru.

Аннотация: Варикозное расширение вен яичка является распространенным урологическим заболеванием и одной из наиболее частых причин бесплодия у мужчин. В 40-80% случаев единственным проявлением варикоцеле может являться изменение параметров спермограммы. В литературе имеются данные о том, что варикоцеле приводит к снижению уровня тестостерона и ухудшению качества эрекции, а варикоцелэктомия способствует увеличению уровня тестостерона и улучшению эректильной функции у мужчин. В настоящей работе мы сравнивали влияние микрохирургической варикоцелэктомии и стимуляции сперматогенеза на показатели спермограммы, сексуальную функцию и уровень гормонов у больных с сексуальными нарушениями и бесплодием при варикоцеле.



Микрохирургическая варикоцелэктомия приводит к увеличению в крови уровня тестостерона на 47,2%, снижению уровня эстрадиола на -3,1%, прогестерона на -2,3% к 12 месяцу после операции, в то время как стимуляция сперматогенеза привела к увеличению уровня тестостерона на 10,8%, снижению уровня эстрадиола на -8%, снижению уровня прогестерона на -2,8% за тот же период времени.

В группе хирургического лечения, концентрация сперматозоидов увеличилась в 2,5 раза, а в группе стимуляции всего в 1,5 раза.

По данным анкетирования (МИЭФ) у оперированных больных средний показатель «эректильная функция» увеличился на 46,2%, показатель «оргазм» на 21,5%, показатель «общая удовлетворенность» на 39,3%, показатель «удовлетворенность половым актом» на 35,9%, показатель «либидо» на 26,6%. В группе стимуляции сперматогенеза показатель «эректильная функция» увеличился на 20,6%, показатель «оргазм» на 7,4%, показатель «общая удовлетворенность» на 8%, показатель «удовлетворенность половым актом» 13,6%, показатель «либидо» на 8,9%. По данным опросника AMS в группе варикоцелэктомии сумма баллов уменьшилась на 8%, в группе стимуляции всего лишь на 2%. А так же было отмечено суммарное увеличение объема яичек на 41,1% в группе оперативного лечения и на 5,2% в группе стимуляции сперматогенеза.

Ключевые слова: варикоцеле; бесплодие; сексуальная дисфункция;

#### EFFECT OF MICROSURGICAL VARICOCELECTOMY ON SEXUAL FUNCTIONS OF INFERTILE MALES.

Gamidov S.I., Ovchinnikov R.I., Popova A.Yu., Scherbakov D.V., Izhbaev S.Kh.  
Dept of Andrology and Urology, Federal State Research Centre of Ob/Gyn & Perinatology named after Kulakov, Moscow, Russia  
Dept of Urology, Russian National Research Medical University named after N.I.Pirogov, Moscow, Russia  
Dept of Obstetrics, Gynecology, Perinatology and Reproduction, Ist Medical University named after I.M.Sechenov, Moscow, Russia.

Varicosity of testicular veins is a widespread urological disease and one of the most common reasons of male infertility. In 40-80% changes in sperm parameters may be the only clinical sign of varicocele. Some literature data report on the fact that varicocele leads to the decrease of testosterone level and worsening of erectile function, and varicocelectomy contributes to testosterone levels elevation and improvement of erection. We compared the effect of microsurgical varicocelectomy and stimulation of spermatogenesis on the sperm parameters, sexual function and hormonal levels in males with varicocele suffering from sexual disorders and infertility.

Microsurgical varicocelectomy leads to testosterone elevation by 47.2%, decrease of estradiol by -3.1%, of progesterone by -2.3% by the end of the 12th month after operation, and stimulation of spermatogenesis increases testosterone levels by 10.8%, decreases estradiol by -8%, progesterone by -2.8% during the same period.

In the group of surgical treatment concentration of spermatozoa increased 2.5 –fold as much, and in the group of stimulation 1.5-fold only.

Questionnaire data demonstrated that the mean index “erectile function” in operated patients increased by 46.2%, “orgasm” increased by 21.5%, index “general satisfaction” by 39.3%, index “satisfaction with sexual act” by 35%, index “libido” improved by 26.6%. In the group of stimulation of spermatogenesis similar indexes were as follows: erectile function improved by 20.6%, orgasm by 7.4%, general satisfaction by 8%, satisfaction with sexual act by 13.6%, libido by 8.9%. According to AMS questionnaire in the group of varicocelectomy summarized scores decreased by 8%, in stimulation group only by 2%. Moreover a summarized enlargement of testicular volume was by 41.1% better in the group of operative interventions and by 5.2% in the group of spermatogenesis stimulation.

Key words: varicocele, infertility, sexual dysfunction.

Введение: Частота распространенности варикоцеле среди мужчин составляет от 2 до 30,5%. [1]. Суммарный объем яичек у мужчин с варикоцеле меньше, чем у сверстников без варикоцеле [2]. В периоде полового созревания подростков варикоцеле сопровождается отставанием в развитии объема яичка на 15% по сравнению с контрлатеральным вне зависимости от степени выраженности варикоцеле [3,4,5]. Хотя при этом некоторые авторы считают, что варикоцеле не влияет на объем яичек, а необходимость его лечения в подростковом периоде является спорной [6].

Исследования последних лет показывают, что варикоцеле угнетает функцию клеток Лейдига, и негативно влияет на уровень тестостерона вне зависимости от степени варикоцеле [7].

А так же доказана роль негативного влияния варикоцеле на уровень тестостерона и связь этих изменений с эректильной дисфункцией [8].

Ранее эти положения были показаны в эксперименте над животными. [9,10]

Кроме того, в последние годы в литературе появились работы, связывающие с проблему эректильной дисфункции у пациентов с варикоцеле с гипогонадизмом. Zohdy W. et al. показали, что варикоцелэктомия у инфертильных пациентов с варикоцеле в сочетании с гипогонадизмом может способствовать увеличению уровня тестостерона до нормальных значений, а также способствовать восстановлению эректильной функции [11].

В то же время имеются работы, которые ставят под сомнение положительное влияние варикоцелэктомии на уровень тестостерона и эректильную функцию [12].

Несмотря на большое количество опубликованных работ, до сих пор обсуждается негативное влияние варикоцеле на уровень гормонов в крови и сексуальную функцию. Таким образом, целью настоящего исследования явилась оценка влияния хирургического лечения варикоцеле на сексуальную функцию мужчин.

Материалы и методы: Всего были обследованы 229 бесплодных мужчин с сексуальными нарушениями в возрасте от 18 до 60 лет ( $36,7 \pm 9,5$  лет) с диагнозом варикоцеле. Возраст большинства составил менее 35 лет – 183 (79,9%) больных, 36-45 лет – 34 (14,9%), 46 и более лет – 12 (5,2%).

Около половины больных 116 (50,7%) являлись активными курильщиками, 179 больных (78,2%) на момент исследования не употребляли алкоголь, 31 (13,5%) – употребляли эпизодически (1 раз в неделю и реже), 19 (8,3%) – чаще одного раза в неделю.

Средний вес больных составил  $82,3 \pm 15,94$  кг (60-105 кг). ЧСС  $71,6 \pm 4,67$  уд/мин (62-82 уд/мин). Систолическое артериальное давление  $124,45 \pm 14,27$  mmHg (110-170 mmHg). Диастолическое артериальное давление  $82,1 \pm 9,6$  mmHg (70-110 mmHg).

Пациенты были обследованы путем анализа жалоб, сбора анамнеза, осмотра, определения индекса массы тела (ИМТ), оценки спермограммы, выполнения ультразвукового исследования (УЗИ) и доплерографии органов мошонки. Определяли уровень гормонов крови. Качество сексуальной жизни оценивали с помощью анкеты «Международный индекс эректильной функции» (МИЭФ) и опросника по выявлению возрастного дефицита тестостерона (AMS).

Критериями включения в исследование являлись: бесплодный брак в течение не менее 1 года регулярной половой жизни с гетеросексуальным половым партнером, патозооспермия в не менее 3 анализах спермограммы, наличие варикоцеле I-III ст., подтвержденное по результатам УЗДГ органов мошонки, нарушения сексуальной функции по данным анкетирования МИЭФ и AMS или наличие гипогонадизма.

Критериями исключения являлись: рецидив варикоцеле, наличие воспаления в мочеполовой системе, повышение уровня антиспермальных антител, крипторхизм, инфекционный паротит, орхит и травмы яичек в анамнезе, больные с ожирением, наличие других выявленных причин бесплодия, генетические изменения (нарушения кариотипа, чувствительности андрогенных рецепторов, наличие AZF-фактора, гена муковисцидоза), наличие женского фактора бесплодия.

У большинства больных (191 пациента – 83,4%) бесплодие было первичным, а у 47 больных (20,5%) - вторичным.

Большинство включенных в исследование больных 164 (71,6%) ранее получали консервативное лечение по поводу бесплодия в течение нескольких лет без эффекта. Неудачные попытки ЭКО/ИКСИ (неразвивающиеся беременности) по мужскому фактору отмечались в анамнезе у 24 больных (10,5%). У 41 бесплодной пары (17,9%) имелся один или несколько эпизодов невынашивания беременности у супруги на ранних сроках.

Гипотрофию левого яичка (уменьшение в объеме более чем на 20% по сравнению с правым по данным УЗИ) наблюдали у большинства больных  $n=182(79,5\%)$ .

Генетические отклонения у включенных в исследование больных отсутствовали.

По данным анкетирования МИЭФ и AMS все больные имели сексуальные нарушения разной степени тяжести.

Всем больным была предложена микрохирургическая варикоцелэктомия по Мармару с одной или двух сторон. Больные, давшие свое согласие на операцию составили I группу ( $n=176$ )(76,9%) пациентов.

Все операции были выполнены с использованием увеличительной техники: операционного микроскопа «Zeiss S-88» (4–16-ти кратное увеличение, Германия) или операционной лупы «Heine MD 1000 F.O.» (4-х кратное увеличение, Германия). Во время операции использовали набор микрохирургических инструментов фирмы «Dimeda» (Германия). Ход операции фиксировали с помощью HDD/DVD регистратора «Pioneer 560H-K» (Япония). С целью обезболивания применяли спинальную анестезию. Продолжительность операции - от 40 мин до 2 часов (в среднем –  $49,1 \pm 10,3$  мин). Операции выполняли амбулаторно (стационар одного дня) или в стационаре (срок госпитализации 1-2 койко-дня). Внутрικοжный косметический шов снимали на 8-10 сутки. Трудоспособность мужчины восстанавливалась на следующий день после выписки (кроме больных, занимающихся физическим трудом).

Группу II составили больные ( $n=53$ )(23,1%), которые отказались от оперативного лечения, но согласились на консервативное лечение по стимуляции сперматогенеза: Кломифена цитрат - 50 мг, по 1 таблетке 1 раз в сутки, Трентал - 100 мг по 1 таблетке после еды, 3 раза в сутки, Триовит - по 1 таблетке 2 раза в сутки, Мексидол - 125 мг по 1 таблетке 3 раза в сутки.

Больные в группах были сопоставимы по степени выраженности варикоцеле, одно- или двустороннему характеру заболевания. Контрольные исследования проводили каждые 3 месяца, они включали в себя: определение уровня гормонов крови, УЗДГ органов мошонки с определением суммарного объема яичек, анкетирование МИЭФ



и AMS.

Длительность наблюдения составила от 3 до 12 мес. (в среднем  $8,4 \pm 2,6$  мес.). Статистическую обработку данных проводили с использованием t-критерия Стьюдента и критерия Вилкоксона. Проверка на нормальность распределения в выборках осуществлялась с помощью W критерия Шапиро-Уилка. Статистически значимым считался уровень вероятности при  $p < 0,05$ .

Результаты. С 3-го месяца после начала лечения вместе с улучшением показателей спермограммы было отмечено увеличение уровня тестостерона как у пациентов первой группы, так и у пациентов во второй группе наблюдения.

В I группе, через 12 месяцев после микрохирургической варикоцелэктомии, концентрация сперматозоидов увеличилась в 2,5 раза (с  $9,1 \pm 7,3$  до  $24,8 \pm 7,9$  млн/мл), во II группе концентрация увеличилась в 1,5 раза (с  $8,9 \pm 6,7$  до  $13,4 \pm 7,1$  млн/мл). Наряду с концентрацией увеличилось количество сперматозоидов активной подвижности (категория А) в I группе в 5 раз (с  $6,9 \pm 4,9$  до  $34,1 \pm 5,3$ ), во II группе с  $7,4 \pm 3,6$  до  $10,8 \pm 4,3$ . Доля патологических форм сперматозоидов (морфология по Крюгеру) в I группе сократилась с  $96,4 \pm 5,8$  до  $84,9 \pm 8,2$ , во II группе с  $95,2 \pm 6,4$  до  $89,6 \pm 5,9$ .

В I группе ( $n=176$ ) наблюдения уровень тестостерона увеличился на 16,8% к 3 месяцу и на 47,2% к 12 месяцу (с  $8,9 \pm 5,3$  до  $13,1 \pm 6,4$  нмоль/л). Во второй группе уровень тестостерона к 3 месяцу увеличился на 4,3% от исходного уровня, а к 12 месяцу на 10,8% (с  $18,6 \pm 5,2$  до  $20,6 \pm 7,3$  нмоль/л).

Вместе с увеличением уровня тестостерона было отмечено снижение уровня эстрадиола на -3,1% (с  $74,2 \pm 13,1$  до  $69,1 \pm 10,8$  в первой группе) и на -8% (с  $75,6 \pm 14,6$  до  $74,1 \pm 12,8$  пмоль/л) во второй группе к 12 месяцу наблюдения. В первой группе через 3 месяца было отмечено снижение уровня прогестерона на -4,1%, а к 12 месяцу на -2,3% (с  $1,7 \pm 0,6$  до  $1,4 \pm 0,2$  нмоль/л). Во второй группе пациентов уровень прогестерона снизился на -2,9%, а к 12 месяцу на -2,8%. (Таблица №1)

Остальные гормоны, стандартные лабораторные показатели – без изменений.

По данным анкетирования МИЭФ средний показатель «эректильная функция» начал увеличиваться уже с 3 месяца наблюдения и рос на протяжении всего периода наблюдения. В первой группе показатель «эректильная функция» увеличился на 46,2% (с  $15,6 \pm 3,8$  до  $22,8 \pm 4,4$ ), во второй группе на 20,6% (с  $17,5 \pm 2,8$  до  $21,1 \pm 3,9$ ).

Показатель «оргазм» в I группе увеличился на 21,5% (с  $7,9 \pm 1,6$  до  $9,6 \pm 1,7$ ), во II группе увеличился на 7,4% (с  $8,1 \pm 1,4$  до  $8,7 \pm 1,8$ ) за весь период наблюдения.

Так же был отмечен рост показателя «общая удовлетворенность» в I группе на 39,3% (с  $5,6 \pm 1,8$  до  $7,8 \pm 2,2$ ), во II группе на 8% (с  $8,8 \pm 2$  до  $9,5 \pm 2,5$ ) за 12 месяцев.

Показатель «удовлетворенность половым актом» в I группе вырос на 35,9% (с  $7,8 \pm 3,4$  до  $10,6 \pm 4,2$ ), во II группе - на 13,6% (с  $8,1 \pm 3,5$  до  $9,2 \pm 4$ ) за весь период наблюдения.

Показатель «либидо» увеличился в I группе на 26,6% (с  $6,4 \pm 2,1$  до  $8,1 \pm 2,9$ ), во II группе на 8,9% (с  $7,9 \pm 2,4$  до  $8,6 \pm 2,9$ ) за весь период наблюдения. (Таблица №2)

По данным опросника AMS изменение показателей также было отмечено с 3-го месяца после оперативного лечения. В первой группе за 12 месяцев изменения были более значимыми по сравнению со второй группой. Сумма баллов AMS уменьшилась на 8% (с  $29,6 \pm 9,2$  до  $23,1 \pm 7,9$ ). Во второй группе сумма баллов уменьшилась на 2% (с  $25,1 \pm 9,6$  до  $23,1 \pm 8,6$ ). (Таблица №3).

После микрохирургической варикоцелэктомии у больных наблюдалось увеличение среднего суммарного объема яичек. К 3 месяцу после лечения в первой группе средний объем яичек увеличился на 3,5%, а к 12 месяцу на 41,1% (с  $16,8 \pm 6,2$  до  $23,7 \pm 7,1$ ). Во второй группе к 3 месяцу объем яичек увеличился на 2,3%, а через 12 месяцев на 5,2% (с  $17,2 \pm 8,4$  до  $18,1 \pm 8,7$ ). (Таблица №3).

Из ближайших интра- и послеоперационных осложнений встречались: подкожная гематома – у 2-х больных (0,9%), лигатурный свищ – у 1-х больного (0,4%). Все они были ликвидированы в ближайшем послеоперационном периоде без повторного вмешательства.

В отдаленном периоде осложнений не наблюдали. У 1-го больного (0,4%) выявили субклинический рефлюкс по внутренней семенной вене на высоте пробы Вальсальвы, не повлиявший на дальнейшую тактику лечения.

Обсуждение: настоящее исследование свидетельствует о высокой эффективности микрохирургического лечения бесплодных мужчин с варикоцеле. В нашей работе мы старались оценить влияние микрохирургической варикоцелэктомии и стимуляции сперматогенеза на изменение показателей спермограммы, уровней гормонов у мужчин с сексуальными нарушениями, при этом мы сравнивали результаты в 2-х сопоставимых группах.

Микрохирургическая варикоцелэктомия в большей степени способствовала увеличению уровня тестостерона, чем стимуляция сперматогенеза. В группе I, у 153 (86,9%) больных уровень тестостерона увеличился на 47,2% от исходного уровня (с  $8,9 \pm 5,3$  до  $13,1 \pm 6,4$ ) к 12 мес. наблюдения. Во II группе, увеличение уровня

тестостерона наблюдали у 14(26,4%) больных на 10,8% (с  $18,6\pm 5,2$  до  $20,6\pm 7,3$ ). Вслед за увеличением уровня тестостерона отмечалось улучшение качества эректильной функции (к 6-9 мес.), что вероятнее всего обусловлено именно повышением уровня тестостерона в крови.

Следует подчеркнуть, что использование увеличительной и микрохирургической техники способствовало практической ликвидации рецидивов, а также интра- и послеоперационных осложнений. Выделение семенного канатика через подпаховый доступ создает возможности для выполнения данной операции в амбулаторных условиях, что, в свою очередь, обеспечивает раннее восстановление трудоспособности больных.

Субклинический рецидив варикоцеле, а также значимые ближайшие и отдаленные послеоперационные осложнения (отек мошонки, подкожная гематома) не потребовали отдельного дополнительного лечения.

Проводя анализ литературных данных, следует отметить, что большинство авторов также отметили положительное влияние варикоцелэктомии на увеличение уровня тестостерона и улучшение сексуальной функции [11]. Причем, большинством ученых микрохирургическая техника признана «золотым стандартом» в лечении больных с варикоцеле.

В литературе имеются работы, в которых показана зависимость ухудшения спермограммы вплоть до азооспермии с длительностью существования варикоцеле [13,14].

Исследование, проведенное нами, показывает, что микрохирургическая варикоцелэктомия является наиболее эффективным методом лечения варикоцеле у бесплодных мужчин по сравнению со стимуляцией сперматогенеза. Оперативное лечение достоверно приводит к улучшению параметров спермограммы, увеличению уровня тестостерона, восстановлению объема яичка. Варикоцелэктомия может применяться как метод лечения сексуальных нарушений у больных как со сниженным уровнем тестостерона, так и являться методом профилактики гипогонадизма у пациентов с исходно нормальным уровнем гормонов.

Заключение: микрохирургическая варикоцелэктомия приводит к достоверному увеличению объема яичек, уровню половых гормонов, улучшению качества сексуальной жизни, подтвержденное анкетированием по МИЭФ и AMS. Таким образом, микрохирургическая варикоцелэктомия способствует улучшению сексуальной функции у мужчин с варикоцеле и бесплодием.

Список литературы.

1. Мужские болезни/ Под ред. А.А. Камалова, Н.А. Лопаткина. - М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2008.-С. 137-138
2. Younes AK./ Low plasma testosterone in varicocele patients with impotence and male infertility/ Arch Androl.2000 Nov-Dec; 45(3):187-95
3. Pfeiffer D, Berger J, Schoop C, Tauber R./Varicocele and pubertal testicular growth./ Urologe A. 2008 Jan;47(1):59-64.
4. Wu AK, Walsh TJ, Phonsombat S, Croughan MS, Turek PJ./ Bilateral but not unilateral testicular hypotrophy predicts for severe impairment of semen quality in men with varicocele undergoing infertility evaluation./ Urology. 2008 Jun;71(6):1114-8.
5. Xue J, Yang JF, Yan J, Jiang XZ, He LY, Wu T, Guo JH./ Abnormalities of the testes and semen parameters in clinical varicocele/Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao. 2012 Apr 20; 32(4):439-42.
6. Robinson SP, Hampton LJ, Koo HP./ Treatment strategy for the adolescent varicocele./ Urol Clin North Am. 2010 May;37(2):269-78.
7. Hsiao W, Rosoff JS, Pale JR, Powell JL, Goldstein M./ Varicolectomy is associated with increases in serum testosterone independent of clinical grade/Urology. 2013 Jun;81(6):1213-7.
8. Della Morte E, Fortuna FF, Gerevini G, Lania C, Grasso M. Evaluation of FSH and Leydig cells function in patients with varicocele. Arch Ital Urol Androl 2002; 74: 152-6
9. Luo DY, Yang G, Liu JJ, et al. Effects of varicocele on testosterone, apoptosis and expression of StAR mRNA in rat Leydig cells. Asian J Androl. 2011;13:287-291.
10. Liu JJ, Dong Q, Yang YR./ Effects of experimental varicocele on the testosterone level in the serum and testis of rats/ Zhonghua Nan Ke Xue. 2007 Apr;13(4):335-7
11. Zohdy W, Ghazi S, Arafa M. "Impact of varicolectomy on gonadal and erectile functions in men with hypogonadism and infertility", J Sex Med. 2011 Mar; 8(3):885
12. Tanrikut C, Goldstein M., Varicocele repair for treatment of androgen deficiency., Curr Opin Urol. 2010 Nov;20(6):500-2.
13. Chen SS, Chen LK., "Risk factors for progressive deterioration of semen quality in patients with varicocele", Urology. 2012 Jan;79(1):128-32.
14. Hsiao W, Rosoff JS, Pale JR, Greenwood EA, Goldstein M., "Older age is associated with similar improvements in semen parameters and testosterone after subinguinal microsurgical varicolectomy. //J Urol. 2011 Feb;185(2):620-5.

Таблица №1. Изменение уровня гормонов.

Показатель	I группа (n=176)					II группа (n=53)				
	До лечения	3 мес	6 мес	9 мес	12 мес	До лечения	3 мес	6 мес	9 мес	12 мес
Тестостерон, нмоль/л	8,9±5,3	10,4±5,8	11,6±6,1	12,4±6,3	13,1±6,4	18,6±5,2	19,4±6,3	20,1±6,4	20,4±7,2	20,6±7,3
	Изменение в %	16,8%	30,3%	39,3%	47,2%		4,3%	8,1%	9,7%	10,8
Эстрадиол, пмоль/л	74,2±13,1	73,6±12,4	71,7±11,9	69,3±11,3	69,1±10,8	75,6±14,6	75,1±14,1	74,9±13,7	74,6±13,2	74,1±12,8
	Изменение в %	-9,2%	-6,6%	-3,4%	-3,1%		-9,3%	-9,1%	-8,7%	-8%
Прогестерон, нмоль/л	1,7±0,6	1,6±0,6	1,6±0,6	1,5±0,3	1,4±0,2	1,4±0,4	1,3±0,2	1,3±0,2	1,3±0,2	1,3±0,2
	Изменение в %	-4,1%	-4,1%	-8,2%	-2,3%		-2,9%	-2,8%	-2,8%	-2,8%

Таблица №2. Изменение показателей анкеты МИЭФ.

Показатель	I группа (n = 176)					II группа (n = 53)				
	До лечения	3 мес	6 мес	9 мес	12 мес	До лечения	3 мес	6 мес	9 мес	12 мес
«Эректильная функция»	15,6±3,8	17,9±4,1	18,4±4,2	20,6±4,3	22,8±4,4	17,5±2,8	18,4±3,1	19,7±3,4	20,2±3,7	21,1±3,9
	Изменение в %	14,7%	17,9%	32,1%	46,2%		5,1%	12,6%	15,4%	20,6%
«Оргазм»	7,9±1,6	8,8±1,5	9,2±1,6	9,4±1,8	9,6±1,7	8,1±1,4	8,4±1,5	8,4±1,6	8,6±1,7	8,7±1,8
	Изменение в %	11,4%	16,5%	19%	21,5%		3,7%	3,7%	6,2%	7,4%
«Общая удовлетворенность»	5,6±1,8	6±1,9	6,7±2	7,1±2,1	7,8±2,2	8,8±2	9±2,1	9±2,1	9,2±2,3	9,5±2,5
	Изменение в %	7,1%	19,6%	26,8%	39,3%		2,3%	2,3%	4,5%	8%
«удовлетворенность половым актом»	7,8±3,4	8,3±3,7	8,9±3,9	9,3±4	10,6±4,2	8,1±3,5	8,3±3,7	8,6±3,8	9,1±3,8	9,2±4
	Изменение в %	6,4%	14,1%	19,2%	35,9%		2,5%	6,2%	12,3%	13,6%
«либидо»	6,4±2,1	6,9±2,4	7,3±2,6	7,6±2,7	8,1±2,9	7,9±2,4	8,1±2,6	8,4±2,6	8,4±2,6	8,6±2,9
	Изменение в %	7,8%	14,1%	18,8%	26,6%		2,5%	6,3%	6,3%	8,9%



Таблица №3. Изменение анкеты AMS и суммарного изменения объема яичек.

Показатель	I группа (n-176)					II группа (n-53)				
	До лечения	3 мес	6 мес	9 мес	12 мес	До лечения	3 мес	6 мес	9 мес	12 мес
AMS	29,6±9,2	28,4±8,9	27,1±8,4	24,4±8,1	23,1±7,9	25,1±9,6	24,8±9,4	23,9±8,9	23,7±8,7	23,1±8,6
	Изменение в %	-5,9%	-1,5%	-2,4%	-8%		-8,8%	-5,2%	-4,4%	-2%
Суммарный объем яичек	16,8±6,2	17,4±6,4	19,1±6,7	21,4±6,8	23,7±7,1	17,2±8,4	17,6±8,5	17,8±8,6	17,8±8,6	18,1±8,7
	Изменение в %	3,5%	14%	27,4%	41,1%		2,3%	3,4%	3,4%	5,2%

УДК: 616.61 – 002.3.

## **Динамика микробиоты мочи пациентов с острым обструктивным пиелонефритом при длительном наблюдении.**

Набока Ю. Л.<sup>1</sup>, Митусова Е. В.<sup>2</sup>, Гудима И. А.<sup>1</sup>, Моргун П. П.<sup>3</sup>, Коган М. И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра микробиологии и вирусологии №1 и <sup>2</sup>Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, г. Ростова-на-Дону.

<sup>3</sup>Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Больница скорой медицинской помощи г.Ростова-на-Дону.

**Аннотация.** Проведен анализ бактериологического исследования мочи 72 пациентов с острым обструктивным пиелонефритом в течение 6 месяцев. При госпитализации в стационар проводили бактериологическое исследование мочи до и после ликвидации обструкции верхних мочевых путей. В последующие 5 суток больным проводили эмпирическую антибактериальную терапию до получения результатов микробиологического исследования мочи, после чего все больные были разделены на две группы. 1 группу пациентов составили 38 человек, которым проводили антибактериальную терапию с учетом антибиотикочувствительности общедоказанных патогенов (*E.coli*, *Proteus sp.*, *Klebsiella sp.*, *Enterococcus sp.* и др.), во 2 группу пациентов вошли 34 человека, получавших антибактериальное лечение с учетом антибиотикочувствительности всех выделенных из мочи микроорганизмов. После завершения антибактериальной терапии всем пациентам проводили клинико-лабораторный и бактериологический мониторинг мочи через 1,3 и 6 месяцев наблюдения.

**Ключевые слова:** острый обструктивный пиелонефрит; микробиота мочи.

## **The dynamics of the microbiota of urine in patients with acute obstructive pyelonephritis in periods of observation.**

**Abstract.** Analysis of urine culture in 72 patients with acute obstructive pyelonephritis within 6 months. When hospitalization was performed urine culture before and after the elimination of the upper urinary tract obstruction (VMP). Over the next 5 days the patients received empirical antibiotic therapy until the results of the microbiological examination of urine, after which all patients were divided into two groups. 1 group of patients consisted of 38 people who received antibiotic therapy based on antibiotic susceptibility of pathogens (*E.coli*, *Proteus sp.*, *Klebsiella sp.*, *Enterococcus sp.*, Etc.), The 2 group of patients included 34 men treated with antibacterial treatment based on antibiotic susceptibility of microorganisms isolated from urine. After the completion of antibiotic therapy, all patients underwent clinical and laboratory and bacteriological monitoring of urine through the 1,3 and 6 months follow-up.

**Keywords:** acute obstructive pyelonephritis; urine microbiota.

**Введение.** Согласно данным официальной статистики РФ количество пациентов с заболеваниями мочеполовой системы за последние 5 лет увеличилось на 7,6% и составило в 2013 г. более 11,7 млн. человек. Среди них заболевания почек диагностированы более чем у 2,2 млн. [1, 2]. В структуре заболеваний почек преобладает острый пиелонефрит (ОП), частота случаев которого составляет 0,9-1,3 млн. ежегодно [3]. Известно, что на начальных этапах лечения ОП после ликвидации обструкции верхних мочевых путей (ВМП) проводится эмпирическая антибактериальная терапия [4, 5]. Однако конечный успех лечения, прежде всего, зависит от эффективности этиотропной антибактериальной терапии, основанной на результатах первичного и динамического бактериологического мониторинга мочи, проводимого неоднократно в ходе лечения и наблюдения [6, 7]. Как показывает опыт, эффективность современной этиотропной терапии ОП, к сожалению, остается низкой. В 10-30% случаев происходит рецидив заболевания или переход в хроническую форму [8]. Одной из причин низкой эффективности этиотропной терапии считают высокую резистентность микроорганизмов, в частности энтеробактерий, к современным антибактериальным препаратам. Однако, это ли единственная причина? Может быть, антибактериальную терапию надо проводить с учетом современных данных о микробиоме мочи. Новые знания по микрофлоре мочи в норме были получены в результате исследований, инициированных в США «Human microbiome Project» (2008-2012 г.г.) [<http://nihroadmap.nih.gov/hmp>, [www/human-microbiome.org](http://www/human-microbiome.org)]. Так, в микробиоме мочи здоровых женщин выявлено 45 родов микроорганизмов. Было установлено доминирование в моче *Lactobacillus sp.*, *Prevotella sp.*, *Gardnerella sp.* и др. [9]. Исследователи сделали вывод, что состав мочи носит полимикробный и переменный характер: широкий бактериальный паттерн, включал как виды, вызывающие патологические состояния, так и те, которые являются частью здоровой микрофлоры мочи. С позиций полученных и получаемых данных по микробиому мочи в норме, с широким спектром присутствия в данном локусе различных микроорганизмов, этиологическая структура острого обструктивного пиелонефрита (ООП) остается недоизученной.

**Цель исследования.** Оценить микробный спектр мочи у больных с острым обструктивным пиелонефритом на протяжении 6 месяцев лечения и мониторинга и его влияние на клиническую эффективность лечения.

**Материалы и методы.** Обследованы 72 пациента с ООП, которые проходили лечение в урологическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону (БСМП). Всем пациентам при госпитализации проводили бактериологическое исследование двух порций мочи: 1 – средняя порция мочи, полученная во время самостоятельного мочеиспускания, до дренирования ВМП. 2 порцию забирали у пациентов интраоперационно при катетеризации мочеоточника сразу после ликвидации обструкции. Степень бактериурии оп-

ределяли по методике Меншикова В.В. (2009), но с использованием расширенного набора питательных сред. Для факультативно-анаэробных бактерий применяли среды Эндо, Hi-Crome Candida Differential Agar, HiCrome Enterococci Agar, HiCrome Aureus Agar Base, желточно-солевой агар, кровяной агар, приготовленный на основе Mueller Hinton Agar с добавлением бараньих эритроцитов. Для выделения неклостридиальных анаэробных бактерий и использовали среды Блаурокка, Shaedler Agar и бульон, Bacteroides Bile Esculinum Agar. Для определения неклостридиально-анаэробных бактерий (НАБ) в жидких (бульон Shaedler) и полужидких средах (Блаурокка) проводили десятикратные разведения в тиогликолевом буфере с высевом на соответствующие питательные среды. Посевы аэробных бактерий инкубировали в термостате 1-2 суток, анаэробных – 3-7 суток (температура 37<sup>0</sup>С). Для создания анаэробных условий из микроанаэроциста МИ-752 откачивали воздух вакуумным насосом и заполняли его газовой смесью (10% CO<sub>2</sub>, 10% H<sub>2</sub>, 80% N<sub>2</sub>). Идентификацию выделенных бактерий проводили по морфологическим, тинкториальным, культуральным и биохимическим признакам с помощью энтеро-, стафило-, неферм-, анаэротестов (Lachema, Чехия).

В течение первых 5 суток всем больным проводили эмпирическую антибактериальную терапию (ципрофлоксацин или офлоксацин 500 мг в/в капельно 2 раза в сутки) до получения результатов первого бактериологического исследования мочи. После чего больные были разделены на 2 группы. Больным 1 группы (n=38) осуществляли этиотропную антибактериальную терапию с учетом антибиотикочувствительности основных (общедоказанных) патогенов (*E.coli*, *Proteus sp.*, *Klebsiella sp.*, *Enterococcus sp.* и др.) в течение 10 суток. 2 группа (n=34) пациентов получала этиотропное лечение в течение 10 суток с учетом антибиотикочувствительности большинства (энтеробактерии, энтерококки, коагулазоотрицательные стафилококки, коринебактерии, НАБ) выделенных из мочи микроорганизмов. После завершения антибиотикотерапии всем пациентам проводили клинико-лабораторный и бактериологический мониторинг мочи через 1, 3 и 6 месяцев наблюдения.

**Результаты.** Во всех случаях в моче до дренирования ВМП регистрировали широкий спектр аэробно-анаэробных ассоциаций. В моче доминировали НАБ (94,4%), энтеробактерии (80,5%) и грампозитивная флора (63,8%). В семействе *Enterobacteriaceae* преобладали *E.coli* (52,7%) с уровнем бактериурии 10<sup>4,9</sup> КОЕ/мл (Таблица 1).

Таблица 1 – Частота выявления и уровень бактериурии при ООП до и после дренирования верхних мочевых путей

Микроорганизм	При поступлении			
	до дренирования (n=72)		после дренирования (n=68)	
	1	2	1	2
Энтеробактерии:	80,5	4,7±0,3	80,8	3,8±0,4
<i>E.coli</i>	52,7	4,9±0,5	52,9	4,7±0,7
<i>Klebsiella sp.</i>	19,4	4,4±0,4	19,1	3,1±0,5*
<i>Proteus sp.</i>	6,9	4,6±0,3	7,3	4,4±0,3
<i>Providencia sp.</i>	1,3	5,0±0,1	1,4	3,0±0,1*
Неферментирующие грамотрицательные бактерии (НГОБ):				
<i>Burkholderia ceracia</i>	1,3	6,0±0,1	1,4	5,0±0,1*
Грампозитивные бактерии:	63,8	1,8±0,2	52,9	1,9±0,4
КОС	44,4	2,2±0,2	27,9*	2,4±0,4
<i>Corynebacterium sp.</i>	30,5	1,7±0,4	16,1*	1,6±0,6
<i>Enterococcus sp.</i>	30,5	2,1±0,1	19,1*	2,0±0,1
<i>S.aureus</i>	5,5	2,0±0,1	7,3	1,6±0,5
<i>Micrococcus sp.</i>	1,3	1,0±0,1	0	0
<i>Bacillus sp.</i>	1,3	2,0±0,1	0	0
НАБ:	94,4	2,4±0,3	89,7	2,0±0,1
<i>Eubacterium sp.</i>	50,0	3,1±0,5	39,7*	2,2±0,2
<i>Peptococcus sp.</i>	36,1	2,4±0,4	27,9*	2,5±0,5
<i>Peptostreptococcus sp.</i>	30,5	2,8±0,3	22,0	2,9±0,7
<i>Propionibacterium sp.</i>	29,1	2,2±0,2	17,6*	2,2±0,2
<i>Bacteroides sp.</i>	13,8	2,3±0,3	13,2	2,3±0,3
<i>Megasphaera sp.</i>	1,3	2,0±0,1	0	0
<i>Fusobacterium sp.</i>	0	0	5,8	1,0±0,1
<i>Veillonella sp.</i>	0	0	4,4	1,2±0,2
Грибы:				
<i>Candida sp.</i>	1,3	2,0±0,1	1,4	2,0±0,1

1 – частота обнаружения (%)

2 – уровень бактериурии (КОЕ/мл)

\* $p < 0,05$

При бактериологическом исследовании мочи пациентов после дренирования ВМП в структуре бактериальной флоры отмечено доминирование тех же групп микроорганизмов, что и до дренирования. Однако достоверно ( $p < 0,05$ ) снизилась частота обнаружения КОС, энтерококков, корине-, эу-, пропионибактерий, пептококков.

Дренирование ВМП практически не повлияло на частоту обнаружения и уровень бактериурии для большинства выделенных из мочи микроорганизмов (Таблица 1) за исключением достоверного ( $p < 0,05$ ) снижения уровня бактериурии для *Klebsiella sp.*, *Providencia sp.* и *Burkholderia ceracia*. После дренирования среди представителей грампозитивной флоры в моче не регистрировали *Micrococcus sp.* и *Bacillus sp.*, а среди НАБ – *Megasphaera sp.* Однако

после дренирования в группе НАБ появились 2 рода (*Fusobacterium* sp. и *Veillonella* sp.), которые отсутствовали в моче до дренирования.

Таким образом, при сравнении двух образцов мочи, взятых для бактериологического исследования до и после ликвидации обструкции ВМП у пациентов с ООП установлено, что общий спектр доминирующих групп микроорганизмов сохранился, однако после дренирования почки имеет место снижение ( $p < 0,05$ ) частоты выявления некоторых представителей грампозитивной флоры и НАБ.

При динамическом бактериологическом исследовании мочи пациентов 1 группы через 1, 3 и 6 месяцев в спектре общедоказанных патогенов выявлено достоверное снижение ( $p < 0,05$ ) частоты обнаружения и уровня бактериурии для всех энтеробактерий. Причем к 6 месяцу наблюдали полную эрадикацию из мочи родов *Proteus* sp. и *Providencia* sp. (Таблица 2).

Таблица 2 – Частота обнаружения микроорганизмов и уровень бактериурии у пациентов 1 группы в динамике исследования

Микроорганизмы	при поступлении		1 месяц		3 месяца		6 месяцев	
	1	2	1	2	1	2	1	2
<i>E.coli</i>	55,2	5,2	15,7*	2,6*	18,4	2,4	5,2*	2,0*
<i>Klebsiella</i> sp.	21,0	5,3	10,5*	4,5	5,2*	4,0	10,5*	2,5*
<i>Proteus</i> sp.	13,1	4,6	2,6*	4,0	5,2*	3,0*	0	0
<i>Providencia rettgeri</i>	2,6	5,0	0	0	0	0	0	0
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	0	0	2,6	6,0	0	0	0	0
<i>Burkholderia cepacia</i>	2,6	6,0	0	0	0	0	0	0
КОС	47,3	1,9	76,3*	3,2*	71,0	4,3*	76,3	4,7*
<i>Corynebacterium</i> sp.	28,9	2,0	73,6*	1,4	78,9	2,4*	81,5*	2,3
<i>Enterococcus</i> sp.	28,9	2,3	42,1*	1,6	34,2	1,5	39,4	1,4
<i>S.aureus</i>	10,5	2,0	15,7*	1,1	10,5	1,5	0	0
<i>Streptococcus</i> sp.	0	0	2,6	2,0	0	0	0	0
<i>Micrococcus</i> sp.	0	0	10,5	1,0	10,5	1,0	0	0
<i>Eubacterium</i> sp.	47,3	2,1	57,8*	2,9	63,1	3,6	65,7*	4,6*
<i>Peptostreptococcus</i> sp.	36,8	2,2	34,2	3,1*	39,4	3,8*	42,1	4,5*
<i>Propionibacterium</i> sp.	31,5	1,8	57,8*	3,5*	63,1	3,8	68,4*	4,6*
<i>Peptococcus</i> sp.	23,6	1,8	50,0*	3,1*	47,3	3,3	42,1	4,0*
<i>Bacteroides</i> sp.	7,8	1,3	7,8	3,0*	5,2	4,5*	18,4*	3,7
<i>Veillonella</i> sp.	0	0	5,2*	1,5	7,8	2,6*	10,5*	2,0
<i>Fusobacterium</i> sp.	0	0	5,2	2,5*	7,8	2,0	5,2	3,5*
<i>Candida</i> sp.	2,6	2,0	15,7*	2,0	0	0	0	0

1 – частота обнаружения (%)

2 – уровень бактериурии (КОЕ/мл)

\* $p < 0,05$

Через 1 месяц из мочи выделяли *P.aeruginosa* в количестве  $10^6$  КОЕ/мл, которая (при соответствующей терапии) элиминировала из мочи уже к 3 месяцу наблюдения.



К общедоказанным патогенам в этиологии ООП относят также и энтерококки, частота обнаружения которых варьировала в исследуемые сроки и достоверно повышалась ( $p < 0,05$ ) к 1 и 6 месяцам наблюдения (42,1%, 39,4% соответственно) по сравнению с аналогичным показателем при поступлении (28,9%). Однако уровень бактериурии не превышал формально-допустимый и снижался к 6 месяцу обследования (Таблица 2).

К дискутабельным патогенам в этиологии ООП относят обширную группу КОС, коринебактерии и НАБ. К 6 месяцу наблюдения для большинства представителей вышеперечисленных групп микроорганизмов отмечена тенденция нарастания частоты обнаружения и уровня бактериурии (Таблица 2).

Таким образом, у пациентов 1 группы абсолютную бактериологическую эффективность с элиминацией микроорганизмов из мочи в группе общедоказанных патогенов наблюдали для *E.coli* в 90,5% случаев, для *Klebsiella sp.* в 50,0% случаев, для *Proteus sp.*, *Providencia rettgeri*, *P.aeruginosa*, *S.aureus* во всех случаях. Однако, с точки зрения относительной бактериологической эффективности, заключающейся не в элиминации бактерий из мочи, а в снижении уровня бактериурии, ее регистрировали и для *E.coli* и для *Klebsiella sp.* В группе дискутабельных патогенов, в частности КОС и НАБ, отсутствовала как абсолютная, так и относительная бактериологическая эффективность с нарастанием к 6 месяцу исследования частоты обнаружения и в большинстве случаев уровня бактериурии до диагностического.

Во 2 группе пациентов, аналогично больным 1 группы в исследуемые сроки, достоверно снижались как частота обнаружения, так и уровень бактериурии для энтеробактерий (Таблица 3). Частота обнаружения энтерококков варьировала незначительно с формально-нормативным уровнем бактериурии во все сроки обследования.

В группе грампозитивной флоры к 6 месяцу наблюдения регистрировали снижение частоты обнаружения КОС (32,3%) и достоверное увеличение ( $p < 0,05$ ) *Corynebacterium sp.* (85,2%). Уровень бактериурии для данных микроорганизмов соответствовал формально-нормативным во все сроки обследования.

В группе НАБ к 6 месяцу наблюдали достоверное снижение уровня бактериурии по сравнению с аналогичными показателями при поступлении (Таблица 3). Частота обнаружения для *Peptococcus sp.*, *Peptostreptococcus sp.*, *Propionibacterium sp.* достоверно ( $p < 0,05$ ) повышалась, а для *Eubacterium sp.*, наоборот, снизилась к 6 месяцу исследования.

Таблица 3 – Частота обнаружения и уровень бактериурии у пациентов 2 группы в динамике исследования

Микроорганизмы	до дренирования		1 месяц		3 месяца		6 месяцев	
	1	2	1	2	1	2	1	2
<i>E.coli</i>	50,0	4,7	32,3*	2,6*	26,4*	2,6	8,8*	3,3
<i>Klebsiella sp.</i>	17,6	3,6	8,8*	3,3	8,8	3,3	8,8	2,3*
KOC	41,1	2,6	67,6*	1,5*	76,4*	1,4	32,3*	1,4
<i>Corynebacterium sp.</i>	32,3	1,5	61,7*	1,7	73,5*	1,6	85,2*	1,7
<i>Enterococcus sp.</i>	32,3	1,9	41,9*	1,7	35,2	1,2	35,2	1,7
<i>S. aureus</i>	0	0	14,7	1,0	5,8*	1,0	5,8	1,5
<i>Streptococcus sp.</i>	0	0	2,9	3,0	0	0	0	0
<i>Micrococcus sp.</i>	2,9	1,0	11,7	1,0	0	0	11,7	1,0
<i>Bacillus sp.</i>	2,9	2,0	5,8*	1,0*	0	0	5,8	1,0
<i>Eubacterium sp.</i>	52,9	4,1	61,7*	2,3*	58,8	2,6	41,1*	2,1*
<i>Peptococcus sp.</i>	50,0	3,1	67,6*	1,2*	61,7	1,1	70,5	1,7*
<i>Propionibacterium sp.</i>	26,4	2,7	47,0*	1,5*	67,6*	1,4	64,7	1,5*
<i>Peptostreptococcus sp.</i>	23,5	3,3	41,1*	2,1*	55,8*	1,8	38,2*	1,6*
<i>Bacteroides sp.</i>	20,5	3,4	20,5	2,1*	11,7*	1,7	20,5*	2,1*
<i>Veillonella sp.</i>	0	0	14,7*	1,2	17,6	1,8	8,8*	2,0
<i>Fusobacterium sp.</i>	0	0	11,7	3,5*	14,7*	1,4*	17,6	2,6*
<i>Megasphaera sp.</i>	2,9	2,0	0	0	2,9	1,0	2,9	1,0
<i>Candida sp.</i>	0	0	8,8	1,6	11,7	1,0	2,9*	1,0

1 – частота обнаружения (%)

2 – уровень бактериурии (КОЕ/мл)

\* $p < 0,05$

Таким образом, у пациентов 2 группы к 6 месяцу динамического наблюдения абсолютную бактериологическую эффективность для *E.coli* регистрировали в 82,4% случаев, для *Klebsiella sp.* в 50,0% случаев. Относительную бактериологическую эффективность регистрировали во всех случаях как для общедоказанных, так и дискутабельных патогенов.

Как правило, бактериологическое исследование мочи при ООП проводят однократно при поступлении в стационар. Бактериологическое исследование мочи регламентировано приказом № 535 (1985 г.), который не пересматривался до настоящего времени. Поэтому узкий набор используемых питательных сред (МПА, кровяной агар, среда Эндо) позволяет, соответственно, определить и крайне узкий спектр микроорганизмов (в основном представителей семейства *Enterobacteriaceae* и некоторых кокков). Следовательно, широчайший спектр различных по отношению к кислороду кластеров микроорганизмов остается не верифицированным. На сегодняшний день пересмотрена парадигма о стерильности мочи [10]. Поэтому можно представить, что любой условно-патогенный симбионт данного биотопа может из минорного вида стать доминирующим и инициировать воспалительный процесс в почке, так как обладает определенным арсеналом вирулентных и персистентных характеристик.

Использование расширенного набора питательных сред для культивирования различных по отношению к кислороду микроорганизмов, позволяет улучшить диагностику данного заболевания. Проведенное нами динамическое бактериологическое исследование мочи больных с ООП убедительно доказало, что при антибактериальной терапии, направленной не только на общедоказанные, но и на дискусабельные патогены, относительная бактериологическая эффективность достигается во всех случаях.

При антибиотикотерапии, направленной только на узкий круг общедоказанных патогенов, в частности, *E.coli*, абсолютная бактериологическая эффективность констатируется в 90,5% наблюдений. Однако абсолютная и относительная бактериологическая эффективность отсутствует для представителей грампозитивной флоры и НАБ. Необходимо отметить, что при элиминации из мочи каких-либо одних микроорганизмов, мы наблюдаем повышение частоты обнаружения и уровня бактериурии для других видов. Бесспорно, требуют дальнейшего изучения вопросы причастности каждого определенного вида микроорганизмов к манифестации и поддержанию инфекционно-воспалительного процесса в почке.

**Заключение.** При антибактериальной терапии ООП направленной исключительно на общедоказанные патогены (энтеробактерии), абсолютная бактериологическая эффективность для *E.coli* регистрируется в 90,5% случаев, для *Klebsiella sp.* – в 50,0%, при этом относительная бактериологическая эффективность отсутствует для дискусабельных патогенов. При антибактериальной терапии направленной на общедоказанные и дискусабельные патогены, абсолютную бактериологическую эффективность для общедоказанных патогенов (*E.coli*) регистрируют в 82,4% случаев, а относительную – во всех случаях как для общедоказанных, так и дискусабельных патогенов.

## Список литературы:

1. Статистическая информация. Заболеваемость населения России в 2013 году: в XII ч. – М.; 2014 г. [электронный ресурс] // МЗ РФ, Департамент анализа, прогноза и инновационного развития здравоохранения, ФГБУ «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава. // URL: <http://www.old.rosminzdrav.ru/docs/mzsr/stat/47/1>.
2. Анализ урологической заболеваемости в Российской Федерации в 2002-2009 годах по данным официальной статистики / О. И. Аполихин, А. В. Сивков, Д. А. Бешлиев и др. // Экспериментальная и клиническая урология. – 2012. – №1. – С. 4-10.
3. Бешлиев, Д. А. Диагностика и лечение острого пиелонефрита / Д. А. Бешлиев, Л. А. Ходырева // Трудный пациент. – 2008. – №2-3. – С. 12-13.
4. Colgan, R. Diagnosis and treatment of acute pyelonephritis in women / R. Colgan, M. Williams, J. R. Johnson // American family physician. – 2011, Vol. 84, №5 – P. 519 – 526.
5. Raynor, M. C. Urinary Infections in Men / M. C. Raynor, C. C. Carson // Medical clinics. – 2011, Vol. 95 – P. 43 – 54.
6. Dielubanza, E. J. Urinary Infections in Women / E. J. Dielubanza, A. J. Schaeffer // Medical clinics. – 2011, Vol. 95 – P. 27 – 41.
7. Lynch, T. J. Choosing Optimal Antimicrobial Therapies / T. J. Lynch // Medical clinics. – 2012, Vol. 96 – P. 1079 – 1094.
8. Kim, A. Pyelonephritis [electronic resource] / A. Kim, M. Goldberg, A. Gulati, R. C. Jones // Clinical Key, Published October 13, 2010. Url: <https://www.clinicalkey.com>.
9. Siddiqui, H. Assessing diversity of the female urine microbiota by high throughput sequencing of 16S RNA amplicons / H. Siddiqui, A. J. Nederbragt, K. Lagesen et al. // BMC Microbiol. – 2011. – Vol. 11. – P. 244-251.
10. Fouts, D. E. Integrated next-generation sequencing of 16S rDNA and metaproteomics differentiate the healthy urine microbiome from asymptomatic bacteriuria in neuropathic bladder associated with spinal cord injury / D. E. Fouts, R. Pieper, S. Szpakowski et al. // J. Transl. Med. – 2012, Vol.10 – P 174.

**В.А. Божедомов**

## **АНДРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ БЕЗДЕТНЫМ ПАРАМ**

*ФБГУ «Поликлиника №1» УДП РФ, Каф. акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППОВ  
ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова», каф. клинической андрологии ФПКМР ГБОУ ВПО  
«РУДН»; Москвы*

Статья посвящена клиническим и организационно методическим аспектам ведения бездетных пар с предполагаемым мужским фактором. Предложена трехуровневая система обеспечения лечебно-диагностического процесса. Отражены современные требования к оснащению андрологических лабораторий и методам оценки качества спермы. Обосновано выделение трех этапов комплексной профилактики нарушений репродуктивной функции у мужчин.

**Ключевые слова:** бездетный брак, мужское бесплодие, лечение бесплодия, сперма, простатит, варикоцеле, фрагментация ДНК, оксидативный стресс, вспомогательные репродуктивные технологии.

Контакты: Божедомов Владимир Александрович [vbojedomov@mail.ru](mailto:vbojedomov@mail.ru)

VA Bozhedomov

### **Andrology aspects of aid childless couples.**

The article is devoted to clinical and organizational aspects in helping childless couples with the supposed male factor. A three-stage system for curative-diagnostic process is proposed by the authors. Modern demands to the equipment of andrologic laboratories and to the techniques of sperm quality evaluation are described. The authors have backgrounded their idea to have a three-stage complex prophylactics of reproductive function disorders in males.

Key words: childless couple, male infertility, infertility treatment, sperm, prostatitis, varicocele, DNA fragmentation, oxidative stress, additional reproductive technologies

**Введение.** По данным Всемирной Организации Здравоохранения 10-20% супружеских пар репродуктивного возраста страдают от отсутствия детей, и в половине случаев причиной бесплодия является та или иная патология у мужчины [28]. Учитывая неблагоприятную демографическую ситуацию в России, эта проблема требует особенного внимания всех отечественных специалистов, занимающихся вопросами репродукции: урологов-андрологов, гинекологов, эмбриологов, эндокринологов. Статья посвящена рассмотрению основных вопросов этиопатогенеза, диагностики и лечения нарушений репродуктивной функции мужчин на основе междисциплинарного подхода с учетом организационно-методических аспектов.

**Этиопатогенез.** Мужское бесплодие представляет собой многофакторный синдром,

включающий широкий спектр нарушений, симптом множества различных патологических состояний, затрагивающих как половую, так и другие системы организма: эндокринную, нервную, кровеносную, иммунную [1, 6, 8, 11, 17, 20, 21]. Собственный опыт и данные публикаций обобщены нами в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

**Этиология и распространенность различных форм мужского бесплодия, %**

Причины бесплодия	WHO, 2000 (n=7053)	Nieschlag E., Behre H.M. (Eds.), 2010 (n=12945)	Божедомов В. и соавт., 2004 (n=2800)
Сексуальные дисфункции	1.7	2.4	0.5
Урогенитальные инфекции	6.6	9.3	32.0
Врожденные аномалии развития (гермафродитизм, крипторхизм и др.)	2.1	11.2	7.2
Действие неблагоприятных внешних факторов	2.6	-	7.0
Варикоцеле	12.3	14.8	27.4
Эндокринные нарушения	0.6	10.1	2.5
Иммунологический фактор	3.1	3.9	17.5
Другие ненормальности	3.0	8.5	5.0
Идиопатические нарушения	75.1	30.0	38.0

Из представленных данных видно, что в недавнем прошлом в России существенно чаще, чем странах Европы и Америки, причиной снижения качества спермы мужчин были инфекционно-воспалительные и аутоиммунные процессы в репродуктивной системе, вредные факторы внешней среды и образа жизни (курение, злоупотребление алкоголем и др.).

Таблица 2

**Причины снижения мужской репродуктивной функции**

Нарушения эякуляции	<ul style="list-style-type: none"> <li>• анэякуляция</li> <li>• ретроградная эякуляция</li> <li>• сексуальная дисфункция</li> </ul>
Воздействия окружающей среды	<ul style="list-style-type: none"> <li>• перегревание</li> <li>• психологические стрессы</li> <li>• вибрация</li> <li>• неионизирующее электромагнитное излучение (СВЧ, мобильные телефоны)</li> <li>• вредные привычки               <ul style="list-style-type: none"> <li>- курение</li> <li>- злоупотребление алкоголем</li> <li>- ожирение</li> <li>- сидячий образ жизни</li> <li>- опиаты (героин, морфин, метадон)</li> </ul> </li> <li>• химическое загрязнение               <ul style="list-style-type: none"> <li>- тяжелые металлы (свинец, кадмий, ртуть)</li> <li>- синтетические эстрогены (диэтилстильбестрол, пероральные контрацептивы)</li> <li>- эфиры гликолевой кислоты, входящие в состав лаков и красок (2-</li> </ul> </li> </ul>



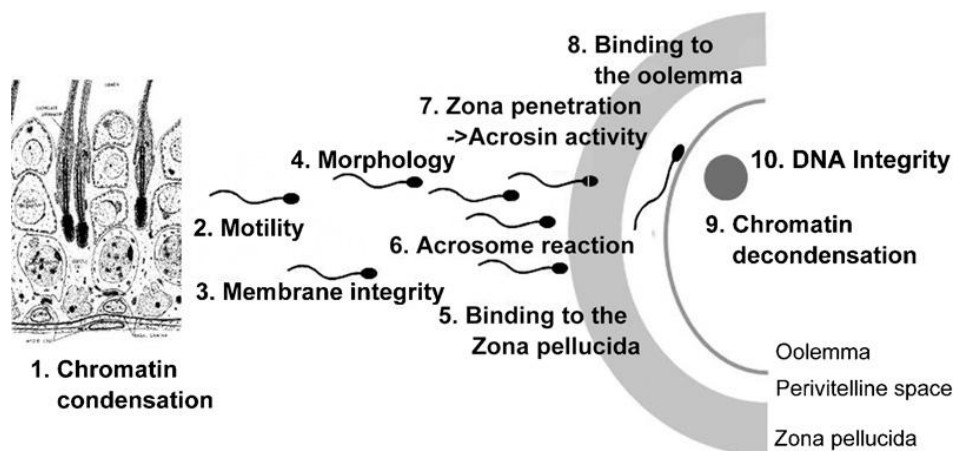
	<p>метоксиэтанол, 2-этоксиэтанол)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- пестициды (дибромхлорпропан, этилендибромид)</li> <li>- растворители (дисульфид углерода)</li> <li>- хлорорганические соединения (диоксины, полихлорированные бифенилы, бифураны)</li> <li>• ятрогенные (вызванные различными методами лечения) <ul style="list-style-type: none"> <li>- химиотерапия (цитостатики)</li> <li>- ионизирующее облучение</li> <li>- лекарственные средства (циметидин, сульфасалазин, спиронолактон, нитрофурантоин, нирадозол, колхицин) <ul style="list-style-type: none"> <li>- экзогенные гормоны (кортикостероиды, агонисты ГтРГ, анаболические стероиды, гестагены)</li> <li>- антиандрогены (бикалутамид, финастерид и др.)</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• хирургические вмешательства (простатэктомия, вазорезекция, кисто- и гидроцелэктомия)</li> </ul>
Приобретенные	<ul style="list-style-type: none"> <li>• тестикулярные травмы</li> <li>• инфекции</li> <li>• простатит</li> <li>• эпидидимит</li> <li>• орхит</li> <li>• рак яичка</li> <li>• системные заболевания (сахарный диабет, ХПН)</li> <li>• гипотиреоз</li> <li>• аутоиммунные реакции против сперматозоидов</li> <li>• злокачественные новообразования</li> <li>• возраст (больше 40 лет)</li> </ul>
Анатомические	<ul style="list-style-type: none"> <li>• варикоцеле</li> <li>• обструктивная азооспермия</li> <li>• недоразвитие семявыносящего протока</li> <li>• недостаточность придатка яичка</li> </ul>
Аномалии развития и строения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• специфические генетические синдромы <ul style="list-style-type: none"> <li>- синдром Клайнфельтера</li> <li>- муковисцидоз</li> <li>- микроделеции Y хромосомы</li> <li>- транслокации хромосом</li> </ul> </li> <li>• крипторхизм</li> <li>• недостаточность половых желез (гипергонадотропный гипогонадизм)</li> <li>• синдром клеток Сертоли</li> <li>• нарушение транспорта спермы (парез семявыносящих путей)</li> </ul>
Нарушения качества спермы	<ul style="list-style-type: none"> <li>• гипосперматогенез (арест сперматогенеза)</li> <li>• аномалии строения сперматозоидов</li> </ul>
Гормональные причины и нечувствительность к андрогенам	<ul style="list-style-type: none"> <li>• гипогонадотропный гипогонадизм</li> <li>• гиперпролактинемия</li> <li>• синдром нечувствительности к андрогенам</li> </ul>
Идиопатические причины	<ul style="list-style-type: none"> <li>• полиморфизм генов и точечные мутации? (<i>ubiquitin protease 26 gene, polymorphisms in the oestrogen receptor gene, polymorphisms of the gonadotrophin-regulated testicular helicase</i>)</li> </ul>

*gene, UTP14c, SPAG16L, BGR-like gene, SPO11, EIF5A2, ACT, N322 H variant of the BRCA2 gene, heat shock transcription factor in AZFb, Cys-189-Thr u др.)*

Важно, что одни и те же факторы риска в зависимости от генетических особенностей мужчин могут либо снижать фертильность, либо нет. Например, в качестве предрасполагающих факторов бесплодия при варикоцеле описаны микроделеции некоторых митохондриальных генов, недостаточность белков теплового шока, экспрессии каспаз, Bак, p53 и ряда других факторов, противостоящих оксидативному стрессу и нарушающих соотношение пролиферация-апоптоз, аутоиммунные реакции против сперматозоидов [3, 12, 16, 18]. Факторами риска развития бесплодия при хроническом простатите является присутствие в сперме Анаегососсус, нарушение равновесия активация/апоптоз спермальных лейкоцитов, степень гиперпродукции активных форм кислорода (АФК), сочетание с синдромом раздражения толстой кишки и др. [4, 10, 19].

В последние годы стало ясно, что плохое качество сперматозоидов – причина не только отсутствия беременности, но также нарушений развития зародыша, врожденных аномалий и даже рака у детей [11, 20, 21, 24]. В основе этого лежат – нарушения структуры хроматина сперматозоидов [2, 21, 24]. Вероятность оплодотворения *in vivo* и при внутриматочной инсеминации близка к нулю, если количество сперматозоидов с повреждением (фрагментацией) ДНК превышает 25-30%; до 40% выкидышей может быть предсказано с помощью оценки целостности спермальной ДНК. Между фрагментацией ДНК и процентом патологических форм имеется положительная корреляция, с подвижностью – отрицательная, но повышенная фрагментация ДНК может иметь место даже при «нормозооспермии» [2, 21, 22, 24, 26].

Различные функциональные характеристики сперматозоидов, нарушения которых приводит к снижению фертильности и аномалиям развития зародыша, отражены на рисунке 1.



**Рис.1.** Показатели функции сперматозоидов, характеризующие фертильность мужчин

### Обследование мужчин из вынужденно бездетных пар

Стандартизированный подход к обследованию пациентов, четкие принципы и алгоритм

диагностики причин, лежащих в основе бесплодия, описаны в Руководстве ВОЗ [28], уточнены и дополнены в последующих Руководствах и монографиях [1, 6, 8, 11, 17, 20, 21]. Причины в большинстве случаев (в 60-70%) удастся выявить при тщательном сборе анамнеза, физикальном обследовании, проведении анализа спермы, специальных гормональных, генетических, микробиологических и других исследованиях. В частности, в соответствии с современными требованиями андрологическая лаборатория должна выполнять анализ спермы, включающий: оценку жизнеспособности и подвижности сперматозоидов, признаков воспаления (лейкоциты, эластаза, активные формы кислорода), антиоксидантную активность эякулята, повреждения ДНК сперматозоидов, антиспермальных антител (АСАТ), делать анализ постэякуляторной мочи, оценивать взаимодействие сперматозоидов с цервикальной слизью и другие функциональные тесты [23, 27].

Естественно, объем обследования и методическая оснащенность лабораторий должны отличаться в различных ЛПУ. По нашему мнению, с позиций организации здравоохранения можно выделить три уровня обследования и, соответственно, оснащения.

Первый является обязательным для всех ЛПУ, имеющих в своем составе кабинет уролога. Он включает:

- первичное обследование мужчины, обратившегося к урологу поликлиники в связи с отсутствием желаемой беременности у постоянной половой партнерши (жалобы, анамнез, физикальное обследование);
- выполнение минимального лабораторного обследования мужчины, планирующего отцовство (анализы крови на ВИЧ (с согласия пациента), вирусные гепатиты В и С, сифилис, мазок из уретры);
- УЗИ органов мошонки, предстательной железы и семенных пузырьков.

Второй является обязательным для всех ЛПУ, в той или иной форме занимающихся проблемой бесплодного брака - андрологических кабинетов окружных (кустовых, районных и т.п.) урологических амбулаторно-поликлинических отделений, в т.ч. системы УДП РФ, консультаций «Брак и семья», центров планирования семьи и репродукции. Он включает:

- стандартную спермограмму, в т.ч. окраску сперматозоидов специальными красителями и «строгую» оценку морфологии;
- определение АСАТ на подвижных сперматозоидах (MAR- или ИВТ-тест);
- выявление инфекционно-воспалительных процессов репродуктивного тракта (лейкоциты в сперме и секрете простаты, при необходимости – микробиологическое и молекулярно-генетическое исследование на инфекции);
- гормональные (определение ФСГ, пролактина, ингибина В, тестостерона, андроген-связывающего глобулина и др.).

Это позволяет выделить группу мужчин с нарушениями качества спермы и направить их для более углубленного обследования в специализированные клиники третьего уровня, где должны быть проведены дополнительные исследования:

- генетические (кариотипирование, диагностика микроделечий и точечных мутаций AZF, муковисцидоза, полиморфизма рецепторов андрогенов и др.);
- биохимические исследования эякулята (фруктоза, цитрат, цинк, альфа-гликозидаза, акрозин и др.);
- оценка взаимодействия сперматозоидов с цервикальной слизью *in vivo* и *in vitro*;
- гипо-осмотический тест;
- оценка акросомой реакции (иммунофлюоресценция, проточная цитометрия);
- измерение продукции активных форм кислорода (хемилюминесценция);
- оценка фрагментации ДНК (TUNEL, COMET, SCD);
- оценка нарушений упаковки и конденсации хроматина (CMA3, AB, AO);
- комплексное исследование «отмытых» в градиенте Перкола сперматозоидов.

Урологи-андрологи кабинетов второго и третьего уровней должны владеть специальными теоретическими знаниями и практическими навыками, позволяющими целенаправленно выявлять патологические состояния, приводящие к снижению фертильности мужчины, назначать соответствующую терапию, при необходимости выполнять оперативные пособия, а также проводить отбор пациентов для вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Установление конкретных патогенетических механизмов нарушения мужской репродуктивной функции позволяет шире использовать возможности специфической терапии, повысить ее эффективность и снизить стоимость.

### **Сохранение и восстановление репродуктивной функции мужчин**

Рекомендации по лечению мужчин из бездетных пар представлены во многих Руководствах, монографиях и статьях [1, 6, 8, 11, 17, 20, 21 и др.]. Но имеющиеся на сегодняшний день данные противоречивы и недостаточно надежны с точки зрения доказательной медицины. Стандарты помощи бездетным парам с мужским фактором не существуют ни в одной стране мира.

По нашему мнению, ведение мужчин из бездетных пар следует рассматривать в виде трех взаимосвязанных этапов комплексной профилактики нарушений репродуктивной функции.

**I этап: первичная профилактика** - устранение потенциально вредных факторов окружающей среды, работы и образа жизни (см. табл.2). При некоторых аномалиях, например,

крипторхизме, травмах, инфекциях, действии токсических веществ и лекарственных препаратов бесплодие можно предотвратить.

Для восстановления фертильности мужчин необходимо:

- наладить нормальный ритм труда и отдыха, полноценное питание, лечение сопутствующих заболеваний, ритм половой жизни;
- исключить перегревание, снизить физические нагрузки при занятиях экстремальными видами спорта;
- устранить факторы, вызывающие депрессию, состояние страха, неврозы.

Выполнение этих условий во многих случаях способствует улучшению показателей спермограммы.

**II этап: вторичная профилактика – адекватное обследование и патогенетическое лечение.**

Методы обследования, необходимые для постановки обоснованного диагноза, описаны выше.

В ряде случаев возможно **этиотропное лечение**: при инфекционно-воспалительных заболеваниях, варикоцеле, непроходимости семявыносящего тракта, гиперпролактинемии при опухолях гипофиза и др. [1, 6, 8, 11, 17, 20, 21].

Во многих случаях возможно **патогенетическое лечение**: при гипогонадотропном гипогонадизме, оксидативном стрессе, секреторной недостаточности дополнительных половых желез, сексуальной и эякуляторной дисфункций и др. [1, 5, 6, 8, 11, 17, 20, 21].

Поскольку во многих случаях патогенез снижения фертильности мужчин не ясен (чаще из-за недостаточного объема обследования), применяют т.н. **«эмпирическую терапию»**: карнитины, витамины А, В и С, калликреин, инозин, альфа-адренергические агонисты (клонидин), альфа-блокаторы (буназозин) и др. [1, 6, 8, 11, 17, 20, 21]. Ни для одного из методов эмпирической терапии эффективность с точки зрения доказательной медицины не подтверждена, но опыт показывает, что эти препараты могут быть рекомендованы определенным группам пациентов, если удастся понять реальный патогенез ухудшения качества спермы. Например, антиоксиданты при оксидативном стрессе; антиэстрогены – при сниженном уровне гонадотропинов и наличии ответа гипофиза; карнитины, фруктоза, лимонная кислота – при функциональной недостаточности придатка яичек, семенных пузырьков и простаты.

В ряде случаев этиопатогенетическое лечение кажется невозможным: при врожденном отсутствии семявыносящего протока, после лечения онкологических заболеваний цитостатиками, при микроделеции в локусе AZFc и других генетических нарушениях, приводящих к гипосперматогенезу. В этом случае рекомендованы методы ВРТ, в первую очередь ИКСИ.

Последние годы появились биомедицинские клеточные технологии, которые позволя-

ют снять блок сперматогенеза – т.н. «арест» сперматогенеза, - и на некоторое время обеспечить его завершение до образования зрелых сперматозоидов [8]. Однако первопричина – генетические нарушения, - при этом не устраняется, и сперматозоиды могут передать потомству дефектный ген.

Продолжительность этиопатогенетического и эмпирического лечения не должна быть больше 1-2 лет. В случаях, когда этиопатогенетическое лечение оказалось не эффективным (или невозможно) используют **симптоматическое лечение**. Применительно к лечению мужского бесплодия это методы ВРТ, в первую очередь ЭКО ИКСИ [7]. За 20 лет технология ЭКО ИКСИ доказала свою эффективность – при мужском факторе бесплодия после 3-4 циклов дети рождаются у половины пар [8, 9, 11, 20, 21].

**В ряде случаев лечение невозможно:** при нечувствительности к андрогенам, микроделениях в локусах AZFa и b, других генетических дефектах, приводящих к синдрому «только клетки Сертоли». В этом случае паре должны быть предложены альтернативные способы достижения социального отцовства: инсеминация донорской спермой или усыновление.

**III этап: третичная профилактика – уменьшение осложнений симптоматического лечения.**

При ВРТ возможны осложнения: в 15-20% вследствие стимуляции суперовуляции, в 3-5% - после пункции [8, 9, 11, 21]. Самый сложный вопрос – здоровье детей после ИКСИ. «...Дети, рожденные после оплодотворения по методу ИКСИ, подвержены более высокому риску хромосомных aberrаций de novo (в три раза по сравнению с детьми, зачатыми естественным путем) и наследуемых структурных хромосомных аномалий. ЭКО было сопряжено с повышенным риском сердечно сосудистых, скелетно-мышечных, мочеполовых и желудочно-кишечных нарушений и детского церебрального паралича...» - отмечают эксперты Европейской урологической ассоциации [17] со ссылкой на несколько опубликованных работ [13, 14, 25]. Пока не ясно, является это следствием ВРТ, или отражает особенности популяции, включенных в ВРТ [15].

Следует иметь виду, что методы ВРТ – способ преодоление бесплодия, который не устраняет факторов, приводящих к привычному спонтанному аборту на ранних сроках, в том числе обусловленному плохим качеством сперматозоидов. Использование методов ВРТ не исключает, а дополняет применение патогенетического лечения, которое, по возможности, должно проводиться в течение осуществления всей программы ВРТ.

**Заключение.** Установление конкретных патогенетических механизмов нарушения мужской репродуктивной функции позволяет шире использовать возможности специфической терапии, повысить ее эффективность и снизить стоимость. Реализация предлагаемого алгоритма ведения мужчин из бездетных пар подразумевает совершенствование работы си с-



темы ЛПУ, в т.ч. системы УДП РФ, создание специальных подразделений уро-андрологического, гинекологического, клинико-лабораторного профиля, тесно взаимодействующих между собой, и их соответствующего оснащения. Необходима программа последипломного повышения квалификации урологов по андрологии для усвоения необходимых знаний, в т.ч. из смежных дисциплин: эндокринологии, дерматовенерологии, сексологии, гинекологии, эмбриологии, иммунологии, генетики. «Мужской фактор» следует рассматривать не только в качестве частой причины бесплодного брака, но и фактора риска невынашивания беременности, т.е. вынужденно бездетного брака.

## Литература

1. Божедомов В.А. Мужское бесплодие / Андрология. Клинические рекомендации / Под ред. П.А.Щеплева, 2012: 30-58.
2. Божедомов В.А., Липатова Н.А., Спорши Е.А., и соавт. // Андрология и генитальная хирургия.- 2012.- №3.- С.83-91.
3. Божедомов В.А., Николаева М.А., Ушакова И. В. и соавт. // Акушерство и гинекология. – 2012. -№8/2. – С.64-69
4. Божедомов В.А., Семенов А.В., Сотникова Н.Ю. и соавт. // Андрология и генитальная хирургия.- 2013. - №2. – С.85-86.
5. Божедомов В.А., Ушакова И. В., Торопцева М. В. и соавт. //Урология.- 2009.- №2.- С.51-56.
6. Оль Д., Шустер Т., Кволич С. Мужское бесплодие // Репродуктивная медицина и хирургия / Под ред. Т.Фальконе, В.Херд, 2013: 616-631.
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 августа 2012 г. N 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».
8. Сухих Г.Т., Божедомов В.А. МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ. Практическое руководство для урологов и гинекологов, М.: Эксмо, 2009; 240 с ил. – Медицинская практика.
9. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия / под ред. Кулакова В.И., Леонова Б.В. - М, 2000, 781.
10. Alshahrani S, McGill J, Agarwal A. // J. Reprod. Immunol.- 2013.- №9. [Epub ahead of print]
11. Andrology: Male Reproductive Health and Dysfunction. 3rd. E.Nieschlag., H.M.Behre, S.Nieschlag (Ed.), 2010; 629.
12. Chang FW, Sun GH, Cheng YY, et al. // Andrologia. -2010.- V.42,№4. – P.225-230.
13. Davies MJ, Moore VM, Willson KJ et al. // N. Engl. J. Med.- 2012.- V.366/ - P.1803-1813.
14. ESHRE Capri Workshop group Intracytoplasmic sperm injection (ICSI) in 2006: evidence and evolution. Hum Reprod Update. 2007; 13(6): 515-26.
15. Feuer SK, Camarano L, Rinaudo PF. //Mol Hum Reprod. – 2013. – V.19, №4. – P.189-204.
16. Gashti NG, Salehi Z, Madani AH, Dalivandan ST. // Andrologia. – 2013.- V.20 [Epub ahead of print]
17. Guidelines on Male Infertility / A. Jungwirth, T. Diemer, G.R. Dohle et al. (Ed.) © European Association of Urology 2013; 60.
18. Guo SJ, Sun ZJ, Li W. // Med Hypotheses. – 2012. – V.78, №4.- P.536-538.
19. Hou D, Zhou X, Zhong X, et al. //Fertil Steril. – 2013. – V.29. [Epub ahead of print]
20. Infertility in the male. Fourth ed. / L.I.Lipshultz, S.S.Howards, C.S.Niederberger (Ed.), 2009; 677.
21. Male infertility / S.J.Parekattil, A.Agarwal (Ed.), 2012, Springer; 518.
22. Robinson L. et al. // Hum. Reprod.- 2012. – V.27, №10. – P.2908-2917.
23. Snow-Lisy D, Sabanegh E Jr. // Front Biosci (Elite Ed).- 2013. – V.1, №5. – P.289-304.
24. Sperm chromatin: biological and clinical application in male infertility and assisted reproduction / A.Zini, A.Agarwal (Ed.), 2011, Springer, 512.

25. *Van Steirteghem A, Bonduelle M, Devroey P, et al. // Hum. Reprod. Update.- 2002.- V.8, №2. – P.111-116.*
26. *Varshini J, Srinag BS, Kalthur G, et al. // Andrologia.- 2012. – V.44. – P.642-649.*
27. *WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen. Fifth ed., WHO, 2010; 271.*
28. *WHO Manual for the Standardized Investigation, Diagnosis and Management of the Infertile Male. Cambridge: Cambridge University Press, 2000; 91.*

**Хирургия грыж передней брюшной стенки в практике детского уролога.**

Игнатьев Р.О.

ЗАО «Европейский медицинский центр», Москва, Российская Федерация.

129272, г. Москва, ул. Трифоновская, д. 26; romarion74@mail.ru

Резюме.

Хирургическое лечение детей с паховыми грыжами (ПГ) входит в компетенцию детского уролога-андролога. Общепринятые методы операций повышают риск ятрогенной травмы гениталий и последующих нарушений репродуктивной функции. Приводится описание новой оригинальной малотравматичной эндоскопической технологии устранения ПГ у детей, которая минимизирует указанный риск. Подробно описаны технические особенности вмешательства, используемые инструменты, пути снижения трудоемкости и себестоимости лечения. Преимущества новой технологии показаны на большом клиническом материале (237 пациентов, 261 операция).

Ключевые слова: дети; паховая грыжа, лапароскопия, герниорафия.

**Hernia surgery of the anterior abdominal wall in the practice of pediatric urology.**

Ignatiev RO

Surgical treatment of children with inguinal hernias emissions is the responsibility of pediatric urology, andrology. Conventional methods of operations increase the risk of iatrogenic injury of the genitals and subsequent reproductive disorders. Describes a new original low-impact technology endoscopic removal of inguinal hernias in children that minimizes this risk. Described in detail the technical features of the intervention, used tools, ways to reduce the complexity and cost of treatment. The advantages of the new technology are shown in a large clinical material (237 patients, 261 operations).

Keywords: children, inguinal hernia, laparoscopy, herniorrhaphy.

Детская урология как самостоятельная специальность появилась в нашей стране сравнительно недавно. До этих пор лечение детей с урологическими заболеваниями осуществлялось хирургами в рамках единой специальности «детская хирургия». Приказ Минздрава РФ от 12 августа 2003 г. N 404 изменил привычный порядок маршрутизации таких пациентов, поскольку часть из них формально стала относиться к компетенции как хирургов, так и урологов. Например, в перечень специальных умений детского уролога-

андролога включено хирургическое лечение пациентов с ПГ (раздел 2.8 часть 3 пункт 12 Паспорта специальности детская урология-андрология). Следовательно, хирургическая тактика в отношении этих больных уже не может остаться прежней, поскольку детский уролог-андролог смотрит на проблему несколько иначе, с позиции сохранения репродуктивного здоровья и оценки соответствующих рисков. Достаточно оснований для такого вывода дает изучение обзорных публикаций [1-3]. Отечественная детская хирургическая школа не делала специальный акцент на изучение отдаленных результатов грыжесечения у детей и их связи с репродуктивной функцией, поэтому зарубежные коллеги несколько раньше, чем мы, подошли к этапу пересмотра основных принципов оперативной коррекции ПГ в детском возрасте [4-6]. В немалой степени этому способствовал ряд исследований, показавших катастрофические отдаленные последствия «открытых» операций на паховых каналах. Так, Smith E. M. с соавт. (Университетская школа медицины, Кливленд, США), производившие в эксперименте диссекцию *vas deferens* у крыс, доказали, что эффект, сравнимый с вазэктомией, вызывает мобилизация семявыносящего протока с отделением *a. deferentis*, а это может случиться в ходе типичного грыжесечения [7]. Pryor J. L. с соавт. (Университет Научного центра здоровья, Шарлоттсвилль, США) определили, что возможность микрохирургического восстановления проходимости семявыносящего протока крайне низка, если он был поврежден до наступления пубертатного возраста [8]. Matsuda T. с соавт. (медицинский университет Кансаи, Осака, Япония) на примере 13 пациентов показали, что имевшаяся у них обструкция семявыносящего протока после перенесенного в детстве грыжесечения вызвала аутоиммунные повреждения гениталий за счёт выработки антисперматических иммуноглобулинов класса G (54% наблюдений) и класса A (15% наблюдений) [9]. В результате многолетнего изучения проблемы вторичного бесплодия у мужчин профессор Tadashi Matsuda пришел к выводу, что паховое грыжесечение, перенесенное в детстве, является одной из наиболее частых причин обструкции семявыносящих путей [10]. В 2000 году в статье «Diagnosis and treatment of post-herniorrhaphy *vas deferens* obstruction» он указал, что у 26,7% молодых субфертильных мужчин, подвергнутых герниопластике в детском возрасте, выявляется ятрогенная окклюзия семявыносящего протока.

Распространенность ПГ в детской популяции поддается только приблизительной оценке и составляет 1-5%. Учитывая, что в РФ ежегодно рождается от 1,6 млн. до 1,9 млн. детей (данные Федеральной службы Государственной статистики), по самым скромным подсчетам около 20 000 из них имеют диагноз ПГ и подвергаются оперативному вмешательству. Потенциальный риск отдаленных репродуктивных осложнений при таком огромном количестве производимых операций переходит в разряд актуальных проблем

национального масштаба. Раннее выявление негативных последствий грыжесечения в детском возрасте практически невозможно, поэтому единственной мерой профилактики является использование принципиально новых технологий устранения ПГ, исключающих травматизацию яичка, семявыносящих путей. Опыт разработки и использования таких технологий послужил основой данной работы.

Материалы и методы.

В период с 2009 по 2014 годы оперировано 237 детей в возрасте от 4 месяцев до 15 лет с ПГ. Распределение их по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение пациентов по возрасту и полу.

Возраст (лет)	Количество детей	
	Мальчики	Девочки
< 3	34	19
3-7	80	37
8-12	26	22
> 12	11	8
Всего	151	86

Всего выполнено 261 операция, поскольку у 24 детей (10%) паховая грыжа была двусторонней. Вмешательства производились с использованием эндохирургического оборудования производства Stryker inc. (США) и Karl Storz GmbH (Германия).

Результаты.

На начальном этапе освоения эндохирургической технологии устранения ПГ у 6 пациентов мужского пола в возрасте от 4,5 до 11 лет мы применили лапароскопическое грыжесечение с прецизионной диссекцией и экстирпацией грыжевого мешка, а также последующим ушиванием глубокого пахового кольца. Средняя продолжительность вмешательства составила 39 минут (25-55 минут). Ни в одном случае не удалось избежать использования диатермокоагуляции для гемостаза, что, на наш взгляд, является

дополнительным фактором травматизации. Применение лапароскопической герниотомии с иссечением грыжевого мешка позволило исключить отдельные травматичные этапы, в частности, значительную мобилизацию содержимого пахового канала. Однако значительная продолжительность вмешательства и технические трудности при диссекции грыжевого мешка и ушивании глубокого пахового кольца не позволили нам считать такую операцию методом выбора. Для подобной лапароскопической герниотомии характерны существенные недостатки, связанные с выполнением ряда процедур, заимствованных из классической «открытой» операции. Исходя из принципа минимальной травматизации, результат таких вмешательств был признан неудовлетворительным, несмотря на отсутствие послеоперационных осложнений и рецидивов.

По свидетельству ряда авторов, удаление грыжевого мешка не является необходимым действием для успешного устранения ПГ. Следовательно, отказавшись от диссекции грыжевого мешка, можно ускорить и упростить операцию, главным этапом которой в этом случае становится ушивание глубокого пахового кольца. Попутно это избавляет от необходимости проведения гемостаза, что полностью исключает риск электротермической травмы окружающих тканей. Нами выполнено 22 герниорафии у 20 детей. В 10 случаях применяли ушивание пахового кольца отдельными узловыми швами с экстракорпоральным формированием узлов, в 7 случаях использован шов типа Schier, в 5 - кистный серозно-фиброзный шов. Средняя продолжительность операции при односторонней грыже составила 20 минут (16-36 минут), при двусторонней патологии операция длилась в одном случае 29 минут, в другом 34 минуты. Наиболее сложным для выполнения признан комбинированный Z-образный шов, так как он требовал особой тщательности во избежание запутывания нити (рис.1).

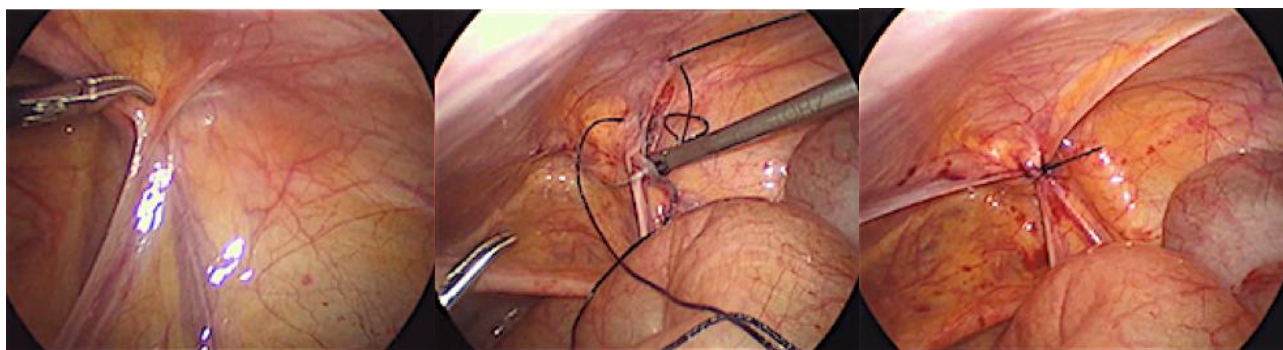


Рисунок 1. Этапы наложения комбинированного Z-образного шва.

Этап эндохирургического ушивания глубокого пахового кольца представлял особые сложности у детей раннего возраста с малым объемом брюшной полости. В связи с этим мы решили апробировать технику внебрюшинный лигатурой герниорафии, не предполагающую использования типовых эндошвов. Этот вид операций выполнен у 24 детей (17 мальчиков и 7

девочек) всех возрастных групп. Для экстраперитонеального проведения нерассасывающейся нити нами был изготовлен специальный инструмент, представляющий особым образом изогнутую во фронтальной плоскости иглу типа Дешана (рис. 2)



Рисунок 2. Игла, изготовленная для проведения внебрюшинной лигатурной герниорафии. Для захвата конца лигатуры в брюшной полости и продевания его в узкое ушко иглы применяется способ дополнительной петли-lasso (рис. 3). Такой прием дает возможность быстро продеть нить из любого (даже мягкого плетеного) материала.

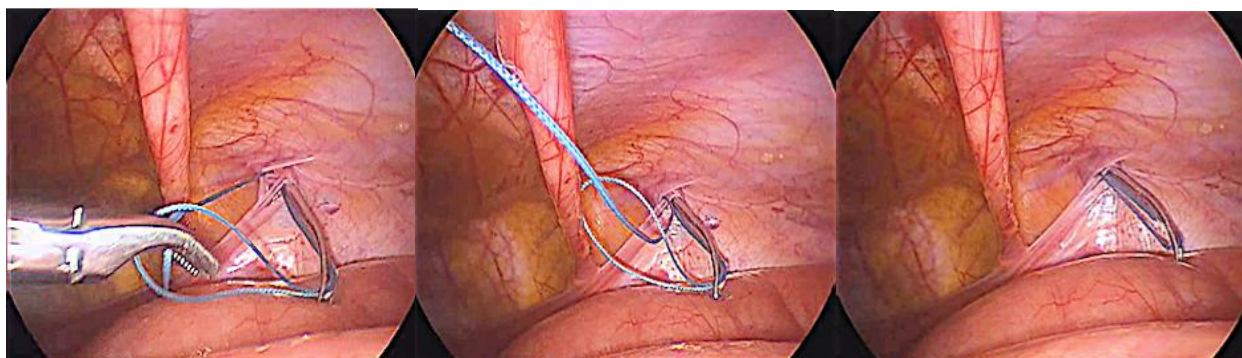


Рисунок 3. Использование приема петли-lasso для захвата лигатуры в брюшной полости.

Осложнений в виде образования лигатурных свищей или гранулём, изредка описываемых в литературе, не было отмечено ни в одном случае. Средняя продолжительность односторонней герниорафии снизилась до 7,5 минут, а двухсторонней – до 12 минут. Нередко манипуляция в области глубокого пахового кольца сопровождалась образованием кровоизлияний, которые возникали очень легко даже при простом захватывании париетального листка брюшины атравматичным зажимом. В наших наблюдениях они никогда не бывали значительными, но у мальчиков затрудняли визуализацию *d. deferens* и повышали риск микроповреждений семявыносящего протока.

Мы старались исключить непосредственный контакт лигатуры и элементов семенного канатика (или круглой связки матки), для этого проколы париетального листка брюшины иглой на этапе проведения лигатуры выполнялись по бокам от указанных анатомических структур, а сама лигатура перекидывалась через них в виде «мостика». Таким образом, круглая связка матки или семенной канатик не захватывались в шов и оставались нетронутыми, а стенки вагинального отростка брюшины при наложении узла смыкались над ними (рис. 4).



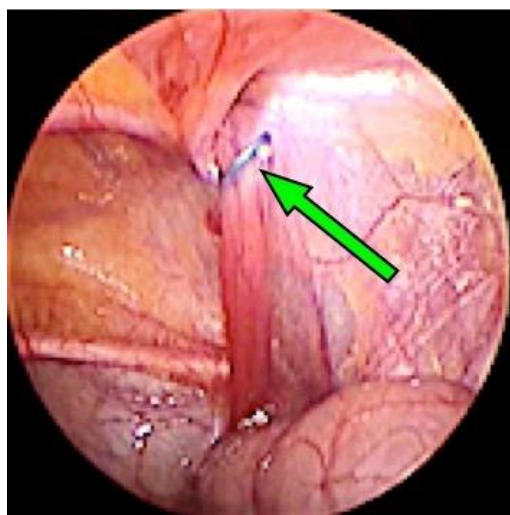


Рисунок 4. Расположение лигатуры, при котором исключается риск захвата в шов элементов семенного канатика или круглой связки матки.

Этот прием противоречил общепринятой точке зрения, согласно которой лигирование должно производиться строго циркулярно, «наглухо», во избежание рецидива грыжи. Но он давал возможность практически полностью исключить вероятность захватывания в шов важных анатомических структур и исключить их компрессию. Поэтому у следующих пациентов вмешательство было выполнено с использованием описанного приема. Несмотря на неполное, строго говоря, разобщение необлитерированного вагинального отростка брюшины и брюшной полости, признаков гидроцеле или рецидивов ПГ мы не наблюдали ни в одном случае. Это свидетельствовало о том, что даже нециркулярного лигирования шейки оказывается достаточно для устранения грыжи. Поскольку описания такого вида вмешательств в литературе мы не встретили, на него был оформлен патент (патент РФ на изобретение №2452402 от 24.02.2011 г.).

На определенном этапе необходимость установки дополнительного лапаропорта для эндозажима, который использовался только на этапе манипуляций с лигатурой в брюшной полости, стала доставлять неудобство. Оптимальный выход заключался в выполнении всех действий по захвату и выведению лигатуры тем же инструментом, который использовали для субперитонеального её продвижения. Другими словами, иглу типа Дешан, показанную выше, необходимо было наделить возможностью захватывать и надежно удерживать нить. Для этого был сконструирован и самостоятельно изготовлен новый инструмент – изогнутая игла с подвижной branшей (патент РФ на изобретение №2529396 от 05.04.2013 г.). Вид инструмента и пример использования показаны на рисунках 5 и 6.

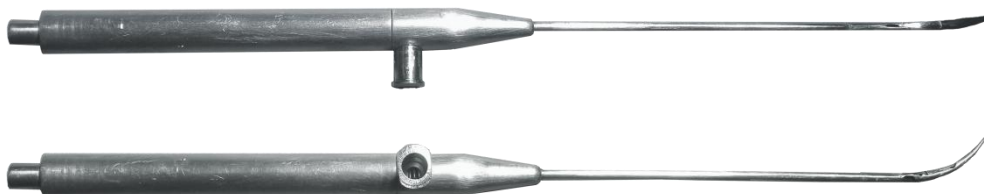


Рисунок 5. Вид комбинированного инструмента для лигатурной герниорафии.

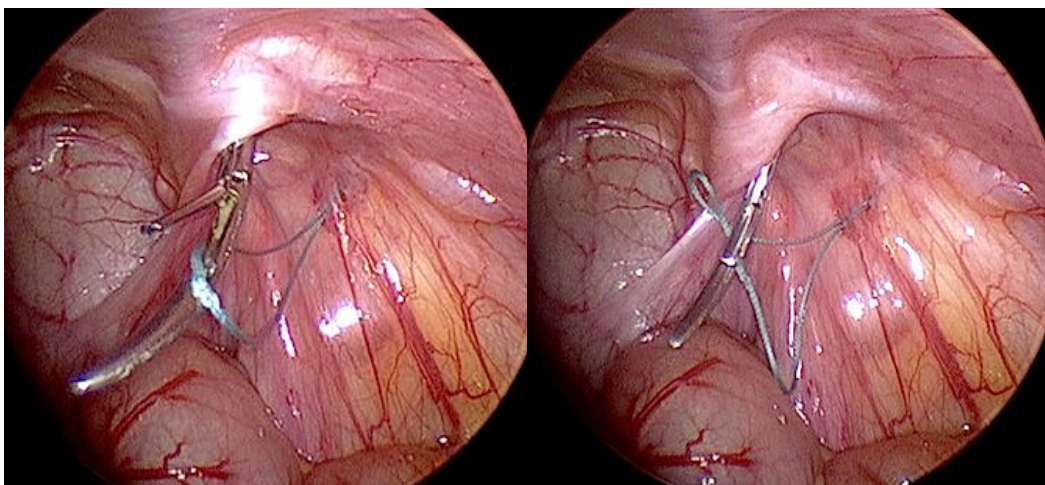


Рисунок 6. Этап захвата лигатуры в брюшной полости с помощью комбинированного инструмента.

Таким образом достигалась минимальная травматизация передней брюшной стенки в виде двух точечных проколов, что обеспечило хороший косметический результат (рис. 7).



Рисунок 7. Вид передней брюшной стенки мальчиков 2,5 и 4 лет после завершения внебрюшинной лигатурной герниорафии, выполненной в собственной модификации.

Средняя продолжительность односторонней герниорафии, выполненной таким способом, равнялась 4,5 минутам, двухсторонней - 6,5 минутам.

Суммарно после проведенных 261 операций рецидив ПГ отмечен у 2 пациентов мужского пола (0,8%). Осложнений в виде послеоперационного гидроцеле, гипотрофии яичка, воспалительных гранулем не было.

Таким образом, последовательные шаги по оптимизации лапароскопической методики лечения детей с ПГ обеспечили значительное упрощение технологии,

одновременно повысив её безопасность. Разработана оригинальная методика экстраперитонеальной видеоассистированной лигатурной герниорафии, которая может быть легко воспроизведена в условиях стандартного хирургического отделения и не требует дорогостоящего обеспечения. За счет простоты и малой продолжительности обеспечивается хорошая переносимость операции детьми всех возрастных групп. Из всех описанных в литературе способов видеоассистированная внебрюшинная лигатурная герниорафия в нашей модификации может считаться наименее травматичным видом вмешательства, дающим превосходный косметический результат. Следовательно, разработанную операцию можно рассматривать как метод выбора при лечении детей с паховыми грыжами.

Список литературы.

1. Васильев, В.И. К вопросу о ятрогенной обтурационной аспермии / В. И. Васильев // Тезисы 1-го конгресса Профессиональной ассоциации андрологов России, андрология и генитальная хирургия: приложение. - Москва. – 2001. - С. 72.
2. Котов, М. С. Сперматогенези влияние пахового грыжесечения на репродуктивную функцию / М.С. Котов, В.И. Подолужный, И.Н. Зайков// Медицина в Кузбассе, - 2008. - №1. – С. 3-6.
3. Щебеньков, М. В. Преимущества лапароскопической герниорафии у детей / М. В. Щебеньков // Вестн. Хирургии. -1997. - т.156. -№1. - С. 94-96.
4. Becmeur, F. A continuous series of 96 laparoscopic inguinal hernia repairs in children by a new technique / F. Becmeur, P. Philippe, A. Lemandat-Schultz et al. // Surg Endosc. – 2004. - Dec;18(12). – P. 1738-1741.
5. Giseke, S. A true laparoscopic herniotomy in children: evaluation of long-term outcome / S. Giseke, M. Glass, P. Tapadar et al. // J.Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. – 2010. - Mar;20. - (2). – P. 191-194.
6. Hansen, K.A. Infertility: an unusual complication of inguinal herniorrhaphy / K.A. Hansen, K.M. Eyster // Fertil .Steril. – 2006. - Jul;86. - (1). – P. 217-218.
7. Smith, E.M. Influence of vas deferens mobilization on rat fertility: implications regarding orchiopexy/ E.M. Smith, B.B. Dahms, J.S. Elder // J. Urol. – 1993. - Aug;150. - (2 Pt 2). - P.663-666.

8. Pryor, J. L. Injury to the pre-pubertal vas deferens. I. Histological analysis of pre-pubertal human vas / J. L. Pryor, S.E. Mills, S.S. Howards // J. Urol. – 1991. - Aug;146. - (2). – P. 473-476.
9. Matsuda, T. Serum antisperm antibodies in men with vas deferens obstruction caused by childhood inguinal herniorrhaphy / T. Matsuda, K. Muguruma, Y. Horii et al.// Fertil. Steril. – 1993. - May;59. - (5). – P. 1095-1097.
10. Matsuda, T. Diagnosis and treatment of post-herniorrhaphy vas deferens obstruction / T. Matsuda // Int. J. Urol. – 2000. – 7. – P. 35-38.

УДК: 616.61-003.7-089.81

## **Морфологические изменения почек при коралловидном нефролитиазе.**

**М.И. Коган<sup>1</sup>, А.В. Хасигов<sup>1,3</sup>, Д.Г. Пасечник<sup>2</sup>, И.И. Белоусов<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, кафедра урологии, г. Ростов-на-Дону, Россия (344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29), e-mail:dept\_kogan@mail.ru

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, Центральная научно-исследовательская лаборатория, г. Ростов-на-Дону, Россия (344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29).

<sup>3</sup>ГБОУ ВПО Северо-Осетинская государственная медицинская академия Минздрава России, кафедра хирургических болезней №2, г. Владикавказ, Россия.

Изучены морфологические изменения почек больных с коралловидным нефролитиазом на момент эндоскопической хирургии коралловидных конкрементов. Во всех случаях при морфологическом исследовании биоптатов выявлены различной степени патологические изменения паренхимы почки, которые могут быть предикторами развития ХПН у больных с коралловидным нефролитиазом. Оценка степени повреждения почечной паренхимы необходима для своевременного проведения нефропротективной терапии.

Ключевые слова: коралловидный нефролитиаз, биопсия почки, морфологические изменения паренхимы почки.

## **Morphological changes of renal staghorn nephrolithiasis.**

**M.I. Kogan, A.V. Hasigov, D.G. Pasechnik, I.I. Belousov**

Morphological changes in the kidneys of patients with staghorn nephrolithiasis at the time of endoscopic surgery staghorn calculi. In all cases, the morphological study of biopsy specimens revealed varying degrees of renal parenchyma lesions that may be predictors of chronic renal failure in patients with staghorn nephrolithiasis. Assessment of the extent of damage of the renal parenchyma is necessary for the timely implementation of renoprotective therapy.

Tags: staghorn nephrolithiasis, renal biopsy, the morphological changes of the renal parenchyma.

**Введение.** Одним из эффективных методов избавления больных от коралловидных камней почек является перкутанная нефролитотомия. Помимо хирургических способов, современное лечение коралловидного нефролитиаза (КН) должно быть сфокусировано также на оптимизации функций почек, предотвращении трансформации почечного поражения в хроническую болезнь почек (ХБП) и минимизации степени хронической почечной недостаточности (ХПН) [1, 6, 9, 12]. Одним из способов оценки риска развития ХБП является морфологическое исследование ткани почки. Однако, большинство работ, посвященные

патоморфологическим изменениям в почке при мочекаменной болезни (МКБ), основаны на изучении удаленных органов при запущенных и осложненных формах заболевания. Тем не менее, известно, что раннее выявление повреждения и перестройки различных структур нефрона могут быть предикторами риска развития ХБП и могут быть основанием для проведения нефропротективной терапии. В связи с этим изучение нефробиоптатов для оценки рисков развития почечной недостаточности у больных КН может иметь важный клинический интерес. [2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11].

**Цель исследования.** Изучить особенности морфологических изменений почек на момент оперативного лечения коралловидного нефролитиаза.

**Материал и методы исследования.** Объектами морфологического исследования послужили ткани пораженной почки, полученные путем интраоперационной (во время выполнения перкутанной нефролитотомии) чрескожной пункционной тонкоигольчатой биопсии. Забор материала осуществляли у 12 пациентов в стандартных интраоперационных условиях: пациентам после проведения регионарной анестезии, обработки операционного поля и инструментария выполняли чрескожную биопсию патологической почки под УЗИ-наведением в положении пациента на животе. Забирали два биоптата из почечной ткани с последующим выполнением основного этапа операции, не меняя положение больного на столе. Биоптаты фиксировали 10% забуференным нейтральным формалином с последующей заливкой в парафиновые блоки по классической методике, Срезы окрашивали гематоксилином-эозином, ШИК реакцией по Хочкиссу и трихромовой окраской по Массону для оценки фиброза интерстиция с последующим изучением и фотографированием под микроскопом.

Морфологические изменения в биоптатах анализировали в зависимости от поражения различных сегментов нефрона, интерстиция почки и сосудов. Степень фиброза интерстиция оценивали полуколичественно: Т0 – отсутствие фиброза, Т1 до 25% площади биоптата, Т2 от 26 до 50% площади биоптата, Т3 свыше 51% площади биоптата. Степень выраженности гломерулосклероза характеризовали как процент тотально гиалинизированных клубочков к их общему количеству в биоптате. Под ремоделированием сосудов понимали перестройку стенки сосудов с изменением параметров сосудистой морфологии (просвет, толщина стенки (медии, интимы), соотношение просвет/стенка). Были выделены три формы ремоделирования - гипертрофическую, эуτροφическую, гипотрофическую, в каждом случае учитывали уменьшение или увеличение просвета сосуда.

#### **Результаты и обсуждение.**

В 6 наблюдениях отмечены изменения, характерные для начальной стадии фокального



сегментарного гломерулосклероза (Рис.1). Стенки капилляров клубочка имели неравномерное утолщение, преимущественно в зоне его рукоятки. Отмечалась адгезия отдельных капиллярных петель между собой. Мезангиум незначительно расширен. В 4 наблюдениях отдельные клубочки были на стадии тотального гиалиноза. В 3 наблюдениях определялся перигломерулярный фиброз. В одном биоптате имелся выраженный отек мочевого пространства капсулы Боумена с коллабированием капиллярной сети. Возможно, эти изменения связаны с образованием «атубулярных» клубочков с последующим коллапсом и гиалинозом их, а также атрофией нефронов (Рис. 2).

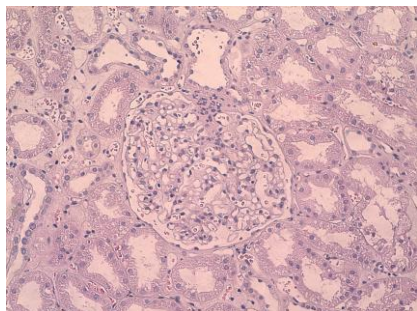


Рисунок 1 - Начальные признаки ФСГС: неравномерное утолщение стенок капилляров клубочка, преимущественно в зоне его рукоятки. Слабо выраженное расширение мезангиума. Адгезия отдельных капиллярных петель между собой. Окраска гематоксилином-эозином. Ув.х200.

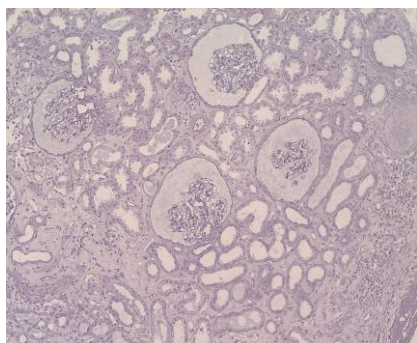


Рисунок 2 - Клубочки сближены. Выраженный отек мочевого пространства капсулы Боумена с коллабированием капиллярной сети. Умеренная эктазия просвета дистальных извитых канальцев. В отдельных канальцах признаки повреждения и атрофии эпителия. Умеренный фиброз интерстиция со слабо выраженной лимфо-гистиоцитарной инфильтрацией. Окраска гематоксилином-эозином. Ув. х 100.

Во всех наблюдениях в извитых канальцах и корковых собирательных протоках выявлялись дистрофические изменения эпителия различной степени выраженности, в отдельных структурах – апоптоз групп клеток (Рис. 3). В 6 случаях отмечена эктазия просвета преимущественно дистальных извитых канальцев и собирательных протоков, как в корковом, так и мозговом веществе, причем в 4 наблюдениях встречалась микрокистозная трансформация отдельных канальцев и протоков. В 2 наблюдениях в просветах прямых канальцев и собирательных протоков мозгового вещества имелись глобулярного вида микрокальцинаты (Рис. 4,5).

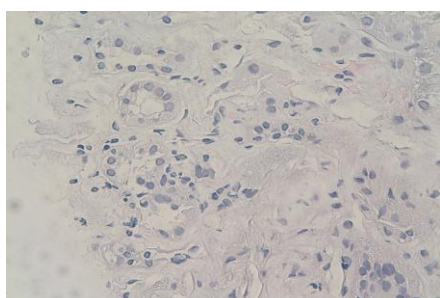


Рисунок 3 - Дистрофические изменения эпителия дистальных извитых канальцев и собирательных протоков коркового вещества. Апоптоз групп клеток. Окраска гематоксилином-эозином. Ув.х400.

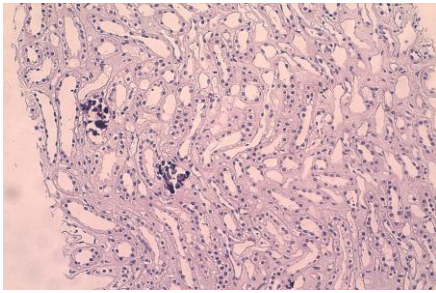


Рисунок 4 - Кальцинаты в просвете собирательных протоков. Очаговая атрофия эпителия прямых канальцев. Умеренная эктазия просветов канальцев и протоков. Окраска гематоксилином-эозином. Ув.х100.

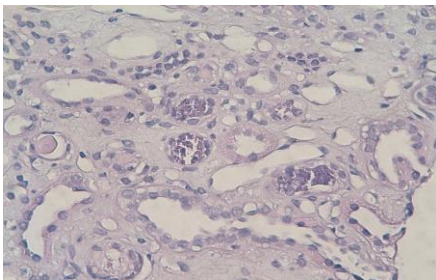


Рисунок 5 - В просвете прямых канальцев – микролиты (глобулярные белковые массы с включениями кальция). Окраска гематоксилином-эозином. Ув.х400.

В 7 наблюдениях в мозговом веществе пирамид отмечались признаки бесклеточного фиброза и гиалиноза интерстиция, степень фиброза соответствовала T1-T2 (Рис. 6), и только в одном наблюдении достигала уровня T3. Гиалиноз и фиброз интерстиция сопровождался атрофией эпителия прямых канальцев, собирательных и выводных протоков, в двух наблюдениях достигавшей уровня «тиреоидизации». Фиброз интерстиция коркового вещества почки встретился в 5 биоптатах, в 4 - он соответствовал T2 степени, в одном - T1. Кроме того, в 4 наблюдениях встречались субкапсулярно расположенные мелкие рубцы, представляющие собой фокусы выраженного фиброза интерстиция с умеренно выраженной лимфо-гистиоцитарной инфильтрацией, атрофией эпителия канальцев вплоть до их исчезновения и замещения рубцовой тканью (Рис. 7). В 3 наблюдениях фиброз интерстиция сочетался с дезорганизацией структуры канальцев и протоков. В этой зоне базальная мембрана и просвет канальцев и протоков отсутствовали, клетки приобретали вытянутую форму, с крупными гиперхромными ядрами (Рис. 8). Данные изменения оказались фенотипически сходными с описываемым в литературе эпителиально-мезенхимальным переходом, являющимся одной из причин прогрессии почечного фиброза.

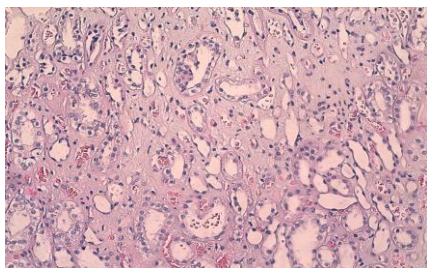


Рисунок 6 - Бесклеточный фиброз и гиалиноз стромы пирамиды, умеренная эктазия собирательных протоков, атрофия прямых канальцев (петля Генле) и собирательных протоков. Окраска гематоксилином-эозином. Ув. х200.



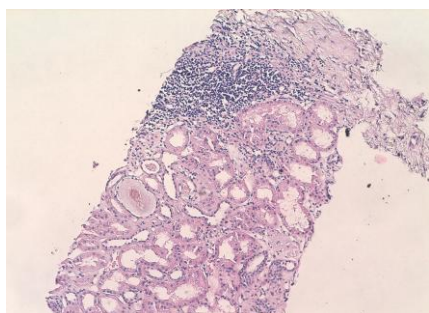


Рисунок 7 - Под фиброзной капсулой почки фокус выраженной лимфогистиоцитарной инфильтрации интерстиция. Вокруг – дистрофические изменения эпителия извитых канальцев. Атрофия эпителия собирательных протоков, единичная микрокиста из собирательного протока. Окраска гематоксилином-эозином. Ув. x100.

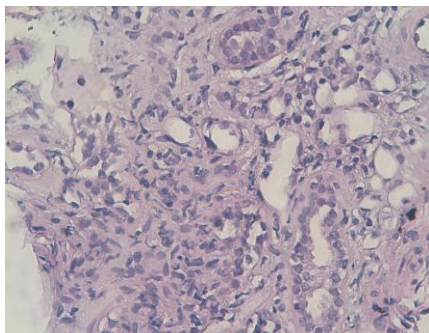


Рисунок 8 - Фокус атрофии и дезорганизации структуры канальцев и протоков. В этой зоне базальная мембрана и просвет канальцев и протоков отсутствует, клетки приобретают вытянутую форму, с крупными гиперхромными ядрами. Количество внеклеточного матрикса (интерстиция) увеличено. Окраска гематоксилином-эозином. Ув. x 400.

Гипертрофический тип ремоделирования аркадной и междольковых артерий встретился в 4 наблюдениях, он сопровождался фиброэластозом интимы, очаговым фиброзом меди, просвет сосудов был сужен незначительно (Рис. 9). Гиалиноз приносящих и перитубулярных артериол выявлен в 4 биоптатах. В одном наблюдении в биоптат попала ткань почки в зоне, прилежащей к конкременту. В этом участке наблюдалось перифокальное смешанное экссудативно-продуктивное воспаление, единичные гигантские клетки типа инородных тел, грубоволокнистая фиброзная ткань, участок плоскоклеточной метаплазии уротелия (Рис. 10,11). В вершине пирамиды – фокусы кальцинатов, окруженные рубцовой тканью. Перифокально некроз ткани пирамиды.

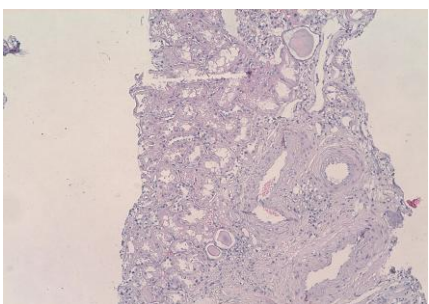


Рисунок 9 - Аркадная и междольковые артерии – гипертрофия меди, утолщения и фиброэластоз интимы. Микрокистозная трансформация отдельных протоков и канальцев. Окраска гематоксилином-эозином. Ув. x100.

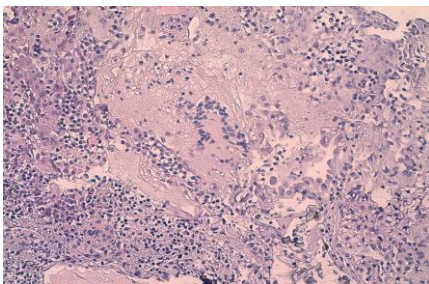


Рисунок 10 - Ложе камня – выраженная полиморфноклеточная инфильтрация (нейтрофильные лейкоциты, лимфоциты, макрофаги). Гигантская клетка типа «инородных» тел. Окраска гематоксилином-эозином. Ув. x400.

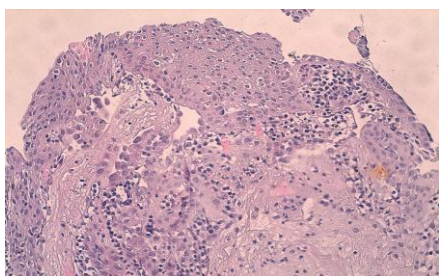


Рисунок 11 - Ложе камня. Фокус плоскоклеточной метаплазии уротелия лоханки. Окраска гематоксилином-эозином. Ув. х400.

**Заключение.** Таким образом, в биоптатах почек у пациентов с КН преобладают изменения, связанные с различной степенью выраженности фиброза интерстиция преимущественно мозгового вещества и пирамид почки, сочетающиеся с повреждением и атрофией эпителия канальцев и протоков. В сосудах наблюдаются признаки гипертрофического типа ремоделирования артерий резистивного типа, гиалиноз артериол, что может быть связано с развитием у пациентов артериальной гипертензии. В клубочках - начальные признаки фокального сегментарного гломерулосклероза вторичного сосудистого генеза.

Выше приведенные морфологические признаки почечного поражения могут быть предикторами развития ХПН у больных с КН, что позволяет рекомендовать проведение биопсии почек при ПНЛ у больных КН. Однако при проведении биопсии важно понимать, что изменения в почке при КН носят очаговый характер, и степень выраженности склеротических и воспалительных процессов в разных участках почек может существенно различаться. Поэтому при проведении процедуры биопсии важно избегать пункции явных зон рубцевания, чтобы исключить ошибочную трактовку процесса как конечную стадию ХБП.

#### **Список литературы.**

1. Асфандияров, Ф.Р., Абдулхакимов Э. Р. Микроциркуляторное русло почек при мочекаменной болезни по данным лазерной доплеровской интраоперационной флоуметрии и морфологического исследования // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2008. - № 1. - С. 26-28.
2. Глыбочко П. В., Россоловский А. Н., Гражданов Р. А. и др. Клеточно-молекулярные механизмы повреждения мочевыводящих путей при обострении хронического калькулезного пиелонефрита // Медицинский вестник Башкортостана. - 2011.- Т. 6, №2. - С. 55 - 59.
3. Bosch J.P., Saccaggi A., Lauer A. Renal functional reserve in humans // Amer J. Med. – 1983. - 75. – P. 943-950.

4. Brian R. Lane, Poggio Emilio D., Herts Brian R.. Renal Function Assessment in the Era of Chronic Kidney Disease: Renewed Emphasis on Renal Function Centered Patient Care // J.Urol. (Baltimore). – 2009. – №8. – P. 435-443.
5. Brenner B.M., Levin S. A. Approaches to remission and regression of chronic renal diseases // J. Nephrol. – 1999. – №3. – P. 81-83.
6. Canes D., Hegarty N. J., Kamoi K. Functional outcomes following percutaneous surgery in the solitary kidney // J. Urol. – 2009. – 181(1). – P. 154-60.
7. Gambaro G. A., Favaro S., D'Angelo. Risk for renal failure in nephrolithiasis // Am. J. Kidney Dis. – 2001. – Vol. 37, suppl. 2. – P. 233-243.
8. Lane B.R., Poggio E.D., Herts B.R., Novick A.C. Renal function assessment in the era of chronic kidney disease: renewed emphasis on renal function centered patient care // J. Urol. – 2009. – Vol. 182 N 2. – P. – 435-43.
9. Leiske J. C., Toback F. G. Renal cellular crystal interaction // Curr Opin Nephrol Hypertens. – 2000. – 9. – P. 349.
10. Moskovitz B., Halachmi S., Sopov V. Effect of percutaneous nephrolithotripsy on renal function: assessment with quantitative SPECT of (99m)Tc-DMSA renal scintigraphy // J. Endourol. – 2006. – 20 (2). – P. 102-106.
11. Shen P. The influence of percutaneous nephrolithotomy on human systemic stress response, SIRS and renal function // Urol. Res. – 2010. – 38(5). – P. 403-408.
12. Wynn T. Cellular and molecular mechanisms of fibrosis // J. Pathol. – 2008. – Vol. 214. – P. 199-210.

УДК: 616:617:618.-053.2-07-087

ББК 56.9.

ДОСТИЖЕНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ АНДРОГИНЕКОЛОГИИ – ОСНОВА  
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ И СЕКСУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА. НАУКА О ПОЛЕ.

Окулов Алексей Борисович, профессор, док. мед. наук, зав. отделом детской хирургии НИЦ  
ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, Москва, e-mail: [okulov20@yandex.ru](mailto:okulov20@yandex.ru),

Негмаджанов Баходур Болтаевич, профессор, док. мед. наук, зав. кафедрой акушерства и  
гинекологии Самаркандского Медицинского института Минздрава Республики Узбекистан,  
Самарканд., e-mail: [bakhodurneg@gmail.com](mailto:bakhodurneg@gmail.com)

Ахмина Наталия Ивановна, профессор, док. мед. наук, кафедра неонатологии ГБОУ ДПО  
РМАПО Минздрава России, Москва, [okulov20@yandex.ru](mailto:okulov20@yandex.ru)

Окулов Евгений Алексеевич, канд. мед. наук, вед. н.с. отделения общей хирургии НИИ  
детской хирургии ФГБНУ НЦЗД Минздрава России, Москва, [shark1@pochta.ru](mailto:shark1@pochta.ru)

Корреспондентский почтовый адрес: 117639, Москва, ул. Чертановская, дом № 1 «В», кор. 1,  
кв. 8

Аннотация.

В работе обобщён опыт лечения детей с различными формами нарушения репродуктивной системы; сделан акцент на допускаемые ошибки во врачебной практике, которые определяют в перспективе развитие снижение фертильности человека и усугубление демографического кризиса в стране. Обоснована необходимость развития педиатрической андрогинекологии как специальности, и представлены пути и трудности её становления. Дискутируется вопрос о возрастном цензе выбора половой принадлежности пациента, появившегося на свет с нарушением строения наружных гениталий. Определены границы и содержание достаточно нового направления исследований – «Наука о поле», подчёркнута его мультидисциплинарность и трудности подготовки специалиста, которая носит индивидуальный «штучный» характер. Выделена необходимость унифицированного подхода к терминологии в детской андрогинекологии, ибо ошибочные формулировки ведут к выбору неправильных решений и действий, отрицательные результаты которых проявятся спустя многие годы.

Ключевые слова: педиатрическая андрогинекология; профилактика репродуктивной недостаточности; профилактика сексуальной недостаточности; пациенты старшего возраста;

наука о поле; феминизирующая пластика; маскулинизирующая пластика; однополые браки; маммология; мастэктомия; деонтология; история; Ветхий завет.

ACHIEVEMENTS OF PEDIATRIC ANDROLOGY/GYNECOLOGY AS THE FOUNDATION FOR PREVENTION OF REPRODUCTIVE AND SEXUAL FAILURE OF ADULT PATIENTS. THE SCIENCE ABOUT HUMAN SEX.

A.B. Okulov\*, prof., MD, Department of Pediatric Surgery Russian Academy of Postgraduate Medical Education, Moscow, Russian Federation [okulov20@yandex.ru](mailto:okulov20@yandex.ru), \* 117639, Moscow, Chertanovskaya str, № 1 «В»-1-8, Tlf: 8 9166791900

B.B. Negmanjanov, , prof., MD, Chair of Obstetrics &Gynecology (Samarkand Medical Institute (Uzbekistan Ministry of Health Care), Uzbekistan, Samarkand. [bakhodurneg@gmail.com](mailto:bakhodurneg@gmail.com)

N.I. Akhmina, prof., MD, Chair of Neonatology (Russian Academy of Postgraduate Medical Education, Moscow, Russian Federation [okulov20@yandex.ru](mailto:okulov20@yandex.ru)

E.A. Okulov, MD. Research Institute of Pediatric Surgery, Federal State Budgetary Institution “Scientific Center of Children Health” (Russian Ministry of Health Care), Moscow, Russian Federation, e-mail: shark1@pochta.ru

Abstract.

Authors summarize the experience of management of children with different disorders of reproductive system and emphasize typical mistakes of practitioners, leading in future to decreased human fertility and to deterioration of demographical problems in Russia. Necessity of pediatric andrology/gynecology development as special area of medicine is proved and problems of its establishment are discussed. Authors bring up debatable issue about age qualification for choice of sex in patients born with malformations of externalia. Borderlines and content of new research area – science about human sex – are determined with emphasizing of its interdisciplinary character and problems of professional education which is in prevalence individual. Necessity of terminological unification in pediatric andrology/gynecology is emphasized because inaccurate terms lead to erroneous decisions and actions with long-term sequels.

Key words: pediatric andrology/gynecology; prevention of reproductive and sexual failure; aged patients; the science about human sex; feminizing plastic surgery; masculinizing plastic surgery; same-sex marriage; mammology; mastectomy; deontology; Old Testament.

Мы, проживающие в удивительные времена конца XX и начала XXI веков, конца II и начала III миллениумов, стали свидетелями, а то и участниками небывалого прогресса во многих сферах жизни. Наряду с развитием нанотехнологий и туристских полётов в космос, особые чувства гордости вызывают открытия в биологии и медицине. Вместе с тем нельзя не отметить и некоторую асимметрию развития. С одной стороны, можно и нужно восхищаться многочисленными и разнообразными достижениями биотехнологий, с другой — все более заметное отставание в тех разделах науки, которые, по сути, являются приоритетными и с позиций биологии, и медицины, и социологии, и даже философии и политики. Речь идет об изучении развития и становления репродуктивной системы человека, а также растущего числа заболеваний её органов. Большая часть из них влечет за собой ограничения выполнения основной видовой миссии человека - снижение фертильности. В нашей стране эта проблема имеет особое значение, поскольку Россия находится в очередном демографическом кризисе, в основе которого лежат разнообразные обстоятельства. Даже средства массовой информации в этом отношении играют нередко отрицательную роль. Однако центральное место отводят медико-биологическим факторам, в частности, бесплодию, одной из причин которого являются приобретенные, но чаще врожденно-наследственные поражения репродуктивной системы. Иначе говоря, многие формы нарушения репродукции взрослого человека корнями уходят в детство, а точнее в пренатальный онтогенез. Здесь невольно всплывают в памяти мысли, высказанные в своё время выдающимся педиатром, нашим современником, ленинградцем – блокадником профессором Воронцовым Игорем Михайловичем (1935 – 2007): «...сохранение здоровья детей – первая линия обороны государства».

В настоящей работе обобщён опыт наблюдения и лечения, в том числе хирургического, десятков сотен подобных больных, полученный нами на базе клинических больниц и научных центров. Этот опыт позволяет утверждать, что в повседневной лечебной практике детских врачей встречи с проблемами реально существующей педиатрической андрогинекологии происходят непрерывно. К тому же эта область буквально насыщена неотложными состояниями, которые, будучи нелечеными или неправильно лечеными, грозят снижением фертильности, развитием репродуктивной и сексуальной несостоятельности пациентов в перспективе их развития. Выделение педиатрической андрогинекологии – необходимая мера, которая соответствует в настоящее время специфике развития отечественной педиатрии и, в частности детской хирургии. Она (специфика) заключается в том, что детские хирурги оказывают на паритетной основе андрологическую помощь

мальчикам и гинекологическую девочкам, особенно в ургентных ситуациях.

Интересные данные приводит профессор Казанская И.В. (2010) о том, что 67% операций, проводимых детскими хирургами и детскими урологами, приходится на органы репродуктивной системы и лишь 33% - на органы мочевыводящей системы. Главный детский гинеколог России профессор Уварова Е.В. (2011) подчёркивает, что только 50% девочек получают специализированную помощь, оказываемую детскими гинекологами, а 40% - помощь детские хирурги, общие гинекологи и даже общие хирурги – оставшимся 10% девочек.

Наша работа в области репродуктологии тесно связана со многими именами, но, прежде всего с именем замечательного гинеколога-эндокринолога старшего научного сотрудника Института эндокринологии и химии гормонов (в настоящее время эндокринологического научного центра МЗ РФ) кандидата медицинских наук Голубевой Ирины Вячеславовны – одного из основоположников создания «Науки о поле». Человек энциклопедических знаний, насыщенный светящейся любовью к людям, пронизанный идеями настоящего гуманизма, Ирина Вячеславовна, озабочась трудным положением людей, страдающих транссексуализмом, первой в нашей стране в начале семидесятых годов прошлого века выполнила 9 операций по смене пола. У части больных, страдающих женским транссексуализмом, Ирина Вячеславовна провела эти операции совместно с кандидатом медицинских наук, заведующим урологическим отделением Московской городской больницы №67 (в настоящее время больница получила имя легендарного детского хирурга, Главного врача городской детской больницы №13 им. Филатова Н.Ф., начальника Главного управления здравоохранения Мосгорисполкома Ворохобова Л.А.) Симовским Р.С.

Нам посчастливилось сотрудничать с Ириной Вячеславовной с 1976 г до дня её неожиданной и нелепой кончины (она погибла под колесами электрички, спеша в клинику на утренний обход и последующую операцию в 1986). Несколько лет совместной работы и трудных дискуссий позволили нам определить границы и содержание нового направления исследований, охарактеризовав его как «Развитие науки о поле», паритетно изучающего мужскую и женскую половые сферы, подчеркнув при этом мультидисциплинарность направления и трудности подготовки специалистов в этой области, которая фактически носит индивидуальный («штучный») характер.

В концентрированном виде содержание и границы «Науки о поле» выглядят следующим образом: - это паритетное изучение мужчины и женщины; ее составляющими частями служат андрология, гинекология, раздел психиатрии, изучающий сексологию, психология, клиническая генетика, раздел эндокринологии, исследующий гормональную и



репродуктивную функцию половой сферы, раздел хирургии, занимающийся исправлением ее анатомических нарушений; рассматриваются некоторые онкологические вопросы, связанные, прежде всего, с гормонально зависимыми опухолевыми превращениями, в том числе злокачественного характера в молочной железе, предстательной железе, которые провоцируются нарушением функции половых желез; с этих же позиций изучаются эволюционные (особенности становления пубертатного периода) и инволюционные (особенности климактерического периода) процессы у обоих полов.

Естественно возникла необходимость выделения детского раздела, т.е. педиатрической андрогинекологии с определением его предмета и задач.

В настоящее время мы трактуем этот раздел следующим образом: педиатрическая андрогинекология – это специфическая область педиатрических знаний о возрастных анатомо-физиологических особенностях нормы и патологии репродуктивной системы растущего организма мужского или женского пола, а также различных аспектов формирования настоящих и возможных будущих расстройств половой сферы, сказывающихся на всех прокреационных и рекреационных проявлениях взрослого индивидуума.

(прокреация – воспроизводство - конечная задача половой сферы в биологическом плане; рекреация – комплекс поведенческих проявлений сексуальности, отличающихся эмоциональной насыщенностью).

Название раздела можно обсуждать, ибо, по сути, речь идёт о педиатрической, т.е. детской репродуктологии. Эти два слова мало сочетаемы, более того их совместное произношение вызывает недоумение у слушателей. Учитывая высказанное, мы остановились на определении: педиатрическая андрогинекология.

Был дан ряд других формулировок, в том числе в отношении термина «Пол», уточнены некоторые его параметры. Удивительно, но чёткого определения понятия «пол» в лингвистических справочниках нет, как и в энциклопедических словарях. В биологических словарях это слово связывают с описанием хромосом, что не является главным в определении признаков пола. Примеров тому много. Так, при «чистой агенезии гонад» фенотип и пол воспитания женские, а кариотип мужской 46, XY. Таким же примером может служить полная форма синдрома Морриса (синдром тестикулярной феминизации): фенотип и пол воспитания женские, а кариотип также мужской 46, XY. Альтернативным примером может служить синдром Де ля Шапелля (синдром 46, XX – мужчины): фенотип и пол воспитания мужские, а кариотип женский 46, XX. А к какому полу отнести ребёнка с синдромом Шерешевского – Тёрнера, у которого кариотип 45, X?



Всё изложенное лишней раз свидетельствует о том, что наука о поле только в начале пути своего развития. Это особенно важно понять в наше время «запутанных гендерных отношений». Совсем недавно «относительно разобрались» с этим вопросом в спортивной области, в спортивной медицине. Но теперь эта проблема «выросла до уровня политики», до «области межгосударственных отношений», а это затрагивает интересы уже десятков миллионов людей. Я имею здесь ввиду проблему однополых браков и всё, что с этим связано. Более двух десятков стран, начиная с Нидерландов (с 1 апреля 2001 года), включая Францию (с 24 апреля 2013), и список продолжает расти, приняли законы об их легализации. Как здравомыслящие люди, как врачи, мы понимаем всю абсурдность и тупиковость этого действия с позиции выполнения основной видовой миссии человека, но допускаем, что в основе этого явления у части людей лежит наследственный фактор (возможно 5%, а может быть и более). В настоящее время с какой-то особой лёгкостью высокопоставленные чиновники, даже министры, относят себя к лицам с нетрадиционной сексуальной ориентацией. Создаётся впечатление, что это стало, чуть ли не модным трендом, а то и паролем для проникновения в высшие круги власти. Стоит отметить и то, как было подчёркнуто в одной из телевизионных передач с участием защитника прав детей в нашей стране Астахова П., что в школах Западной Европы, особенно в Скандинавских странах, рекомендуют, а то и заставляют детей с раннего возраста не подчёркивать свою половую принадлежность до периода социальной зрелости и только тогда самому выбрать форму своего дальнейшего «полопроживания». И ещё одно удручающее обстоятельство. Не говоря о том, что святое дело усыновления или удочерения детей - сирот превращают в бизнес. При выборе из большого числа претендентов на усыновление или удочерение предпочтение отдают семьям с однополыми родителями. В прошлом веке гомосексуализм в нашей стране изучали по учебнику психиатрии. Одновременно в Уголовном кодексе страны существовала статья, по которой предусматривался значительный срок «за мужеложство» и некоторые конкретные известные люди отбывали конкретные сроки наказания. Сразу возникал вопрос: «Почему гомосексуализм изучается по учебнику, а «лечится» тюремным наказанием»?

Оказывается эта проблема была известна давно. И очень важно, чтобы все поколения, в том числе и наше, знало, что говорится в апостольских книгах об этом, «чтобы каждый искренний человек знал волю Божию и как ему вести себя». И Апостол Павел писал верующим в Ефесе о грехах, существующих в мире ..., «что они делают тайно, стыдно и говорить» (Ефессянам 5:12). И в книге Бытие (1:27, 28). И к Римлянам (1:19 - 32). Доходчивее всего эта проблема изложена в Ветхом Завете: «Не ложись с мужчиною, как с женщиною: это мерзость. И ни с каким скотом не ложись, чтоб излить семя и оскверниться от него; и

женщина не должна становиться перед скотом для совокупления с ним: это гнушно. Не оскверняйте себя ничем этим ... соблюдайте постановления Мои и законы Мои и не делайте всех этих мерзостей ... чтобы и вас не свергнула с себя земля...» (Левит 18:22 – 28).

В настоящее время смена пола в любом возрасте осуществляется, естественно, по строгим медицинским показаниям с участием многих специалистов. Окончательное решение о смене пола на основании экспертных заключений принимает только суд, что требует чётких определений и формулировок. В нашем понимании (результат длительных дискуссий с участием Голубевой И.В.) пол – это единое, многокомпонентное понятие, представляющее совокупность биологических и социальных особенностей, обуславливающих определенную роль индивидуума в обществе.

Здесь нельзя не вспомнить талантливейшего детского эндокринолога, оставившего заметный след в своей специальности, кандидата медицинских наук доцента Матковскую (Макарову) Аллу Николаевну. Её участие в работе и дискуссиях, свободное владение несколькими иностранными языками во многом расширило наш междисциплинарный кругозор.

Считаем возможным привести следующий любопытный факт. Одному из нас, как консультанту 4-го Главного Управления МЗ, приходилось оказывать хирургическую помощь детям и внукам чиновников различного уровня, в том числе Министров, в частности Министра путей сообщения. После окончания работы, а операция у внука была типичной и не представляла большой сложности, Министр, пренебрегая правилами и традициями и нарушая инструкции, данные нам начальством устно, решил познакомиться с хирургами лично. Собеседование оказалось насыщенным и касалось многих, в основном, медицинских тем, в том числе и непредвиденным: о транссексуализме и о положении этих тяжело больных людей в нашем гражданском обществе. Результат порадовал нас приятной неожиданностью. Первые сообщения о транссексуализме в СМИ появились в газете «Гудок»(№268(19803) 22 ноября 1990г., затем в газете «Куранты» №71(86) 16 апреля 1991 под удачным названием, взятого из письма одного из наших пациентов «...чтобы душа и тело слились воедино...», и в др. СМИ, в том числе и «жёлтой». В этом же году Санупром Министерства путей сообщения было ниспущено указание о выделении двух койко-мест в ЦКБ МПС №1 в отделении плановой хирургии (заведующий - кандидат медицинских наук Гусев Е.Ю., затем доктор медицинских наук Бондаренко В.О.) для госпитализации больных, готовящихся стать мужчинами, и двух койко-мест в ЦКБ № 4 в отделении гинекологии (заведующий – кандидат медицинских наук Юсим Е.М.) для госпитализации больных, готовящихся стать женщинами. Этим решением было облегчено прохождение пути больного от психиатрической службы, где комиссионно после экспертной оценки устанавливают диагноз: «Транссексуализм», до

хирургической, которая и позволяет, в конце концов, больному адаптироваться в избранном новом поле. Да и нам стало удобнее планировать свою работу. Назовём ещё одно обстоятельство, которое подчёркивает трудности развития упомянутой темы и её адекватной адаптации в обществе. В работах, посвящённых транссексуализму, подчёркивают, что страны, в которых разрешены эти операции, а ргіоті относят к цивилизованным, а медицинские коллективы, которые осуществляют эти операции, - к интеллектуальным. Такая оценка представляется уместной, поскольку в нашей стране, да и не только в нашей, отдельные муниципальные администраторы, организаторы здравоохранения, главные врачи, отдельные юристы, не говоря о некоторых «власть медицинскую предержажших», до настоящего времени не признают проблемы, чем обрекают пациентов на «долгие хождения по мукам». Правда, попытки донести суть страдания до основной части населения всё-таки были, но начались они относительно недавно. В 90-е годы прошлого века Влад Листьев в своей телевизионной программе «Тема» организовал серьёзную передачу «Революция тела». В неё он пригласил известного психиатра Бухановского А.О, именитого челюстно-лицевого хирурга Вульфа С.Л. и в качестве пластического хирурга Окулова А.Б. Дискуссия была интересной. Об этом можно было судить по реакции общественности, в том числе врачебной, и многочисленным положительным откликам, в том числе письменным. С таким же успехом прошли программы с нашим участием на 1 и 2 каналах телевидения, ТВЦ и вновь на НТВ. Мы принципиально при этом отказывались от участия в программах, условно называемыми в народе «жёлтыми». Известно, что кроме неправильных заключений о поле и его смены, они несут в общество и большую долю безнравственности.

В принципе нам не приходится «жаловаться» на отсутствие интереса к сложной теме и нашему труду в этой области со стороны СМИ. Об этих исследованиях писали газеты: «Правда», «Комсомольская правда», «Московский комсомолец», «Московская правда», «Медицинская газета», «Вечерний Волгоград», Самарская газета «Яблоко», как упоминалось ранее газеты «Гудок» и «Куранты», «The Moscow Times», «Die erste in Deutschland russischsprachige Herrenzeitung Muschskie Sabawy (июнь 6 (10) 2008, стр.30) и др. Не обошли нас вниманием и журналы «Огонёк», «Он и она», «Страна и мы» (2004, №1, С.62 – 63), а также французский журнал VSD (1992, №770, p.80, du 16 au 20 juillet), изложивший наши принципы диагностики транссексуализма, подготовки пациента к маскулинизирующей и феминизирующей хирургической пластике, в зависимости от установленного пола, и проследивший судьбу некоторых из этих пациентов, в том числе свадьбу и её результаты двух транссексуалов. Мужем стала бывшая женщина, а женой – бывший мужчина.

В связи с изложенным, могут возникнуть многие вопросы, но главным из них будет вопрос

о том, каким образом детские хирурги стали заниматься сложнейшими вопросами смены пола не только у детей, но и у пациентов репродуктивного возраста, в том числе и хирургической его частью? Можно объяснить это следующим: во-первых, кафедра детской хирургии РМАПО (заведующий - академик Долецкий С.Я.), на которой работал один из нас сначала ассистентом, затем доцентом, занималась проблемами нарушения формирования пола у детей с 1962 года. Результатом работы явилась защита кандидатской диссертации в 1965 году Рейно У.А.. Этой темой по поручению Долецкого С.Я. стал заниматься один из авторов настоящей работы с 1968 года, продолжает ею интересоваться и сейчас; во-вторых, с 1976 года мы стали сотрудничать с Голубевой И.В., имеющей к этому времени неоспоримый авторитет в изучении трудной темы и опыт оперативной работы, в том числе проведения секстрасформирующих операций; в-третьих, среди транссексуалов, проходящих через наши руки, оказалось более 10 человек в возрасте 18 – 19 лет; последний аргумент – это глубокое понимание и сострадание этим людям, большинство из которых имели суицидальные мысли и соответствующие намерения часть из них их осуществила, но была спасена; в основе такой ситуации лежало всё тоже непонимание окружающих их людей, в том числе родственников, непонимание того, что такое заболевание существует, что в комплексе и создавало у пациентов острое ощущение безысходности. Трудности остаются и у специалистов. В настоящее время, период становления нашего правового государства, реализовать свои знания и возможности в области секстрасформирующих операций юридически очень сложно. Не отработан до конца пакет обязательных документов для смены пола. Очень трудно применить свои знания в тех ситуациях, когда необходимо использовать ряд пластических операций. Например, для лечения пациентов, страдающих женским или мужским транссексуализмом, нужно иметь, как минимум, три сертификата: маммолога (для удаления молочных желёз или их эндопротезирования), гинеколога (для удаления матки, её придатков, влагалища или создания искусственного влагалища), андролога (для удаления кавернозных тел полового члена, яичек, гланулопластики или создания искусственного полового члена и проведения тестикулярного эндопротезирования).

При консультировании известного документалиста - художника профессора ВГИКА Резникова Е.И., режиссёр Демидова Е. создала фильм под названием «Мужской вектор», который на одном из открытых фестивалей «Соль земли» в Самаре в 2011 г. занял призовое место (Рис. №1) .



Рис № 1. Диплом номинанта

В связи с принятием в Германии закона о сроках установления и особенностях присвоения юридического пола ребёнку с отклонениями в строении гениталий и сложностями формирования его психосексуальной ориентации, «Радио Кёльн» провело с нами интервью в начале марта 2014 года. По неподтверждённым данным, передача состоялась 9 апреля 2014г.

С момента выхода нашего первого руководства («Хирургические болезни репродуктивной системы и секстрасформирующие операции». Руководство для врачей. Изд. «Медицина», 2000г.) прошло более 10 лет. Многое изменилось.

К первым обобщающим работам в области андрогинекологии добавились интересные сообщения психиатров. В частности, Бухановского А.О. и Ковалёва А.И.. В становлении Бухановского А.О., как специалиста в области транссексуализма, сыграла большую роль Голубева И.В., заметив его и его доклад среди выступающих на одной из конференций, посвященной транссексуализму. Это было тогда, когда Александр Олимпиевич был ещё ассистентом кафедры. К сожалению, медицина понесла невосполнимую утрату в связи с

уходом из жизни Бухановского А.О. выдающегося специалиста, последовавшего 18 апреля 2014 г. В этом же ряду отметим работы интересного психиатра - нейроэндокринолога и глубокого психоаналитика Белкина А.И., известного московского психиатра профессора Кибрика Н.Д.

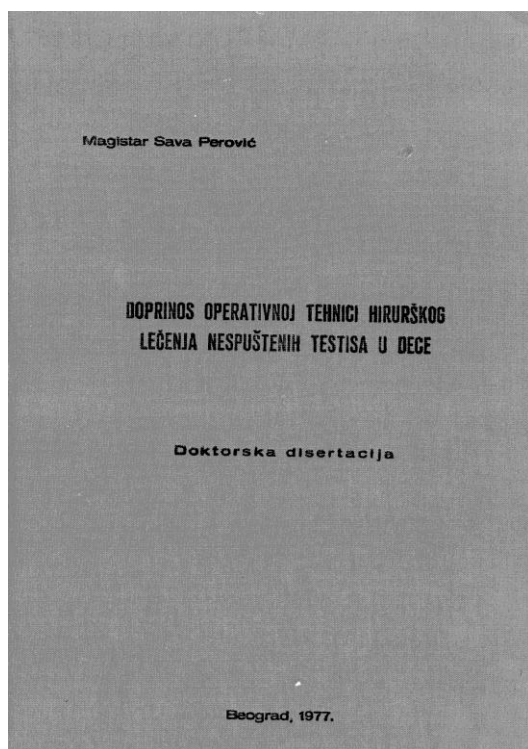
Почти одновременно с нашим руководством опубликован содержательный труд Миланова Н.О., Адамяна Р.Т., Козлова Г.И. «Коррекция пола при транссексуализме» (1999).

Появились новые коллективы в Москве, в частности, в МГМСУ им. Евдокимова А.И. (кафедра детской хирургии – заведующий профессор Поддубный И.В. и кафедра репродуктивной медицины и хирургии – заведующая академик профессор Адамян Л.В.), в НЦЗД, наряду с отделением урологии - заведующий профессор Зоркин С.Н., появилось отделение уроандрологии – заведующий профессор Яцык С.П., изучающие эту патологию. Возникли и стали существовать де-юре Центры, специализирующиеся в области диагностики и лечения нарушений формирования пола. Например, такой Центр, созданный и руководимый в прошлом профессором Морозовым Д.А., функционирует в Саратове. Андрологический Центр в Барнауле возглавляет Газаматов А.В., в Москве – профессор Тарусин Д.И., в Санкт-Петербурге – профессора Мирский И.Е. и Рищук С.В., в Твери профессор Румянцева Г.Н. и руководимый ею коллектив детских хирургов, получая финансовую помощь из областного бюджета(!), перманентно осуществляет контроль охраны репродуктивного здоровья подрастающего поколения и т.д.

Вместе с тем, исследования по частным разделам общей андрологии ведутся в нашей стране давно. Их углублению, расширению и консолидации способствовали работы профессора Тиктинского О.Л. (заведующий первой в СССР кафедрой андрологии), член-корреспондента АМН профессора Кирпатовского И.Д. (заведующий Проблемной андрологической лабораторией; к сожалению, этот выдающийся учёный ушёл от нас на десятом десятке жизни 29 июня 2014 года), работы отделения андрологии НИИ урологии МЗ РФ (директор – академик профессор Лопаткин Н.А. (1923 – 2013), в настоящее время директор - профессор Аполихин О.И.), кафедры урологии и хирургической андрологии РМАПО (заведующий – академик профессор Лоран О.Б.). Наибольшего расцвета эти исследования достигли после создания в России профессиональной ассоциации андрологов (президент – профессор Щеплев П.А.). Стали проводиться регулярные симпозиумы и конгрессы, в т.ч. международные, а организация журнала Ассоциации во многом предопределила пути развития этого научно - практического направления, что повлияло некоторым образом на тематику известных журналов и организацию новых. Так, в связи с приходом нового Главного редактора (академик профессор Адамян Л.В.), журнал «Проблемы репродукции»

расширил свою тематику и, наряду со статьями, содержащими результаты фундаментальных экспериментальных работ, стал публиковать итоги глубоких клинических исследований. Регулярно выходит журнал «Репродуктивное здоровье детей и подростков» (Главный редактор – профессор Уварова Е.В.). Набирает силу журнал «Вестник репродуктивного здоровья» (Главный редактор – академик профессор Дедов И.И., заместитель – профессор Андреева Е.Н.). Весьма интересно и перспективно регулярное научно-практическое сетевое издание «Вестник урологии» (Главный редактор – профессор заслуженный деятель науки РФ Коган М.И.). Особо отметим работу редакции журнала «Андрология и генитальная хирургия», чёткость которой, естественно, зависит не только от Главного редактора (профессор Щеплев П.А.) и Ответственного секретаря редакции (кандидат медицинских наук Гарин Н.Н.), но и от научного редактора (профессор Винаров А.З.). В его задачу входит предварительная оценка поступивших в редакцию работ и вынесение их на обсуждение редколлегии. Блестящие по форме и глубокие остроумные по содержанию его «рассматривания» этих статей заслуживают внимания и подражания и вполне могут войти в «сокровищницу устных выступлений».

Проще говоря, репродуктология, андрология и гинекология развиваются стремительными темпами. Их общие проблемы оказались настолько жизненно востребованными, что обусловило создание многочисленных международных научных сообществ и объединений. Целью последних стала консолидация научных и практических интересов. Примером может служить организация Международного Общества Андрологов (International Society of Andrology – ISA), а также Европейского Общества по генитоурinarной медицине. В последнем раздел эстетической и реконструктивной генитальной хирургии возглавил видный пластический хирург Сербии Савва Перович, много сделавший для развития этого направления в Европе. К сожалению, он уже ушёл из этой жизни, но оставил заметный след в мировой эстетической генитальной хирургии. Он хорошо относился к нашей стране, к нашему народу. По приглашению профессоров Щеплева П.А. и Курбатова Д.Г. часто приезжал к нам, много оперировал, проводил «мастер-классы». Мы с ним были знакомы с 1979 г. Во время одной из встреч в тогдашней прекрасной (до бомбежек НАТО) Югославии он сделал нам ценный подарок – один из экземпляров своей объёмистой докторской диссертации (1977) с дарственной надписью, посвященной крипторхизму (Рис. №2). Создан фонд его имени, предназначение которого - выделение грантов на проведение научных изысканий и спонсирование обучающихся. Фонд возглавил один из учеников Саввы Перовича.



Проти и уважености Док. Оливера Милешић-Тривокићу  
у злати пријатељство  
Саве Перовић  
27-8-1979г.

Рис № 2. Диссертация Саввы Перовича с дарственной надписью

Сложнее, но вместе с тем с оптимизмом, можно говорить о сложившихся обстоятельствах в педиатрии, в частности в детской хирургии, в педиатрической андрогинекологии. Их специфика подчеркнута выше.

За время работы сотрудников кафедры детской хирургии РМАПО и отдела детской хирургии НИЦ РМАПО в этом направлении, а её начало можно отнести к 1969 году, было внесено много кардинальных изменений в технологию лечения большинства так называемых «традиционных» или «массовых» детских хирургических заболеваний, напрямую или косвенно связанных с репродуктивной системой: паховой и бедренной грыж, водянки оболочек яичка, кисты семенного канатика, кисты Нукке у девочек, крипторхизма, варикоцеле, варикоовариоцеле, острых заболеваний яичек. Каждое такое изменение подтверждено Патентом РФ или соответствующими методическими рекомендациями, утверждёнными МЗ. В результате достигнуто значительное снижение рецидивов в лечении заболеваний структур паховой и паховомошоночной областей (за последние 25 лет мы их не встретили ни разу), а такие осложнения операций в паховой области как уменьшение в объёме тестикулярной ткани, например, после грыжесечения вообще исчезли из нашей практики. Выделение круглой связки матки при паховом грыжесечении у девочек стало законом.

Мы считаем, что об этих истинах, сформулированных ещё нашими учителями, надо



обязательно говорить, поскольку они (истины) подвергаются сейчас необоснованному, чаще бессмысленному пересмотру. В основном, речь идёт о тех же так называемых традиционных или «массовых» хирургических заболеваниях у детей: грыжах, водянках оболочек яичка, крипторхизме и т.д. Даже такая казалась бы изученная тема, как герниология, особенно детская, подвергается атаке. В чём состоит разница между грыжесечением и грыжепластикой? Первое чаще используют у детей, а второе редко. Сейчас противоположные тенденции. Некоторые специалисты рекомендуют использовать метод Бассини и его модификации, даже метод Трабукко Э. А.. Эти методы предусматривают перемещение семенного канатика и фактически создание «нового» пахового канала, а при методе Трабукко ещё используют имплантацию сеток HERTRA различного калибра. И это у растущего и развивающегося детского организма (!). И при укреплении передней, и при укреплении задней стенок дистальные участки грыжевого мешка не удаляют! Хотя есть строго обозначенные исключения. Когда рассекают переднюю стенку пахового канала? Все расстояния от глубокого до поверхностного паховых колец выверены до миллиметра по возрастам и 5-летний представляет собой тот условный эмпирически выведенный рубеж, по которому определяют выбор тактики: до 5 лет - грыжесечение без рассечения передней стенки пахового канала, после 5 лет - грыжепластика с рассечением передней стенки пахового канала, но к последующей дополнительной апоневротической пластике прибегают редко и также по строгим показаниям. При этом учитывают результаты предварительной оценки пациента с подсчётом малых пороков развития, что позволяет оценить состояние соединительнотканной системы, и результаты оценок операционных находок. Это облегчает выбор тактики и соответственно метода устранения грыжи. Сейчас рубежный возраст отодвигают к 10 годам. Основание весьма пикантное, что в наше «невнятное» время не редкость, – «личные впечатления». Вместе с тем - оставление длинной культи брюшинной воронки - одна из основных причин рецидива заболевания. Длинная культя брюшинной воронки - это «мина замедленного действия», которая может «взорваться» (ущемиться) в любом возрасте и не обязательно в детском. Топографоанатомические названия структур тела, в том числе паховой области в соответствии с Международной анатомической номенклатурой (1980) давно изменились. Упомянем хотя бы паховые кольца. Теперь их называют глубоким и поверхностным.

Отдельно выскажемся о бедренной грыже. Она встречается значительно реже, но осложнений «хоть отбавляй». Рекомендация одна: бедренную грыжу переводить в паховую по Руджи и далее с использованием деталей техники, изложенной в главе «Бедренная грыжа» любого руководства по хирургии. Эти грустные мысли возникли во время и после

заседания московского общества детских хирургов, на котором обсуждали «Грыжесечение, как я это делаю?» 27 февраля 2014 года.

Отмечу, что мы не чурались приглашения в нашу клинику специалистов, достигших в гинекологии или андрологии, особенно в детских их разделах, высокого уровня профессионализма, для проведения «мастер-классов». Мы выражаем им свои слова благодарности, но с особой теплотой и любовью Леоновой Альбине Григорьевне - сотруднику отделения онкогинекологии городской клинической больницы №57 Москвы. Об уровне образованности интеллектности и, наконец, её мастерства ходили и ходят легенды. Мы сами были свидетелями проведения Альбиной Григорьевной сложнейшей операции Вертгейма. Она длилась всего 2 часа! Именно Леонова А.Г. ещё тогда, когда мы пребывали (до 1983г.) на базе детской городской клинической больницы №2 им. Русакова И.В. (теперь Св. Владимира), на первых этапах развития нового направления в нашей специальности давала точные советы и даже участвовала в наших пластических операциях по феминизации наружных и внутренних гениталий. Посещала Альбина Григорьевна и наш «Центр» в Тушинской детской городской больнице в 1984 -1994 годах. В настоящее время Альбина Григорьевна вышла на пенсию. Своё решение обосновала необычно, но чрезвычайно точно: « Я в тяжёлой «интоксикации» от больных».

Об истории создания упомянутой больницы необходимо высказаться особо, поскольку коллектив академии и её руководство вложили в неё «всю душу».

Идея строительства новой детской больницы, кстати, первого детского лечебного учреждения созданного в Москве по индивидуальному проекту за последнее столетие, принадлежит профессору Гаврюшову В.В., озвученная им на одном из городских совещаний. Идея сводилась к тому, чтобы педиатрический факультет РМАПО, деканом которого он был, имел единую клиническую базу. Как представитель (тогда) ЦИУВ Виктор Васильевич, занимался этим вопросом и далее от момента расселения деревни Братцево и отведения земельного участка под котлован больницы до подготовки материалов для Совета Министров страны, который и принял соответствующее решение. На рис. №3 представлены основные документы, послужившие началом строительства и об использовании больницы в качестве клинической базы педиатрического факультета ЦОЛИУВ (теперь РМАПО).

Сейчас, в начале 2014 года, в Москве проходит так называемая реорганизация здравоохранения. Её можно назвать «ползучей» и в прямую разрушающей московское здравоохранение, слишком великим оказывается ущерб от мало продуманного решения: отдельные медицинские учреждения исчезают, другие объединяются, третьи – сдаются в концессию. Без каких либо обсуждений, нам представляется, что в приказном порядке,

некоторые больницы теряют свои номера и получают имена организаторов медицины, деятелей городского масштаба, уже ушедших из нашей жизни, но, с точки зрения авторов этой реорганизации, сделавших для здравоохранения страны, в частности для Москвы, очень много. В связи с этим, у нас возникло естественное желание ходатайствовать о присвоении Тушинской детской городской больнице имени врача-неонатолога профессора Гаврюшова В.В.

Профессор Гаврюшов В.В. вместе с академиком Долецким С.Я. участвовал в открытии и организации работы «НИИ педиатрии и детской хирургии» МЗ РФ, организовал первое в стране отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных на базе роддома Городской клинической больницы №7. По его предложению была открыта первая в стране кафедра неонатологии, которую он возглавлял в течение 20 лет. Деятельность кафедры сыграла серьёзную роль в снижении перинатальной и детской смертности в Москве и в России. Профессору Гаврюшову В.В. принадлежит идея создания Российской профессиональной ассоциации специалистов перинатальной медицины, которую он с успехом возглавлял долгие годы. Именно профессору Гаврюшову В.В. принадлежит идея строительства единой клинической базы педиатрического факультета нашей академии, ректором которой он стал (1988 – 1994) будучи избранным впервые в истории нашего учебного заведения путём тайного голосования коллектива сотрудников. В течение последних лет своего ректорства он был членом Коллегии Минздрава.

Соответствующее письмо с обращением к мэру Москвы Собянину С.С. было согласовано с ректором РМАПО, поддержано Советом педиатрического факультета, утверждено Советом академии и, получив поддержку редакций трёх медицинских журналов, было отправлено по упомянутому адресу в начале 2014 г. В ответ мы получили два письма. Первое из них за подписью одного из вице-мэров, содержало следующее: оказывается коллектив Тушинской детской больницы уже обсуждал этот вопрос. Разговор вроде бы шёл вокруг двух кандидатур, в том числе и профессора Гаврюшова В.В., и коллектив больницы её вроде бы не поддержал. Сразу отмечу, что в таком мероприятии сотрудники академии не участвовали. А на базе Тушинской больницы располагается 12 кафедр педиатрического факультета Российской медицинской академии последипломного образования, и весь коллектив педиатрического факультета участвовал в организации, строительстве и в его общественном контроле, открытии и освоении клинической базы (в соответствии с решением Правительства страны (см. Рис.№ 3) педиатрического факультета и кому как не ему знать какой вклад внёс в решение вопроса тот или другой деятель того времени.

**Решение Госстроя РСФСР письмами № 8–23–63 и № 8–23–122 от 16.04.1973г.**

**Распоряжение Моссовета № 692р от 26.04.1976г. «О сносе жилых помещений под строительство многопрофильной больницы в Братцево»**

**26 марта 1974 года Совет Министров СССР [поручение № П П – 5105] принял предложение Минздрава СССР (министр Б.В. Петровский) и Мосгорисполкома (зам. председателя П.А. Воронина) об использовании больницы в качестве клинической базы педиатрического факультета ЦОЛИУВ.**

**Приказом Главного управления здравоохранения Москвы за подписью Л.А. Ворохובהва № 688 от 26.11.1985г. и в соответствии с распоряжением Минздрава № 510 от 30.05.1977г. администрации больницы было предложено заключить с ЦОЛИУВ договор о сотрудничестве, который был утвержден 15.12.1985 г.**

Рис. №3. Основные документы, послужившие началом строительства детской больницы и определившие её клинической базой педиатрического факультета ЦОЛИУВ.

Иначе говоря, довольно крупный чиновник ввёл коллектив педиатрического факультета академии, а по сути, весь коллектив академии, мягко выражаясь, в заблуждение, а точнее обманул. Как-то не хотелось бы упоминать известную триаду: « обманул-украл-убил». Возможно, не все её знают и правильно воспринимают; может статься и не так всё происходило. Просто кто-то из помощников, не осознавая этого, случайно его самого (чиновника) ввёл в заблуждение, но от этого легче не становится. И это ложное послание пришло на имя Ректора академии, многоуважаемого академика, заботящимся о реноме академии и, наконец, думающим о своём личном реноме. Трудно передать словами его реакцию, но это была единственно правильная реакция – молчаливое негодование, презрение и какая-то брезгливость. Другое письмо пришло из недр специальной комиссии Московской Мэрии. Нам был предложен сбор положенных в этом случае документов. Но за короткий промежуток времени, я бы назвал это «чрезвычайной стремительностью», больнице присвоили другое имя. Оценивая в целом этот эпизод в наше тревожное время, вольно или невольно возникают ассоциации с событиями, проходящими в Украине и известной мерзкой

политикой двойного, а то и тройного стандарта Западного образца. В последнее время появилась информация о том, что по каким-то причинам альтернативное имя для Тушинской детской больницы лоббировал крупный правительственный чиновник? Как хотелось бы иметь побольше уверенности в том, что «дела чиновничьи» любого уровня всегда «необходимы и прозрачны», и они понимают, что любые их иные действия бросают тень не только на них самих, но и на стоящих выше, и тут же обсуждаются в обществе со всеми вытекающими последствиями. Может быть, пора останавливать «чиновничий зуд» и непродуманные, непросчитанные решения? В народе эти явления называют «ИБД» - имитация бурной деятельности.

Итак, впервые в нашей стране в её столице была построена по индивидуальному проекту детская больница. С 1983 года по 1986 год коллектив отдела детской хирургии НИЦ РМАПО курировал базу, участвовал в оснащении переезжающих кафедр и провел первые операции в этой больнице (с 1984 по 1986 гг. было выполнено около 2000 операций, включая, кроме urgentной помощи, типичную плановую хирургию и операции на органах эндокринной и репродуктивной систем, органах системы воротной вены, внедрение лапароскопии и т.д.). В последующие годы и по настоящее время курация клинической базы осуществляется совместно с кафедрой детской хирургии РМАПО.

Вместе с Голубевой Ириной Вячеславовной мы уже в 1976 году снизили возрастной ценз для создания влагалища из сегмента толстой кишки девочкам, у которых оно отсутствовало, и перенесли начало их хирургической реабилитации в дошкольный возраст, Руководствовались соображениями психологического порядка (ранняя нормализация состояния микросоциума способствует правильному становлению психического статуса ребёнка) и технического порядка (выполнение сложных оперативно – технических приёмов протекают у детей раннего возраста намного мягче, чем у более старших). Опыт проведения 1500 вагинопластик у пациенток различного возраста с катамнезом длительностью более, чем в 30 лет, свидетельствует о вполне удовлетворительном качестве жизни большинства наших пациенток. Вместе с Курбатовым Дмитрием Геннадиевичем мы использовали его «упрощённый» метод фаллопластики. Она стала одномоментной, что позволяет применять методику уже в подростковом и юношеском возрасте. Таким образом, в детском разделе «Науки о поле» были разработаны и внедрены высокотехнологичные методы лечения хирургических заболеваний паховой и паховомошоночной областей, а также феминизирующей и маскулинизирующей пластики. В последние годы, творчески объединившись с коллективом клиники профессора Поддубного И.В. и коллективом отделения детской гинекологии Измайловской детской больницы (заведовала отделением

Заслуженный врач России Глыбина Т.М. – энтузиаст и замечательный врач-диагност и практик, с которой нас связывают десятилетия совместного творчества) мы разработали и внедрили в практику методику пластики влагалища у детей из сегмента толстой кишки, в том числе под контролем лапароскопа. К настоящему времени с успехом проведено 26 таких операций.

Бывший вакуум в специальной литературе продолжает восполняться. Достаточно отметить более десятка соответствующих докторских и несколько десятков кандидатских диссертаций, которые защищены за короткий промежуток времени. Зарегистрировано более 50 патентов РФ. Минздравом РФ утверждено большое количество методических рекомендаций по организации детской андрологической и гинекологической служб. Здесь неоценимую работу провели коллективы научно-практического Центра детской андрологии, руководимый профессором Тарусиным Д.И., и отделения детской гинекологии (зав. – профессор Уварова Е.В.), входящего в научный Центр им. Кулакова В.И., который возглавляет академик профессор Сухих Г.Т. Эти коллективы разработали уникальные документы: паспорта репродуктивного здоровья подрастающих юношей и девушек (Рис. № 4).



Рис. № 4. Паспорта репродуктивного здоровья юношей и девушек.

Созданию соответствующей обстановки, способствующей принятию искомого решения, а именно выделению новой области медицинских знаний – педиатрической андрологии, послужили осуществлённые в прежние годы и наши усилия в этом направлении. В 1987 г. мы, при участии научного обозревателя газеты «Правда» Губарева В.С., известного журналиста, драматурга и писателя, провели встречу с первым заместителем Министра здравоохранения СССР профессором Щепиным О.П.. Затем к проблеме были подключены заместитель Министра здравоохранения СССР профессор Денисов И.Н., начальник Главного управления здравоохранения Мосгорисполкома Мудрак В.Н., его заместитель Ануфриев Р.Г.. Результатом этой деятельности послужило Решение Коллегии Минздрава СССР «О мерах по развитию и совершенствованию медицинской помощи больным эндокринными заболеваниями» от 22 июня 1987 г. протокол № 17. Главным в этом решении был пункт, предусматривающий организацию в 1987 – 1990г.г. эндокринологических отделений во всех республиканских, областных (краевых) и в крупных многопрофильных городских больницах за счёт перепрофилирования общетерапевтического коечного фонда. Кроме того, этот пункт включал основополагающее для нас – организацию ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ отделений для лечения детей. Правда, последующие известные события в нашей стране не позволили осуществить это решение. Вопрос остаётся открытым и поныне (Рис. № 5).

Т. Баранову А.А.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

РЕШЕНИЕ КОЛЛЕГИИ

от 22 июля 1987г.

Протокол № 17

г. Москва

О мерах по развитию и совершенствованию медицинской помощи больным эндокринными заболеваниями

Заслушав и обсудив доклад начальника Управления кариологии Главного управления лечебно-профилактической помощи Минздрава СССР тов. Шальнова А.И., коллега отмечает, что в последние годы эндокринные заболевания достигли высокого уровня распространенности, особенно сахарный диабет; число зарегистрированных больных с эндокринными заболеваниями составило 3.4 млн. в 1986г. Подавляющее большинство эндокринологических заболеваний характеризуется, как правило, тяжелым, пожизненным течением, что требует постоянного проведения комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на сохранение трудоспособности больных, предупреждение осложнений.

По прогнозу ожидается ежегодное увеличение числа больных сахарным диабетом на 6%, что требует переориентации служб здравоохранения на борьбу с этим грозным заболеванием.

Существующая система оказания медицинской помощи больным эндокринологического профиля сегодня не удовлетворяет потребности населения, нуждается в серьезной реорганизации и укреплении.

По состоянию на 01.01.1987г в стране имеется 4221 эндокринологический кабинет в амбулаторно-поликлинических учреждениях, 72 специализированных диспансера в выездных по месту регионам, кооперативных в специализированных эндокринологических отделениях составил 189х3 койки, 13 хирургических специализированных отделений в различных районах страны мощностью 750 коек оказывают хирургическую помощь, в основном, при заболеваниях щитовидной железы.

24.08.87

Н.И. Баранов  
к. мед. наук  
18.09.87  
Т. Баранову  
к. мед. наук  
18.09.87

1987-1000  
16.11.87

14.09.87  
55-45/291

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР  
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ОРДЕНА ЛЕНИНА ИНСТИТУТ УСОБЩЕСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ  
ОТДЕЛ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ ЦНИЛ  
на базе детской городской клинической больницы № 7  
Москва, 12314,  
ул.Громова Панфиловца, 28  
28 апреля 1987  
Заместитель Министра  
Проф. О.П. ШЕВЦОВ  
Глубокоуважаемый Олег Прокопьевич!

В связи с развитием специализированной медицинской помощи детям возникла необходимость в организации детской эндокринной хирургии в рамках научно-практического объединения /ИНО/ по детской эндокринологии.

В настоящее время помощь детям с эндокринной патологией осуществляется в специализированных соматических отделениях на 30-70 коек, организованных в ряде республик, краёв, областей, крупных городов, а также сеть эндокринных кабинетов поликлиник.

Опыт показывает, что от 5 до 10% детей с эндокринными поражениями нуждаются в хирургическом лечении. Так, по отчетным данным в Москве за 1985г. принято 88766 больных, состояло на учете на 01.01.86г. - 10416, из которых в хирургическом лечении нуждалось 858 /без учета криптоциста и гипоспадия-варианта проявления слабой степени интерсексуальности/. Обращает внимание неблагоприятное положение, сложившееся в этой области. По сводным данным литературы и наблюдениям отдела детской хирургии среди больных с хирургическими эндокринопатиями в повторных операциях, после ранее выполненных в различных лечебных учреждениях, нуждаются до 4% детей с поражениями щитовидной железы, до 15% больных со сложными формами нарушения половой дифференцировки, в группе детей с "простыми" формами поражения, например, страдающих крипторхизмом, - до 8%, гипоспадией - до 25%, гинадрезимии - до 30%.

Вместе с тем, в стране отсутствует специализированная помощь детям страдающим хирургическими эндокринопатиями. В Москве такое положение сложилось в связи с переводом отдела детской хирургии ЦНИЛ ЦОЛИУВ из ДТБ №2 им. Гусакова, где имелось всего 10 хирургических коек для эндокринологических больных, на новую базу, осваиваемую отделом с 1985г., - ДТБ №7 в Братцево /Сев. Тушино/, где такие койки не развернуты до настоящего времени. Об этом было доложено Главным эндокринологом-педиатром на коллегии ГУЗМ в феврале 1986г. и в феврале 1987г., а также отмечено в моем письме, на имя заместителя начальника ГУЗМ в октябре 1987г.

28.04.87  
28.04.87  
28.04.87

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР  
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ОРДЕНА ЛЕНИНА ИНСТИТУТ УСОБЩЕСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

ОТДЕЛ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ ЦНИЛ  
на базе детской городской клинической больницы № 7

Москва, 12314,  
ул.Громова Панфиловца, 28  
22 июня 1987

Глубокоуважаемый Олег Прокопьевич!

В апреле этого года после встречи с В.С.Губаревым я был Вас по вопросам организации эндокринологической помощи детям. Вы поручили уточнить ряд вопросов.

- 1. Систематизированных сведений об оказании хирургической помощи детям, страдающим эндокринопатиями по СССР нет. Есть отдельные данные по г.Москве. Они приведены в деловой записке.
- 2. Представилась возможность участвовать в подготовке материалов к очередной коллегии Минздрава СССР по эндокринологии, на которой будут решаться и вопросы детства.
- 3. Наиболее сложным оказалась организация подготовки экспертиз вопроса и экспертов.

На сегодняшний день готовы принять участие в обсуждении вопроса следующие специалисты:

- проф. Мартынова Мида Ивановна - профессор кафедры детских болезней лечебного факультета II МОЛМИ - тел: 237-75-37.
- проф. Князев Юрий Александрович - зав.отделом ЦНИЛ II МОЛМИ - тел: 434-65-74
- проф. Касаткина Эльвира Петровна - профессор кафедры эндокринологии ЦОЛИУВ; Председатель проблемной комиссии "Физиология и патология пола" - тел: 496-41-36 152-35-71
- к.м.н. Матковская Алла Николаевна - ассистент кафедры эндокринологии ЦОЛИУВ; секретарь проблемной комиссии "Физиология и патология пола" - тел: 496-41-36 152-35-71

- к.м.н.Цивильская Лилия Арсентьевна - Главный эндокринолог-педиатр ГУЗМ - тел: 237-75-37
- Позднякова Людмила Борисовна - детский эндокринолог-консультант ДТБ №7 - тел: 496-41-36
- Андрейченко Алла Петровна - зав.эндокринологическим отделением ДТБ №7 - тел: 237-75-37
- Артюмова Ирина Дмитриевна - зав.дет.эндокринологическим отделением ЦКБ МПС №3 - тел: 155-00-60/д.555
- проф. Степанов Эдуард Александрович - профессор кафедры детск.

88.9/39

26.10.87

Начальнику Главного управления здравоохранения Игорю Николаю

КОВ.ИЗДАВАН Н.И.

г.Москва, ул.25 Октября, д.5

На состоявшейся в мае с.г. Коллегии Министерства здравоохранения СССР обсуждался вопрос улучшения эндокринологической помощи населению и, в частности, были отмечены недостатки и проблемы в организации помощи детям, больным сахарным диабетом, в г.Москве.

Остается неудовлетворительной материально-техническая база эндокринологического отделения детской клинической больницы № 1 г.Москвы (отсутствие игровой и классной комнат, кабинета лечебной физкультуры, необходимой диагностической аппаратуры и др.).

В г.Москве не достает тестового материала для определения экспресс-методом сахара в моче и крови. Не решается вопрос диетического питания детей, страдающих сахарным диабетом - за магазином "Диета" и "Фрукты-овощи" закреплены только дети Ленинградского района.

Остается открытым вопрос об организации при спортивных комплексах специализированных групп для детей, больных сахарным диабетом. Не решены вопросы оздоровления детей, больных сахарным диабетом, в пионерских лагерях, домах отдыха матери и ребенка и др.

Не укомплектованы ставки районных детских эндокринологов. Требуется своего решения вопрос обучения медицинского и подготоческого персонала организованных детских коллективов тактике по отношению к больным сахарным диабетом детям.

Ни в г.Москве, ни в Московской области нет для подростков детей ни одного интерната для больных сахарным диабетом.

Заслушав внимание рассмотрение вопроса о создании в Москве Центра реабилитации больных эндокринологическими заболеваниями детей, а также вопроса об обследовании детей, больных сахарным диабетом и достигших 15-летнего возраста, в детских поликлиниках.

Медленно решается в г.Москве вопрос организации детской эндокринной хирургии, в то время как от 5 до 10% детей с эндокринными поражениями нуждаются в хирургическом лечении (по данному вопросу целесообразно вернуться и рассмотреть служебный записку заведующего отделом детской хирургии ЦНИЛ ЦОЛИУВ тов.А.Б.Окулова.

Прошу рассмотреть вышеизложенные проблемы и о Вашем решении сообщать в Минздрав СССР и ОИ.12.87 г.

Заместитель Министра

И.И. ДЕНИСОВ

В.А. Баранов  
23.10.87  
23.10.87



Рис № 5. Подготовительные документы и Решение Коллегии Минздрава об организации детских эндокринологических хирургических отделений.

Таким образом, возникли условия для выделения новой специальности. А это очень трудная задача, особенно в наше «переходное время». Инициативная группа (профессора Казанская И.В., Окулов А.Б., Тарусин Д.И. [проделал огромную предварительную черновую работу по подготовке документов для проведения соответствующего совещания на одном из заседаний Совета по кадровой политике МЗ РФ], Курило Л.Ф., Ахмина Н.И., Ростовская В.В. и к.м.н. Сабирзянова З.Р.) разработала «Концепцию развития уроандрологической помощи детям России», опубликовала её в нескольких изданиях, журналах и доложила о ней на нескольких съездах разных специалистов. Та же инициативная группа при участии профессоров Рудина Ю.Э., Коварского С.Л., Меновщиковой Л.Б. и Николаева Н.С. подготовила «Унифицированную (теперь называемую «образовательной») программу последипломного обучения врачей по уроандрологии», «Паспорт специальности» и другие необходимые документы, в том числе и для получения шифра новой специальности. При участии и поддержке академика Исакова Ю.Ф. Совет по кадровой политике МЗ РФ, проходивший в напряжённой дискуссионной обстановке, с участием многих специалистов, в том числе академика Лопаткина Н.А., главного педиатра МЗ РФ профессора Царегородцева А.Д., принимает существенное решение, результатом которого стало появление новой специальности «детская уроандрология». Это нашло отражение в Приказе МЗ РФ № 40 от 12 августа 2003 года. Впервые «наука о поле», наука об охране становления и развития репродуктивной системы подрастающего поколения получила право на жизнь. Последующим организационным шагом в этом направлении стало создание межрегиональной общественной организации детских уроандрологов (председатель правления – профессор Казанская И.В.), в рамках которой проведено уже три съезда соответствующих специалистов России. Готовится четвёртый съезд. Подтверждением признания педиатрической андрологии послужила организация в составе редколлегии журнала «Андрология и генитальная хирургия» детской секции. В конце 2003 года в её состав вошли профессора Окулов А.Б., Казанская И.В., Осипов И.Б., Файзулин А.К. В последующем к ним присоединились профессора Тарусин Д.И. и Коварский С.Л. Выделение детской секции значительно расширило круг читателей журнала (Рис № 5).

Спектр проблем в новой специальности велик и требует системных решений по всем направлениям, но, прежде всего, по выявлению в раннем детстве заболеваний, приводящих в дальнейшем к репродуктивной и сексуальной недостаточности у мужчин и женщин (здесь

большие надежды мы возлагаем на результаты изучения так называемого «мини-пубертата», длящегося всего, как правило, с 4-го по 6-й мес. жизни ребёнка, но сулящего получение новых данных для значительного улучшения диагностики, лечения эндокринных и репродуктивных заболеваний); разработке и внедрению методов преемственной профилактики, суть которой состоит в обеспечении сохранности гаметифонда; развитию методов пренатальной диагностики аномалий и пороков развития половой системы; разработке методов профилактики репродуктивных расстройств; внедрению методов медицинской географии/экологии для оценки частоты заболеваний и состояний, приводящих в перспективе к развитию репродуктивной и сексуальной недостаточности; расширению и углублению фундаментальных генетических, физиологических, патофизиологических и эндокринологических исследований для изучения развивающегося репродуктивного здоровья; разработке методов оценки «репродуктивного прогноза» у больных, перенёсших операции на органах репродуктивной системы и близлежащих анатомических областях; разработке реконструктивно - пластических операций при пороках развития наружных и внутренних гениталий с использованием клеточных технологий и методов генной инженерии; дальнейшему усовершенствованию способов создания эндопротезов яичка, молочной железы (речь идёт о попытках создания т.н. «растущих эндопротезов»); созданию амбулаторной детской андрогинекологической службы или, во всяком случае, просто андрологической детской амбулаторной службы, с обязательным постоянным совершенствованием клинических аспектов ведения пациентов, апробацией и внедрением в практику индивидуализированных и модифицированных схем ведения выявляемых больных, что невозможно себе представить без полной компьютеризации работы, без создания электронной базы данных, локальной IT-сети, системы постоянного документирования и архивирования клинических, лабораторных данных и результатов лучевой диагностики, что даёт возможность специалистам в реальном времени иметь и видеть подробнейшую информацию о пациенте по любым аспектам его ведения, проводить анализ многочисленных факторов, влияющих на эффективность схем лечения, осуществлять контроль качества работы специалиста.

Именно так на сегодняшний день видятся научные перспективы развития андрогинекологической помощи детям. Перечисленное в той или иной мере определяет развитие всей службы по охране репродуктивного здоровья населения страны. Я думаю, что предыдущее и наше поколение свою роль в осуществлении части этих задач уже выполнили. Свидетельством тому служит присуждение в 2007 году Премии Москвы в области медицины группе наших коллег за разработку и внедрение в практическое здравоохранение

организационно-функциональной модели оказания помощи детям с заболеваниями органов репродуктивной системы.

Будущее принадлежит нашим детям и внукам. Они смогут реализовать свою естественную и историческую миссии, наши и свои идеи только тогда, когда физически и духовно будут здоровы.

В настоящее время продолжается работа по изучению сложных вопросов формирования органов репродуктивной системы, формирования пола, включая его структурно-динамическую иерархию. Подчеркиваются связи между генетикой, эмбриологией и клинической практикой. Это еще раз подтверждает мысль о том, что без комплексных знаний невозможно правильно истолковывать те или иные состояния, особенно в связи с нарушениями формирования пола. Известно, что ошибочные трактовки и формулировки ведут к выбору неправильных решений и порочным действиям, отрицательные результаты которых могут проявиться спустя много - много лет. Таких примеров из медицинской практики, особенно из социальной нашей жизни – несть числа.

Нельзя пройти мимо суждений, периодически высказываемых в кулуарах, а то и с Центральной трибуны европейских форумов специалистами, в частности детскими эндокринологами. Подобные высказывания появились и на отечественных научно-практических конференциях. Во всяком случае, это обсуждалось на симпозиумах «Раритеты генитальной хирургии» и «Хирургия патологии репродуктивной системы» Всероссийских конференций детских хирургов, проводимых в рамках соответственно XI и XII Российских конгрессов «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» в октябре 2012г. и в октябре 2013г. в г. Москве, а также на VI Московской городской научно - практической конференции детских эндокринологов в ноябре 2012г., на обществе детских хирургов Москвы 27 ноября 2014 г.

Они (эти новые суждения) сводятся к тому, что надо стремиться к раннему установлению варианта нарушения формы полообразования, но при этом не следует форсировать назначение того или другого пола пациенту и всех его иерархических составляющих. Тем более закреплять этот пол в соответствующих юридических документах и проводить какие-либо пластические операции.

По мнению придерживающихся этой позиции, можно считать более целесообразным дожидаться социальной зрелости пациента и предоставить возможность ему самому уже осознанно выбрать форму его дальнейшего «полопроживания». Предложение заманчивое и вроде бы отвечает современным требованиям «однобокой демократизации всё и вся». Если учесть наши слабые познания гендерных особенностей формирования ЦНС и фактическое

отсутствие сведений о генетике полового поведения, даже само понятие «пол» не получило пока общепризнанной формулировки, то в этих суждениях возможно и есть какой-то смысл, но неотчётливый, неопределённый, главное не учитывающий реалии жизни, хотя в каждой стране они (реалии) свои. Кроме того, создаются временные условия для пребывания пациентов в так называемом «третьем поле». Сразу возникает много вопросов. Первый из них: «А в какой общественный туалет или общественную баню, я могу заходить? Я пошёл или пошла? и т.д.» Такому субъекту пребывать, расти и развиваться в социуме очень трудно, если не сказать практически невыносимо. Тем более постулат «вне пола даже на секунду жить невозможно» остаётся, как мне представляется, пока незыблемым». Вместе с тем, нельзя не вспомнить о том, что в таких странах как Австралия, Новая Зеландия, Пакистан, а теперь вот и Германия, принцип «дождаться половой и социальной зрелости пациента и предоставить ему самому затем выбор формы его «полопроживания» возведён в ранг закона! Это сомнительное решение, как минимум, спорное, но оно существует. Кроме того, проблем психиатрического и сексологического порядка у подростков пациентов довольно много: почему у некоторых из них проявляются элементы гомосексуальности?; почему у других возникают вопросы сексологического характера? Хотя хирургическая часть проблемы решена у большинства из них на высоком техническом уровне. И т.д. и т.п., и никто целенаправленно и комплексно пока это не изучал. Полагаем, что с уточнением всех параметров формирования пола, особенно в возрастном его аспекте, упомянутые проблемы сойдут на нет. И тогда отпадёт за ненадобностью такое решение соответствующих чиновничьих структур, позволяющих мужчинам, ощущающих себя в противоположном женском поле, при острой необходимости отправления физиологических функций свободно использовать общественные женские туалеты, и наоборот женщинам, ощущающих себя (именно только ощущающих) в противоположном мужском поле использовать свободно, общественные мужские туалеты. Как это сейчас наблюдают в Германии. Интересно, что наши единомышленники и соавторы увидели остроту проблемы иерархии пола и ее следствий (различные формы интерсексуальности) еще тогда, когда подобные наблюдения казались любопытной казуистикой. Практически полезной стала, сделанная нами, оригинальная систематизация хирургических заболеваний репродуктивной системы. Кроме того разработан алгоритм диагностики, рассчитанный на поликлиническое звено (mini-блок) и специализированный стационар (maxi-блок). Каскад оригинальных хирургических приемов, защищенных патентами Российской Федерации, позволяет решать трудные проблемы маскулинизирующей и феминизирующей пластики в зависимости от выбранного пола.

В последнее время мы уделяем значительное внимание проблемам диагностики и лечения поражений молочных желез, как у мальчиков, так и у девочек. Их нельзя рассматривать в отрыве от репродуктивной системы. Большинство этих заболеваний манифестируют в период интенсивного развития организма, т.е. в пубертатный период. По сути, состояние молочных желёз отражает работу эндокринной системы в целом. В основе этой патологии нередко лежит дисгормоногенез, характерный для периода становления гипоталамо – гипофизарно-гонадных отношений. Это закладывает фундамент для развития еще одного направления в нашей специальности – маммологии детского возраста. Уже сейчас организованы детские маммологические приемы при участии группы детских специалистов (эндокринолог, гинеколог, хирург, уролог-андролог, лучевой диагност и др.) на базе эндокринологического диспансера Москвы (руководитель проф. Анциферов М.Б., зав. детским отделением Пилютик В.Ф. с участием старшего научного сотрудника кандидата медицинских наук Бровина Д.Н.) и в Научном Центре здоровья детей МЗ РФ (организатор и координатор маммологического приема – кандидат медицинских наук Травина М.Л.). Свои материалы мы изложили в руководстве для врачей «Молочные железы и их заболевания у детей» Авторы: Окулов А.Б., Адамян Л.В., Бровин Д.Н., Богданова Е.А. Медицинское информационное агентство. Москва. 2010. 157с. Упомянутые усилия Городского диспансера и НЦЗД следует оценить высоко со всех позиций. Но пришла новая информация не совсем понятная и неприятная о том, что детский раздел диспансера устраняется. Причины, как всегда, не объявляются и не обсуждаются.

Существенен раздел работы, раскрывающий деонтологические принципы лечения хирургических заболеваний органов репродуктивной системы, интерес к которым в последние годы заметно потускнел, а проблем здесь накопилось много. Достаточно отметить, что более 50% наших пациентов из «неполных семей». Иначе говоря, «сильный» пол не выдерживает физических и моральных испытаний и исчезает из поля зрения семьи, оставляя мать одну в борьбе за выживание и адаптацию больного ребёнка в трудном современном обществе. Некоторые из матерей также не выдерживают такой нагрузки и, в конце концов, «сваливаются на низ социальной лестницы». Иногда реальная физическая опасность может исходить от взрослеющих пациентов, которым в раннем детстве меняли пол, исправляли наружные гениталии путем их маскулинизации или феминизации.

Наши последователи известны как первопроходцы, приступившие к решению теоретических и практических вопросов комплексного подхода к коррекции нарушений формирования пола. Их работы отражают видение проблемы глазами не только хирургов, эндокринологов и др. специалистов в узком смысле этих слов, но и глазами всех тех, кто исповедует идеи

гуманизма.

В проблеме репродукции и хирургическом ее аспекте тесно переплетаются, как известно, биологические, медицинские, социальные и даже философские вопросы. По основному закону нашей страны – мы все свободные люди, но есть законы биологические, уклониться от которых не представляется возможным при любой форме власти. Главный из них - это то, что каждый человек имеет право (а в современных условиях для России даже обязан его реализовать) на осуществление своей основной видовой миссии – создавать себе подобных, т.е. иметь потомство, и желательно здоровое. В принципе это основная идея репродуктивной медицины. Неплохо, чтобы при этом была включена финансовая составляющая демографии: каждая семья, получившая кредит на строительство своего домашнего очага, с появлением первенца имела бы 50% скидку, а с появлением второго её долг государству аннулировался бы. Как во Франции!

Современная научная литература свидетельствует о продолжении формирования науки о поле, которая требует своего дальнейшего определения, уточнения её места среди смежных дисциплин. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, частота бесплодных браков в развитых странах составляет более 16%. В нашей стране ежегодно регистрируются около 4 млн. подобных пар, причем в основе лежит в равных долях как женское, так и мужское бесплодие. Рост поражений репродуктивной системы отмечают в планетарном масштабе. Гипогонадизм только в мужской популяции вырос за последние годы, по данным ВОЗ, до 4 %. В рамках этой организации пересмотрены референтные величины при оценке сперматозоидов в эякуляте: с 1млн. 200 тыс. в 1 мл в прежние годы до 15 млн. и менее в 1,5 мл эякулята в настоящее время. Некоторые специалисты говорят об уменьшении размеров Y хромосомы, другие – об её «усыхании». В России, по выборочным данным, каждый 6-й брак является бесплодным.

Повышение частоты поражений органов репродуктивной системы связывают и с ростом количества оперативных вмешательств на половых органах и органах прилежащих анатомических областей. Анализ собственных наблюдений, а также данных специальной литературы показывает, что подъём хирургической активности особенно в детской хирургии сопровождается заметным увеличением неудовлетворительных результатов. Последние проявляются зачастую не сразу, а по достижении большими репродуктивного периода и социальной зрелости. Прежде всего, следует вновь выделить так называемые «традиционные» или «массовые» хирургические заболевания: паховую грыжу, водянку оболочек яичка и семенного канатика, поражения дивертикула Нукке у девочек, варикоцеле, варикоовариоцеле, крипторхизм, острые заболевания яичек и др. Возникающие осложнения

состоят в нарушениях анатомических соотношений в семявыносящей системе и изменениях функций ее структур, а также во влиянии их на становление психического статуса ребенка. Иначе говоря, ряд заболеваний, неудачно корригируемых в детстве, сопровождается и психической инвалидизацией.

В прежние годы в отечественной и зарубежной литературе работы, освещавшие данную проблему, касались, главным образом, её отдельных вопросов (Александров М.С., 1955; Васильченко Г.С., 1977, 1983; Долецкий С.Я., Рейно У.А., 1965; Либерман Л.Л., 1966; Окулов А.Б., 1969 - 2014; Старкова Н.Т., 1973; Савицкий Г.А., 1976; Касаткина Э.П., 1964 – 2014, и Матковская А.Н., 1967 - 1979, 1992; Голубева И.В., 1980; Слепых А.С., 1981; Вербенко А.А. и Шахматова М.П., 1982; Аннаорозова О.М., 1983; Куц Н.Л. и др.1983; Скороход Л.М., Савченко О.Н., 1984; Чилиева Л.М., 1986; Мухтаров А.М. и Мурванидзе Д.Д., 1988; Уринов М.Я.,1990; Тиктинский О.Л. 1990; Тандилава Р.З., 1991; Кирпатовский И.Д., 1992; Негмаджанов Б.Б., 1993; Самсонова Л.Н., 1996; Миланов Н.О., Адамян Р.Т., Козлов Г.И., 1999; Окулов А.Б. и Негмаджанов Б.Б., 2000; Horton S., 1973; Frasier S.D., 1980; Hendren W.H., 1980, 1986; Argun S. et al., 1986; Laub D.R., 1988, 1989; Sheldon S.A., 1992; Ашкрафт К.У., Холдер Т.М., 1999). В настоящее время приходит осознание актуальности темы в условиях продолжающегося демографического кризиса, понимание того, что каждый человек, будь то мужчина или женщина, потенциально способный к репродукции является весьма ценным для общества. Во всяком случае, это отчётливо просматривается в последних научных публикациях (Дедов И.И., Семичева Т.В., Петеркова В.А. 2002; Файзулин А.К., 2002; Продеус П.П., Староверов О.В., 2003; Рудин Ю.Э., 2003; Щеплев П.А., Курбатов Д.Г., 2003; Мирский В.Е., Михайличенко В.В., Заезжалкин В.В., 2003; Тарусин Д.И., 2005; Володько Е.А., 2006; Лопаткин Н.А., Мартов, 2008; Угрюмова Л.Ю., 2008; Адамян Л.В., Макиян З.Н., Курило Л.Ф., Глыбина Т.М.и др. 2009; Окулов А.Б., Адамян Л.В., Бровин Д.Н., Богданова Е.А., 2010; Богданова Е.А. 2011; Netter F., 1997; Martin I. Resnick, Andrew C. Novik, 2000; Garden A. S., 2001; Hefner L.I., 2003; Hinman F, 2003; Wheelless K.R., 2004; Wolf A.S., Mittag U.J.E., 2004; Nieschlag E., Behre H.M., 2005; Chan P.T.K., Goldstein M., Rosenwaks Z., 2006; Skandalakis P.N., Skandalakis L.J., Skandalakis J.E., Maclusky D.A., 2009; Эдуардо Аустони, 2012 и др.).

Операции на органах репродуктивной системы занимают не самое главное, но одно из ведущих мест в детской уроандрологической, андрогинекологической и другой хирургической практике. В настоящие времена, как подчёркнуто выше, далеко не всегда операции на органах репродуктивной системы выполняют специалисты соответствующей направленности, для которых учёт анатомо-физиологических особенностей растущего

организма служит законом. Это обуславливает возрастающее количество осложнений, нередко приводящих к бесплодию. Данное обстоятельство мы расцениваем, как ещё одну из важных предпосылок для развития и формирования задач специфической области медицины, занимающейся заболеваниями развивающейся репродуктивной системы у детей – педиатрической андрогинекологии. В её рамках объединяются усилия большого круга специалистов: детских гинекологов, уроандрологов, пластических хирургов, детских эндокринологов, генетиков, в том числе клинических, специалистов по лучевой диагностике, морфологов, медицинских психологов, психиатров, при необходимости юристов и многих других.

Нами обобщен уникальный опыт хирургического лечения более 10000 больных в возрасте от 2 мес. до 45 лет с поражением органов репродуктивной системы, полученный в течение более 30 лет в клиниках отдела детской хирургии (Тушинская детская городская больница) и кафедры детской хирургии (Детская городская больница им. Русакова И.В., ныне Св. Владимира), где были выполнены первая и основная масса вагинопластик и первые операции по созданию искусственного полового члена у юношей, Российской медицинской академии последипломого образования (ректор – академик профессор Мошетова Л.К.), 2-й кафедры хирургии (зав. – академик профессор Ермолов А.С.) той же академии, а также в ряде клинических больниц и центрах Москвы. Это, прежде всего, Измайловская детская городская больница, где мы с разрешения Главного врача больницы и, упомянутой ранее, заведующей отделением детской гинекологии Глыбиной Т.М. уже более 30 лет осуществляем совместно с ней, а в последнее время и совместно с профессорами Поддубным И.В. и Файзулиным А.К. пластику влагиалища из участка толстой кишки, в том числе под контролем лапароскопа, и различные варианты феминизации гениталий у девочек. В настоящее время Измайловской детской больницы нет. Её, в соответствии с реорганизацией московского здравоохранения, объединили с Морозовской детской больницей. Может быть, накопленный опыт детских гинекологов получит развитие в этом новом объединении, но на это уйдут соответствующие десятилетия. В народе данное объединение по первым буквам объединяющихся больниц называли «Измором». Возможно, это название не принесёт вреда нашим многочисленным больным. Во всяком случае, мы надеемся, что пришедшие в это объединение специалисты будут совершенствоваться в своей профессии, а не в том, как зарабатывать деньги, хотя такие тенденции прослеживаются во всей нашей медицинской службе, но это не является гарантией успеха её развития.

Кроме того, более десятка таких операций выполнены в отделении детской гинекологии (заведующий – Дядик Т.Г.) Российской детской клинической больницы (главный врач –



профессор Ваганов Н.Н.), а также в отделении детской и подростковой гинекологии (заведующий – профессор Богданова Е.А., в настоящее время - профессор Уварова Е.В.) тогдашнего Центра охраны материнства и детства (директор – академик профессор Кулаков В.И.). Отдельные операции были проведены в Центре планирования семьи на Севастопольском проспекте г. Москвы (Главный врач – академик профессор Курцер М.А.) Мы постоянно сотрудничали, проводя совместные операции с профессором Лёнюшкиным А.И. (заведующий отделением плановой хирургии) и ведущим научным сотрудником этого же отделения кандидатом медицинских наук Окуловым Е.А., продолжаем сотрудничать и выполнять совместные операции с профессорами Яцыком С.П. (заведующий отделением андрологии) и Зоркиным С.Н. (заведующий отделением урологии). Перечисленные отделения входят в НИИ детской хирургии (директор-профессор д.м.н. Морозов Д.А.), входящий в состав НЦЗД (Генеральный директор – академик профессор Баранов А.А.).

Интересная деталь. В 1990-1992 годы по приглашению академика РАН и РАМН профессора Ефуни С.Н., мы проводили маскулинизирующую пластику или феминизирующую пластику гениталий с созданием влагалища из сегмента толстой кишки у больных, страдающих мужским и фаллопластику больным, страдающих женским транссексуализмом, в условиях барооперационной института гипербарической медицины. Операционный и послеоперационный периоды протекали у них значительно лучше. Приспосабливаться к работе в обстановке института нам помогали Панфёрова В.Н., её сын Панфёров В. и тогда доцент, в настоящее время профессор Родионов В.В.

Считаем своим долгом принести руководству больниц и упомянутым коллегам свою глубокую и искреннюю благодарность и признательность. Такие же слова благодарности и признательности выражаем в адрес коллектива и руководства Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова и, прежде всего его директору академику профессору Сухих Г.Т., помощникам заместителя директора Центра академика профессора Адамян Л.В., а именно кандидату медицинских наук Гречихиной Н.Ф., кандидату медицинских наук Сашину Б.Е., докторам медицинских наук Данилову А.Ю. и Макияну З.Н. Именно здесь с помощью академика профессора Адамян Л.В. и профессора Богдановой Е.А. мы расширили показания к пластике влагалища с использованием тазовой брюшины под контролем лапароскопа у девочек и девушек с пороками развития внутренних гениталий и отсутствием влагалища, а также у юношей, страдающих транссексуализмом. Правда, следует отметить, что в последнем случае влагалище, созданное из тазовой брюшины, у всех 4 пациентов не могло быть использовано в известных или обозначенных целях, даже после попыток интенсивного бужирования, и мы вновь думаем о переходе к использованию

толстокишечного кольпопоза у таких пациентов, как это было ранее. Возможно, что одной из причин этой относительной неудачи – недоучёт анатомотопографических особенностей мужского таза.

Ещё во времена Голубевой Ирины Вячеславовны нам представилась возможность работать совместно со специалистами Института экспериментальной эндокринологии и химии гормонов (ныне – Эндокринологический научный центр) с профессором Казеевым К.Н., кандидатом медицинских наук Голубевой И.В., доктором медицинских наук Пищулиным А.А., профессором Жуковским М.А., профессором Старковой Н.Т., с.н.с. к.м.н. Базаровой Э.Б., профессором Семичевой Т.В., кандидатом медицинских наук Кузнецовой Э.С., профессором Маровой Е.И. и др. В настоящее время наше содружество продолжается и с разрешения Генерального директора Центра академика профессора Дедова И.И., директора Института клинической эндокринологии академика профессора Мельниченко Г.А. и директора Института детской эндокринологии академика профессора Петерковой В.А. мы продолжаем проводить совместные операции с профессором Андреевой Е.Н. и профессором Курбатовым Д.Г., а также профессором Кузнецовым Н.С. и уникальным анестезиологом–эндокринологом Куратёвым Л.В.. Долголетнее содружество с этим замечательным высокопрофессиональным коллективом позволяет нам высказать ему особые слова благодарности.

Нельзя не поблагодарить и те коллективы, которые в разные времена принимали нас и создавали отличные условия для проведения сложных операций. Это городские и районные больницы подмосковного Красногорска, прежде всего КГБ № 1 (Красногорская городская больница), её урологическое отделение (заведующий - Овсепян Р.А. и его славные помощники Пуздрач В.В., кандидат медицинских наук Сысоев П.А. и Мясников И.М., которые участвовали в феминизирующих и маскулинизирующих пластиках в полном объёме), клиники Одессы, Ровно, Вологды, Саратова, Абакана, Санкт-Петербурга, Ростова–на–Дону, Таганрога, Магнитогорска, Челябинска, Петропавловска-на-Камчатке, Петрозаводска, Калининграда, Орла, Калуги, Владимира, Таллина, Риги, Сухуми, Ташкента, Самарканда, Алма-Аты, Семипалатинска, Чимкента, Ашхабада, Еревана и др. В перечисленных городах мы проводили «мастер-классы» по применению маскулинизирующих и феминизирующих пластик и хирургического лечения отдельных нозологических форм поражения органов репродуктивной системы, а также показательные операции по созданию влагалища из сегмента толстой кишки.

Сердечную благодарность приносим нашим коллегам из Санкт-Петербурга. Прежде всего, заведующей эндокринологическим отделением больницы им. Раухфуса К.А. Николаевой

Л.В., которая обеспечила отличные условия для проведения феминизирующей пластики более чем 20 детям различных возрастов. А также проректору Санкт-Петербургского педиатрического университета зав. кафедрой детской гинекологии этого же университета профессору Кутушевой Г.Ф. (в предыдущие годы заведовал кафедрой профессор Гуркин Ю.А., поддержавший наши начинания) и доценту кафедры Кохреидзе Н.А., проректору по научной работе университета зав. кафедрой детской уроандрологии профессору Осипову И.Б. и его помощникам, в том числе Алексеевой Л.А. Именно с их помощью мягко и благоприятно прошли операции по созданию влагалища из сегмента толстой кишки у девочек 12 и 17 лет, а также редкая операция удаления хронического пахивагиналита у ребёнка 2 лет. Теперь эти операции, входящие в разряд высокотехнологичных, выполняются в упомянутых клиниках.

Наша исследования на самых ранних этапах их развития привлекла внимание заведующего кафедрой детской хирургии Петрозаводского Государственного Университета профессора Григовича И.Н. Мы были приглашены в его клинику, где кроме традиционных лекций для студентов и коллектива врачей, консультативного приёма больных детей, провели успешную пластику влагалища из участка толстой кишки девочке 8 лет.

Считаем необходимым выразить глубокую благодарность руководителям, сотрудникам и медицинскому персоналу клиник и центров, где нам была предоставлена возможность выполнить ряд операций, а также всем, кто оказал помощь в подготовке и издании 4 монографий и 2 руководств для врачей, более 20 учебных пособий и клинических лекций для врачей, часть из которых утверждена Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России, методических рекомендаций (7) и новых медицинских технологий (2), утверждённых МЗ, более 40 Патентов РФ (очередной мы получили в конце 2013г.) Кроме того, за эти годы подготовлены 27 кандидатов медицинских наук и 6 докторов медицинских наук. Только в 2012 году к защите на соискание учёной степени кандидата медицинских наук было подано 6 работ, которые успешно защищены. Тем самым создаётся база для развития отечественной школы детских андрогинекологов.

Отметим участие нашего коллектива в создании новых программ в т.ч. тестовых для ординатуры, аспирантуры по детской уроандрологии, детской хирургии, выделив специальную роль в этой сложной работе старшего научного сотрудника кандидата медицинских наук Годлевского Д.Н.

Особая благодарность — сотрудникам отдела детской хирургии РМАПО и кафедры репродуктивной медицины и хирургии МГМСУ им. Ермакова А.И. — аспирантам и соискателям, совместная работа с которыми обогатила наш практический и научный опыт.

Прежде всего, это кандидат медицинских наук Зуев Ю.Е, занимавшийся вместе с нами проблемой острых заболеваний яичек; кандидаты медицинских наук Чилиева Л.М., Аннаорова О.М. и Негмаджанов Б.Б. (доктор медицинских наук с 1993 года), внесшие много ценного в разработку способов феминизирующей и маскулинизирующей пластики; кандидаты медицинских наук Макаров В.И., рано ушедший из нашей жизни, и Володько Е.А., ставшая в 2006 году доктором медицинских наук, при участии которых создана оригинальная методика лечения гипоспадии; кандидат медицинских наук Саруханов А.Т., подтвердивший возможность бескровного кольпопоза у детей; в отделении лучевой диагностики (зав. – Вороненко О.А.) Тушинской детской городской больницы кандидат медицинских наук Иванченко О.Ф. впервые представила описание возрастных особенностей ультразвуковой картины органов репродуктивной системы у детей, в теперешнее время эту тему продолжил кандидат медицинских наук Гарибанов З.М., первым предложивший такой подвод датчиков, который позволяет оценивать органы малого таза из ретроперитонеальной позиции; подчеркнем наше творческое содружество с сотрудником этого отделения великолепным лучевым диагностом кандидатом медицинских наук Лавровой Т.Р.; Уринов У.Я., участвовавший в разработке методики уретро -, синусо -, вагиноскопии; кандидаты медицинских наук Тандилава Р.З., Годлевский Д.Н., Тарусин Д.И. (доктор медицинских наук с 2005 года) и Кондаков В.Т. (доктор медицинских наук с 1998 года, умер в 2004г.), привнесшие много нового в разработку методов лечения варикоцеле, в последние годы (2011 – 2014) в упомянутую проблему буквально ворвался Спориш Е.А., изучивший при научном консультировании профессором Божедомовым А.В. репродуктивную функцию мужчин, страдающих варикоцеле и давший оценку функциональным нарушениям сперматозоидов; кандидат медицинских наук Трейвас В.С. из Херсона, участвовавший в создании нового способа орхидопексии; кандидат медицинских наук Латышев О.Ю., досконально изучивший патогенез крипторхизма; кандидат медицинских наук старший научный сотрудник Бровин Д.Н., один из участников создания нового направления в нашей специальности, а именно педиатрической маммологии; кандидат медицинских наук научный сотрудник Мираков К.К. и ведущий научный сотрудник отдела Самойлович Э.Ф. (доктор медицинских наук с 1995 года, к сожалению, ушедший от всех нас в 2012 году), советы которых оказались весьма полезными в нашей работе.

Наряду с завершением работы при участии медицинских психологов Тушинской детской городской больницы Григорьянц Т.Г., Деришевой Н.В., Потаниной И.В. по оценке психической, психологической и эндокринной адаптации больных в мужском поле (кандидат медицинских наук Кононова Я.И.) и в женском поле (кандидат медицинских наук Зубкова

Н.А.), после проведённых пластических операций, мы сконцентрировались на изучении изменений в предстательной железе у детей, страдающих варикоцеле (кандидат медицинских наук Чанаканов З.И.), на разработке схемы оценки результатов лечения заболеваний пахово-мошоночной области у детей (кандидат медицинских наук Исмаилов К.А.), на продолжении совершенствования эндоскопических методов исследования половых протоков (кандидат медицинских наук Ашурбеков Б.С.), а также техники создания влагалища из сегмента толстой кишки под контролем лапароскопа (профессор доктор медицинских наук Поддубный И.В., профессор доктор медицинских наук Окулов А.Б. и кандидат медицинских наук Магомедов М.П.), перспективным остаётся изучение результатов лечения гипоспадии у детей, страдающих нарушением формирования пола (кандидат медицинских наук Галаова Л.М.), и, конечно, не можем не упомянуть профессора доктора медицинских наук Ахмину Н.И. и ведущих научных сотрудников кандидатов медицинских наук Окулова Е.А. и Окулову (Тин) И.Ф., сделавших свой вклад в создание и развитие новой специальности.

Наша работа стала возможной в связи с организацией в 90–е годы прошлого столетия в Тушинской детской городской больнице на базе эндокринологического отделения [заведующая - Коломина И.Г. и её помощники Емельянова Г.М.(ушла из жизни в 2013 г.) и Евсюкова Е.А.] Центра, более 20 лет существующего, к сожалению, только де-факто. Здесь в ежедневном труде были объединены усилия педиатров-эндокринологов, клинических генетиков, специалистов по лучевой диагностике, медицинских психологов и детских хирургов, имеющих опыт в детской андрологии, детской гинекологии и пластической хирургии и владеющих различными способами отведения мочи и кала), что обеспечивает высокое качество комплексного лечения больных и многократную защиту интересов маленького пациента.

Особую роль для больных детей и нас играет консультативно - диагностическое поликлиническое отделение (заведующая – кандидат медицинских наук Петрухина Е.Н. и её помощница Стрункина И.В.) Тушинской больницы, работа которого также направлена на защиту интересов ребёнка. Правда, в настоящее время руководство отделения сменилось, да и сама целевая установка в работе отделения изменилась.

Идея создания такого Центра в какой-то степени связана с именем легендарного детского хирурга, с которым у нас были многолетние дружеские отношения. Речь идёт о Президенте Всемирной ассоциации детских хирургов, Президенте польского товарищества детских хирургов, много сделавшего для этого товарищества, полковнике Польской армии профессоре Зигмунде Калицинском, к сожалению, уже покинувшем этот мир. Его смелость

и оригинальность решения многих сложнейших организационных и практических вопросов детской хирургии всегда будут служить примером для подражания. Он возглавлял детский хирургический раздел работы в одном из военных госпиталей Варшавы. Мы вместе с профессором Гельдтом Вадимом Георгиевичем, когда были у него в гостях, обратили внимание на то, что дети с хирургическими заболеваниями поступают в детское соматическое 120-коечное отделение. Всю первичную, а затем, после консилиума с хирургами, и диагностическую информацию собирают педиатры. На заключительном консилиуме формулируется диагноз и показания к операции. Вслед за этим выполняется операция и два дня пациент находится в одной из двух палат интенсивной терапии, затем возвращается на соматическую койку и далее выписка домой, которую осуществляют те же педиатры. Профессор Калицинский З. со своими немногочисленными помощниками выполнял более сотни сложнейших операций в год в различных анатомических областях. На наши недоумённые вопросы он ответил чётко и убедительно: «Детская хирургическая койка стоит дороже, чем соматическая».

Этим вопросом заинтересовалась профессор Нейговзина Н.Б., в то время заместитель главного врача по лечебной работе Тушинской детской городской больницы, и с её легкой руки Центр начал работу. Естественно, что подобное не могло произойти без поддержки Главных врачей, возглавлявших Тушинскую детскую больницу в разные годы. Особо отметим в этом плане одного из них, а именно кандидата медицинских наук Смирнова В.Ф. и его заместителя по хирургии Алейникову В.А.. И в настоящее время Главный врач ТДГБ – профессор доктор медицинских наук Османов И.М., его заместитель по хирургии профессор доктор медицинских наук Шеин В.Н., занимают толерантную позицию в отношении деятельности Центра.

Тушинская детская городская больница – единая клиническая база педиатрического факультета Российской медицинской академии последипломного образования. Это обеспечило высокий уровень качества лечебной работы Центра и участие в научных исследованиях кроме сотрудников отдела детской хирургии (зав. - профессор Окулов А.Б.) НИЦ РМАПО, сотрудников каф. детской эндокринологии (зав. профессор Касаткина Э.П., в настоящее время – профессор Самсонова Л.Н.), каф. педиатрии (зав. – профессор Коровина Н.А., в настоящее время - профессор Захарова И.Н.), каф. лучевой диагностики детского возраста (зав. – профессор Филиппкин М.А., в настоящее время - профессор Пыков М.И.), каф. медицинской генетики (зав. – профессор Козлова С.И., в настоящее время - академик профессор Гинтер Е.К.), каф. анестезиологии, реаниматологии и токсикологии детского возраста (зав. – профессор Острейков И.Ф.), кафедра детской неврологии (зав. – профессор

Бондаренко Е.С., в настоящее время – профессор Зыков В.П.), кафедра детской оториноларингологии ( зав. – профессор Шеврыгин Б.В., в настоящее время – профессор Карпова Е.П), кафедра детской нейрохирургии (зав. - профессор Артарян А.А., в настоящее время – академик профессор Коновалов А.Н.), кафедра детской хирургии (зав. – академик профессор Долецкий С.Я., затем заведовали последовательно профессора Гельдт В.Г. и Щитинин В.Е., в настоящее время – профессор Соколов Ю.Ю.), кафедра детских инфекционных болезней (зав. – профессор Мазанкова Л.Н.).

Значимый вклад в это направление сделали сотрудники кафедры репродуктивной медицины и хирургии (зав. – академик профессор Адамян Л.В.) МГМСУ им. Евдокимова А.И. Росздрава и сотрудники лаборатории генетики нарушений репродукции Медико-генетического Центра (директор – академик профессор Гинтер Е.К.), профессор Курило Л.Ф. и кандидат медицинских наук Черных В.Б. Продолжаются интересные перспективные совместные клинические исследования в области разработок хирургических пособий особенно при клоакальных формах атрезии (синдром каудальной регрессии) с коллективом НИИ детской хирургии (директор – профессор Морозов Д.А.), входящего в НЦЗД (Генеральный директор – академик профессор Баранов А.А.). Остаются творческие контакты с коллективом НИИ педиатрии и детской хирургии, который вошёл в настоящее время структурной единицей в Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова с сохранением в качестве клинической базы Городской детской больницы им. Сперанского Г.Н., с сотрудниками его отделения урологии (руководитель – профессор Вишневский Е.Л., в настоящее время - профессор Гельдт В.Г.), абдоминальной хирургии (руководитель – профессор Петлах В.И.), с сотрудниками отделения урологии (заведующий - кандидат медицинских наук Староверов О.В.) ДГБ им Сперанского Г.Н., с другими коллективами института, например, с сотрудниками отделения клинической генетики, в частности с кандидатом медицинских наук Тозлиян Е.В.. К моменту создания этого труда старейшего института «Педиатрии и детской хирургии» уже не существует. А жаль! К его организации имели прямое отношение академик Долецкий С.Я. и профессор Гаврюшов В.В. При руководстве академиком Вельтищевым Ю.Е. и профессором Державиным В.М. институт играл выдающуюся роль в развитии отечественной и мировой педиатрической науки, в создании уникальных школ по многим специальностям, в том числе по детской уро – нефрологии.

Длительный опыт работы нашего Центра убеждает в его экономической выгоды. Мы провели сравнения и установили, что детская хирургическая койка, действительно, значительно дороже соматической; количество расхождений диагнозов до и после операций

вслед за организацией Центра снизилось; уменьшилось количество типичных осложнений, а тяжёлые сошли на нет; сократились сроки пребывания больного на койке, что соответствует декретированным в последние годы. Кроме этого, Центру с момента его создания, делегированы разработки методов диагностики и хирургического лечения других эндокринопатий, связанных со щитовидной железой, паращитовидными и поджелудочной железами, а также надпочечниками у детей, и разработка хирургических технологий, применяемых у детей, страдающих сахарным диабетом.

Преимущества этой формы сотрудничества очевидны. В последнее время возникают вопросы о целесообразности такой конфигурации работы специалистов. Как говорят, она (эта форма работы) вроде бы не устраивает эпидемиологов (?) и ещё кого – то, кто нам неизвестен.

Подтверждением перспективности нашего начинания послужила научно-практическая конференция, организованная и проведённая весной 2013 года Главным врачом Тушинской детской больницы профессором Османовым И.М. совместно со специалистами Барселонского детского госпиталя (Sant Joan Deu Deu) при Университете Барселоны. Они работают, как оказалось, по той же самой схеме, но давно и далеко продвинутой.

Здесь уместно вспомнить статью в Медицинской газете академика Долецкого С.Я. об организационных трудностях прежней научной медицины. Он их связывал с «единоначалием и двоевластием», одновременно заложенными в типовом договоре о клинической базе, который не выдерживал никакой юридической критики. В настоящее время «единоначалие» сместилось в сторону администрации клинических баз. Возможно, что для кого-то это удобно, но профессорско-преподавательский состав, научный состав подразделений оказался, мягко выражаясь, в трудном положении. В трудное положение попадают и больные. Во всяком случае, в прежние годы мы не устанавливали в Москве диагноз синдром врождённой дисфункции коры надпочечников у детей в возрасте 12 лет! а крипторхизм - в 14 лет!

В то же время, с уменьшающейся долей, но оптимизма смотреть в будущее надежда у нас есть. Свидетельством тому служит выездное заседание Президиума Российской академии медицинских наук, проведенное 6 марта 2013 года в Центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, целиком посвящённое проблемам репродукции (Рис № 6).





Рис.№6 Повестка выездного заседания Президиума РАМН

С содержательным докладом «Развитие научных исследований и научной инфраструктуры в рамках задач платформы «Репродуктивное здоровье»» выступил академик Сухих Г.Т.. Часть доклада была отведена детской андрологии и детской гинекологии, что подчёркивает значимость наших организационных и научных усилий. Важный итог выездного заседания Президиума РАМН - это принятие решения о посвящении одной из сессий Академии вопросам репродукции человека. В настоящее время происходит реорганизация «Большой Академии и Малых Академий». Возможно, положительный результат такой реорганизации проявится, но не скоро. Так что перспективы развития «Науки о поле» вновь покрываются туманом.

Мы благодарим всех за сотрудничество, понимание и терпение, что в конечном итоге обеспечило завершение настоящего труда. В ходе подготовки материалов неоценимую помощь в качестве экспертов нам оказали преждевременно ушедшие из жизни: один из основоположников науки о поле Голубева Ирина Вячеславовна, замечательный педиатр - эндокринолог кандидат медицинских наук доцент Матковская Алла Николаевна, выдающийся учёный клиницист специалист в области детской хирургии Заслуженный деятель науки РФ профессор Лёнюшкин Алексей Иванович, а также находящиеся в расцвете творческих сил и работающие вместе с нами сегодня старший научный сотрудник кандидат медицинских наук Бровин Дмитрий Николаевич и ассистент кафедры детской эндокринологии кандидат медицинских наук Латышев Олег Юрьевич.

По большому счёту, мы живём не в «безвоздушном пространстве». Нас окружают члены семьи, родственники, друзья по жизни и работе. И волей – неволей они вносили и вносят в наш коллективный труд свою долю усилий. В соответствии с этим, нам хотелось бы поблагодарить их всех, но, прежде всего, наших родителей маму Окулову Валентину Александровну, урождённую Григоровой, вырастившей 3 сыновей, потерявшую одного из них лётчика в годы Великой Отечественной Войны, служившую всю жизнь медицинской сестрой, прожившую почти 100 лет; папу Окулова Бориса Николаевича, землестроителя по образованию, прошедшего почти 6 лет войны командиром сапёрного подразделения и 7 лет лагерей из 10 с реабилитацией. Благодарим Ахмину Наталию Ивановну доктора медицинских наук профессора кафедры неонатологии. Её советы всегда точны и не поддаются двоякому толкованию. Это замечательная особенность характерна для Ленинградской школы подготовки врачей. Благодарим в.н.с. к.м.н. Тин Ирину Феликсовну за неоценимую помощь в работе. Из упомянутых выше, отмечу тех, которые хоть в какой-то мере в ходе дружеских встреч влияли на мировоззрение и тем самым участвовали в формировании наших научных взглядов, мыслей и идей, которые, в конце концов, и легли в основу очерков. Это, прежде всего Ермакова (Баранова) М.П. специалист в области порошковой металлургии, автор одного из открытий в этой специальности. Смешной, но любопытный факт - при оформлении заявки на открытие автор среди подписантов оказалась на 22 месте. Правильной формальной оценке картины того или другого художника нас учила Тюляева М.М. – дочка известного художника Тюляева М. И., картины которого находятся в музеях нашей страны. Бывший крупный комсомольский работник, а теперь заведующий кафедрой социально-экономических и правовых дисциплин, чьи учебники переиздавались много раз, Слагода В.Г.. Его классическое: «не спешите с выводами» останется востребованным на все времена. В своё время известные всей Москве, и не только, врач – психиатр по образованию кандидат медицинских наук Петруnek В.П. и кандидат технических наук Добрица А.Ф., курировавшие в своё время соответственно Московские медицину, науку и ВУЗы, давали советы, отличавшиеся точностью и прагматизмом. Член Коллегии Министерства трудовых резервов, в годы войны зенитчица - защитница Москвы, а затем разведчица одного из полевых подразделений Зражевская В.В., проявлявшая определённые экстрасенсорные способности, оставила после себя стихи, которые «надиктовал ей во время её снов Высоцкий В.С.». У меня нет никаких сомнений в искренности Веры Владимировны. Тем более подобные прецеденты в литературе описаны («Письма Живого Усопшего» / Элен Баркер. – М.: Эксмо, 2007. – 224 с.). Сама она стихов не складывала и во времена Высоцкого В.С. даже не знала его фамилии, не читала, но слышала

и её раздражало его хриплое пение, которое несло из переносного магнитофона её сына. Ещё при жизни Веры Владимировны проводилась поэтическая экспертиза её «ночных» стихов, которая сделала осторожное заключение: «стихи, возможно, принадлежат действительно Высоцкому В.С.». Во всяком случае, другой, один из любимейших наших друзей физик-акустик ленинградец Мартынов А.В. собрал, отсортировал эти стихи и с разрешения сына Веры Владимировны опубликовал их в книге «ПОСЛЕСЛОВИЕ Владимира Высоцкого» (Рис № 7), выпущенной в 2009 году издательским домом АНО «Церковь и флот» памяти святого праведного воина Феодора Ушакова Адмирала Российского Флота.

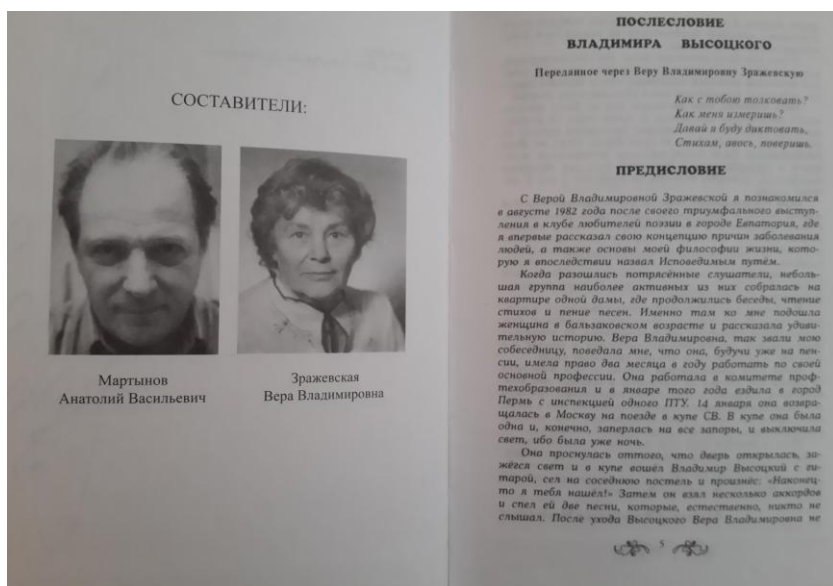


Рис. № 7 Стихотворная книга в память о Высоцком В.С. и Зразжевской В.В.

Беседы с Верой Владимировной всегда были увлекательны. Да и сам Мартынов Анатолий Васильевич заслуживает особого внимания. Он автор многих философских и поэтических книг. Главной из них я бы назвал «Исповедимый ПУТЬ». Мы читали её в рукописи ещё в 1983 году, но вышла она в свет только в 1991. Книга изменила философские взгляды многих, читавших её, в том числе и наши. В 2000 году Анатолий Васильевич выпускает свою основную работу «Философия жизни». Но он не считает себя ни философом, ни писателем, ни тем более физиком-акустиком, хотя многие годы проработал в так называемых «ящиках». Прежде всего, он считает себя поэтом. Его стихотворные книги «Исповедь огня» (1996) и «Любовь и свет» (2005), особенно мастерски сделанная корона венков сонетов «Благовест» (1996) производят глубокие впечатления. Экстрасенсорные способности Анатолия Васильевича заметила Вера Владимировна и посоветовала ему развивать их. Он это делал и делает постоянно и стал хорошим диагностом. Это не значит, что он ставит расширенный диагноз, но он точно определяет страдающую область тела или страдающий орган. А это уже

много. Кроме того, Анатолий Васильевич не раз демонстрировал свои возможности в поисках пропавших людей, в том числе детей, и свой потенциал в телекинезе. Академик РАЕН физик и лирик Немировский Л.Н., сын известного архитектора - художника Бревды Н.И., создал в МИРЭА при одной из кафедр института учебный курс под названием «Метафизика как метод познания» и издал красивую и по форме и по содержанию книгу стихов под наименованием «Игра граней» (2005). Его супруга профессор кафедры специального фортепьяно Гнесинской академии музыки Носина В.Б., замечательная пианистка, подготовившая многих лауреатов разнообразных конкурсов у нас в стране и за рубежом, оказалась к тому же продолжателем дела Нобелевского Лауреата Швейцера Альберта. Вера Борисовна издала результаты своих исследований творчества Баха И.С. в 1991 г. С тех пор её книга претерпела несколько изданий. В связи с именем Веры Борисовны обязательно возникает имя одной из её лучших учениц Лауреата Всесоюзного конкурса пианистов Цокуренко Полины. С нами долгое время держит связь известный кинорежиссёр профессор ВГИКа Резников Е.И. Именно по его сценарию «Мужской вектор» Демидова Е. создала соответствующий фильм. Нельзя не упомянуть здесь несколько семей: Егоровых и Антоновых (и тех и других – они родственники - можно отнести к педагогам высокого уровня, готовящих специалистов для народного хозяйства), Сычиновых (занимающихся профессионально космосом) и Сыроежкиных (в трудовых книжках и жены, и мужа, наряду с другими, стоит короткая и гордая запись – «...выполнение особого задания правительства»), Ярошевских (глава семьи Илья Дмитриевич, всю свою сознательную жизнь проработал в «оборонке», но мечтал об одном - о реставрации церкви и полностью осуществил эту мечту под конец своей короткой и яркой жизни; вместе с женой кандидатом медицинских наук Ярошевской {урождённую Киселёвой} Татьяной Ивановной они воспитали замечательных девочек, ставших врачами кандидатами медицинских наук Ольгу Ильиничну – детский нефролог и Наталью Ильиничну – детский эндокринолог, к сожалению, рано трагически погибшей в одном из своих многочисленных походов) и Стародубровских (Валерий Петрович, выдающийся музыкант, пианист, композитор и исполнитель, педагог, профессор, имеющий отношение и к Московской консерватории, и Гнесинской академии музыки, и Красноярской консерватории и Московской академии хорового искусства, и его супруга Лариса Алексеевна, в своё время известная пианистка и педагог, профессор, воспитали многих музыкантов, но прежде всего замечательных своих детей вокалистку Екатерину Стародубровскую и пианиста, композитора Алексея Стародубровского, его дочь и их внучку-пианистку также Екатерину Стародубровскую). Семья Линчевских, Евгений Николаевич и его супруга Ирина Арсеньевна. Мы долгое время не знали о том, что все свои

предпенсионные годы они успешно работали по программе «Буря». Кроме того, Евгений Николаевич был призван в 1944 году в Советскую армию и до 1950 года воевал с бандеровцами в Западной Украине. Все упомянутые семьи, по мере возможностей, вложили свои души в наше сугубо медицинское дело. Судьба каждой из этих семей настолько интересна, что её описание достойно страниц библиотеки ЖЗЛ. Понимающих и сочувствующих нашей теме среди врачей несть числа. Упомяну, прежде всего, наших друзей и ушедших из жизни и живых. Это профессор Акопян В.Г. и профессор Лёнюшкин А.И., профессор Голубева И.В. и профессор Пищулин А.А., профессор Филиппкин М.А., доцент Матковская (Макарова) А.Н. и доцент Киселёв В.П., профессор Поляков В.А. и профессор Бухановский А.О., доцент Терехов Ю.П. и доцент Шадрин В.Н., юрист по образованию Зеленков В.П., доцент Штатнов М.К., онкогинеколог Леонова А.Г., профессор Шабалов Н.П. и профессор Гельдт В.Г., профессор Острейков И.Ф., профессор Конев Ю.В. и профессор Яковлев М.Ю., академик профессор Кубатиев А.А.

Естественно, настоящая работа не претендует даже на краткую «антологию» исследований по проблемам заболеваний органов репродуктивной системы. Главное в том, что читатели получают результаты труда, основанные на критическом осмыслении большого научного материала, и простор для самостоятельных размышлений. Иначе говоря, получают работу, пронизанную идеями, «пробуждающими мысли и формулировки». Авторы надеются, что она внесёт свою лепту в дальнейший прогресс хирургии органов репродуктивной системы.

И последнее.

Мы, все сотрудники отдела и других кафедр, никогда не забывали и не забудем тех, кто стоял у истоков организации отдела детской хирургии НИЦ РМАПО. Это ректор ЦОЛИУВ (ныне РМАПО) Заслуженный врач РФ Ковригина М.Д., проректор профессор Касаткин Ю.Н., профессор Гаврюшов В.В. (декан педиатрического факультета, а затем впервые выбранный коллективом ректор РМАПО), академик Долецкий С.Я., Заслуженный деятель науки РФ Лауреат многих специализированных научных премий профессор Лёнюшкин А.И. – постоянный научный советник отдела детской хирургии с момента его организации, и, прежде всего, первый руководитель отдела профессор Акопян В.Г., красивый талантливый человек и в жизни, и в работе, и в искусстве. Он был блестящим клиницистом, виртуозом исполнения сложнейших операций, автором монографий и руководств, патентов, которые выходили и в отделе детской хирургии и на кафедре детской хирургии, которые он сам и оформлял, как художник. Он был Действительным членом Союза художников СССР по отделению графики. Его творческое наследие в этом отношении ещё мало изучено. Светлой памяти этих замечательных людей и посвящена наша работа.

# ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ - УРОЛОГИ!

Приглашаем Вас принять участие в работе

**XI РОССИЙСКОЙ ШКОЛЫ по оперативной урологии**

**«УРЕТРАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ»**

**22- 23 октября 2015г.**

**Организаторы:** Российское Общество Урологов  
Министерство здравоохранения Ростовской области  
Ростовский государственный медицинский университет  
Ассоциация урологов Дона

Программа ШКОЛЫ включает трансляцию операций в режиме on-line и semi-line, проведение образовательных семинаров, научных симпозиумов, круглых столов, мастер-классов.

Педагоги ШКОЛЫ – ведущие специалисты по уретральной хирургии России.

По окончании ШКОЛЫ всем участникам будет выдан сертификат.

Во время работы Школы будет проведена специализированная выставка медицинского оборудования и лекарственных средств.

**Место проведения Российской Школы: Ростовский государственный медицинский университет**

**Регистрационный взнос участника –3000 руб.** Оплата непосредственно в оргкомитет по прибытии.

**Предварительные заявки на участие в Школе** просим направлять в адрес Конгресс-оператора до **10 сентября 2015 г.** e-mail: congress\_progress@mail.ru

**Бронирование мест в гостиницах самостоятельное!**

Адреса рекомендуемых отелей:

- 1. Конгресс-отель Don-Plaza.** Адрес: Улица Большая Садовая, 115.  
Телефоны: +7 (863) 263-90-65, факс +7 (863) 263-11-38, booking@don-plaza.ru
- 2. Гостиница Маринс Парк Отель.** Адрес: Проспект Буденновский, 59.  
Телефоны: +7 (863) 290-76-66 (круглосуточно), E-mail: marins.park@mail.ru
- 3. Отель «Атташе».** Адрес: Проспект Соколова 19/22  
Телефоны: +7 (863) 299-98-88 Сайт: [www.hotel-attache.ru](http://www.hotel-attache.ru). E-mail: bron@hotel-attache.ru
- 4. Гостиница «Островок»** Адрес: Улица В. Черевичкина, 103.  
Телефоны: +7 (863) 253-11-36, 253-88-77
- 5. Отель «VillaRio»** Адрес: Проспект Шолохова, 132/1.  
Телефоны: +7 (863) 283-11-01, 283-10-23
- 6. Гостиница «M&G Holl»** Адрес: Улица 35 Линия, 81  
Телефоны: (863) 248-19-05
- 7. Гостиница «Золотой Лев»** Адрес: Улица Каяни, 11а.  
Телефоны: (863) 266-57-32. Сайт: [www.hotelgoldenlion.ru](http://www.hotelgoldenlion.ru)

Дополнительная информация по Школе будет публиковаться на сайтах:  
<http://www.uroprofi.ru><http://www.uroweb.ru>

**Организационные вопросы:**

тел./факс: +7 (863) 201-44-48,+7(863) 291-89-08

e-mail: [dept\\_kogan@mail.ru](mailto:dept_kogan@mail.ru)

веб-сайт: [www.UroProfi.ru](http://www.UroProfi.ru)

**Участие в выставке, технические вопросы:**

**Конгресс-бюро "Прогресс"**

Паршина Наталья Михайловна

тел. +79187404825

E-mail: [congress\\_progress@mail.ru](mailto:congress_progress@mail.ru)

От имени ОРГКОМИТЕТА

Руководитель Комитета по образованию РОУ и

Российской Школы оперативной урологии

Зав. кафедрой урологии и репродуктивного здоровья человека

с курсом детской урологии – андрологии РостГМУ

Заслуженный деятель науки РФ

д.м.н., профессор



М.И. Коган