НОВЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 9

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ДЕСТРУКЦИЕЙ УРЕТРЫ 11

ВЕСТНИК РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

2023 г. № 2

УЧРЕДИТЕЛЬ – ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО УРОЛОГОВ»

С праздником, дорогие коллеги!

В третье воскресенье июня в нашей стране отмечается День медицинского работника. В этот день мы поздравляем всех, кто выбрал эту непростую, но очень нужную и по-настоящему гуманную профессию.

От души поздравляю всех коллег, врачей-урологов, с этим замечательным праздником. Желаю продуктивной работы, успешных решений, интересных проектов, благодарных пациентов, широких перспектив и, конечно, крепкого здоровья! Каждый день врачу приходится искать ответы на непростые вопросы и принимать сложные решения. В этом ему помогают знания и опыт. Жизнь не стоит на месте. Каждый год появляются новые научные достижения в области медицины и биотехнологий. Конечно, всем нам приходится постоянно держать руку «на пульсе жизни».

Одно из важнейших качеств врача – постоянное стремление к самосовершенствованию. Российское общество урологов делает все возможное, чтобы помочь коллегам всегда находиться в курсе новейших достижений современной медицинской науки и технических новинок. Ежегодные конгрессы, которые проводит РОУ, позволяют всем специалистам-урологам не только получить новые знания, но и поделиться своим бесценным опытом, пообщаться с единомышленниками, вдохновиться новыми идеями.

Приглашаю всех коллег на очередной XXIII конгресс РОУ, который будет проходить с 14 по 16 сентября 2023 г. в г. Казани (Приволжский федеральный округ). В этом мероприятии примут участие ведущие специалисты из России и стран СНГ. Лидеры специальности расскажут о результатах новейших исследований и инновационных технологий в области урологии, обсудят вопросы фармакотерапии, хирургии, особенности лечения онкоурологических, инфекционных и других урологических заболеваний.

Уверен, что конгресс будет интересным и ярким событием, которое запомнится всем нам. Приезжайте!

Петр Витальевич Глыбочко,
академик РАН, д.м.н.,
профессор, Председатель РОУ,
ректор ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

14-16 сентября 2023

XXIII КОНГРЕСС РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

КАЗАНЬ «Казань Экспо»

Организаторы

При поддержке

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМАТИКИ «Новые дороги – новые шаги»

- Что необходимо делать и как для повышения качества амбулаторной и госпитальной урологической помощи в России?
- Новые возможности фармацевтики для урологической практики.
- Онкоурология – меньше или больше хирургии в перспективе, меньше или больше терапии в будущем?
- Инфекции в урологии: микробиота, микробиом, антибиотики, пробиотики, новые лабораторные возможности.
- Гиперплазия простаты – границы терапии и хирургии, текущая оценка эффективности реальной практики лечения.
- Новации в проблемах мочекаменной болезни – что следует развивать, а что должно уйти из практики?
- Андрология, мужское здоровье – оценки настоящего времени и что в будущем?
- Урология и фундаментальные исследования – фьюжн или разлука? Что сделано и что собираемся сделать?
- Новые техники, технологии, стартапы, искусственный интеллект – инновации, которые удивляют.
- Реконструктивно-пластическая хирургия – новые методики, новые результаты.
- Импортзамещение – настоящее и что в будущем?
- Междисциплинарные взаимодействия – будущее развития урологии.
- Функциональная урология – всё ли материально?
- Лучевые методы диагностики и лечения – неотъемлемая часть урологии.

По вопросам участия:
Волосенкова Богдана
+7 (929) 674-74-97
E-mail: info@congress-rou.ru

РЕКЛАМА

congress-rou.ru/rou2023

ВЕСТНИК № 2
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

Главный редактор
Лоран Олег Борисович, академик РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и хирургической андрологии ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, член Президиума РОУ

Заместитель главного редактора
Газимиев Магомед Алхазурович, д.м.н., профессор, Директор НМИЦ по профилю «урология», заместитель директора Института урологии и репродуктивного здоровья человека, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет), исполнительный директор Российского общества урологов

Шеф-редактор
Гаджиева Заида Камалудиновна, д.м.н., руководитель отдела анализа кадровой политики, образовательных программ и научных исследований НМИЦ по профилю «урология» ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет), научный редактор журнала «Урология», заместитель исполнительного директора Российского общества урологов

Редакционный совет
проф. Аль-Шукри С.Х. (Санкт-Петербург)
проф. Братчиков О.И. (Курск)
проф. Велиев Е.И. (Москва)
проф. Данилов В.В. (Владивосток)
проф. Журавлев В.Н. (Екатеринбург)
проф. Коган М.И. (Ростов-на-Дону)
проф. Комяков Б.К. (Санкт-Петербург)
проф. Крупин В.Н. (Нижний Новгород)
проф. Кульчавеня Е.В. (Новосибирск)
проф. Медведев В.Л. (Краснодар)
академик РАН, проф. Павлов В.Н. (Уфа)
академик РАН, проф. Пушкарь Д.Ю. (Москва)
проф. Ситдыкова М.Э. (Казань)

Редакция газеты «Вестник Российского общества урологов»
Адрес: 117485 Москва,
ул. Обручева, д. 30, стр. 1.
Телефон: (495) 786-25-57 (доб. 189)
E-mail: polyakova@bionika-media.ru

Заведующая редакцией
Елена Полякова
Отдел дизайна и верстки
Александр Ларин, Марина Лындина, Марина Григорьева, Марина Полякова
Отдел полиграфии
Дмитрий Тужиков

Учредитель
Общероссийская общественная организация «Российское общество урологов»

Издатель:
www.bionika-media.ru
ООО «Бионика Медиа Инновации»

Председатель Совета директоров
Ирина Красивская

Генеральный директор
Ольга Горяинова

Размещение рекламы:

Руководитель департамента продаж рекламы в медицинской прессе
Наталия Дивлекеева
Телефон: (495) 786-25-57 (доб. 131)
E-mail: divlekeeva@bionika-media.ru

Подписка и распространение
Телефон: 8(495) 786-25-41
E-mail: subscription@bionika-media.ru

Периодичность: 4 номера в год
Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
Регистрационный номер
ПИ № ФС 77–54177 от 17.05.2013 г.

Газета набрана и сверстана в ООО «Бионика Медиа Инновации», отпечатана в ООО «Борус-Принт». 115201 г. Москва, 1-й Котляковский переулок, дом 3, этаж 1, оф. 10.

Тираж 5000 экз.
Цена свободная Номер подписан
26 июня 2023 г. Время подписания в печать:
по графику 10:00 фактическое 10:00
Полное или частичное воспроизведение редакционных материалов, опубликованных в газете «Вестник Российского общества урологов», запрещается, за исключением случаев письменного согласия редакции.

Уважаемые коллеги, друзья!

Перед вами очередной выпуск газеты «Вестник Российского общества урологов», значительная часть которого содержит подробную информацию об очередном региональном форуме РОУ, проходившем в очном формате в Москве в конце мая.
Региональные форумы РОУ «Научные аспекты урологической практики» – новый проект Российского общества урологов, начавший свою историю в 2022 г. Цель проекта – обсуждение с ведущими экспертами актуальных проблем современной урологии, поиск эффективных алгоритмов диагностики и лечения урологических заболеваний. Мне представляется, что подобные форумы открывают возможности для интерактивного обсуждения насущных проблем нашей специальности участниками и экспертами, среди которых не только признанные авторитетные ученые, но и молодые профессора и доктора наук, что обеспечивает преемственность поколений, внушая определенный оптимизм. Анализируя состоявшиеся форумы РОУ, хочу отметить значительно большую активность участников форумов в регионах, чем в столице. Возможно, это связано со значительным количеством различных конгрессов, конференций и школ в Москве. Однако в регионах достаточно подобных образовательных мероприятий, которые проводятся на высоком научно-методическом уровне. Мне кажется, что, чем больше информации в контексте непрерывного профессионального образования получат практикующие врачи-урологи, тем больше наша специальность будет соответствовать общемировым стандартам, особенно в освоении новых технологий, касающихся диагностики и лечения урологических заболеваний. Междисциплинарное взаимодействие, на которое делали акцент докладчики на московском форуме РОУ, – одна из актуальных задач современной урологии, по сути своей являющейся специальностью интегральной.
Урологическое сообщество готовится к проведению в сентябре в Казани XXIII конгресса Российского общества урологов, девиз которого «Новые дороги – новые шаги».
До встречи на конгрессе.

Ваш Олег Борисович Лоран
главный редактор, академик РАН, д.м.н., профессор

ПОДПИСКА

УРОЛОГИЯ

www.bionika-media.ru

Уважаемые читатели!
Предлагаем Вам оформить подписку с любого выпуска непосредственно в Издательском Доме Бионика Медиа!
Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.

Стоимость подписки на 2023 год:
Годовая подписка **3 198 руб. 00 коп.**
Второе полугодие **1 779 руб. 00 коп.**

Оформить подписку вы можете на портале **www.bionika-media.ru** или обратившись по телефону **8 (495) 786 25 41** и по **e-mail: podpiska@bionika.ru**

Наши менеджеры помогут подобрать вам удобную форму доставки издания и подготовят необходимые документы.

16+ Реклама
bionika media
УРОЛОГИЯ УРОЛОГИЯ

Преемственность и инновации

В конце мая в Москве в очном формате состоялся очередной региональный форум РОУ «Научные аспекты урологической практики». Программа мероприятия включала наиболее актуальные вопросы диагностики и лечения урологических заболеваний с учетом новейших научных данных. Работа форума сопровождалась выставкой ведущих отечественных и зарубежных компаний, производящих лекарственные препараты и медицинское оборудование, изделия медицинского назначения, медицинскую литературу и периодические специализированные издания.

Объединение профессионалов

Региональные форумы РОУ «Научные аспекты урологической практики» – новый проект Российского общества урологов, начавший свою историю в 2022 г. Цель проекта – объединение профессионалов в урологии для обсуждения практически значимых проблем, поиска эффективных алгоритмов диагностики и лечения урологических заболеваний, обсуждения новых технологий и решения актуальных вопросов. Всем участникам проекта предоставляется возможность повысить свой профессиональный уровень, напрямую пообщаться с признаными экспертами, обменяться опытом, получить ответы на волнующие вопросы.

Первый форум в рамках проекта РОУ состоялся в марте 2022 г. в Санкт-Петербурге для врачей Северо-Западного федерального округа. За прошедший год подобные мероприятия под эгидой РОУ состоялись также в Екатеринбурге (Уральский федеральный округ) и Сочи (Южный федеральный округ). При этом научная программа каждого форума отражает наиболее актуальные проблемы соответствующего региона.

Состоявшийся в мае 2023 г. в Москве форум РОУ прошел при поддержке Российского общества урологов и Национального медицинского исследовательского центра по профилю «урология» ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ (Сеченовский университет). Программа продолжавшегося в течение двух дней мероприятия включала научные секции, сателлитные симпозиумы, дискуссии. Перед участниками форума выступили более 20 спикеров, представивших более 30 докладов, посвященных современными направлениями лекарственной терапии заболеваний мочеполовой системы, мужского бесплодия, инновациям в хирургической практике, в том числе достижениям в области реконструктивных вмешательств на верхних мочевыводящих путях и малоинвазивных оперативных методик при уролитиазе и аденоме предстательной железы.

Опыт и перспективы

Форум открыл председатель организационного комитета форумов РОУ, заведующий кафедрой урологии и хирургической андрологии ГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ, заслуженный деятель науки РФ, член CIU, академик РАН, член президиума РОУ, профессор, д.м.н. **Олег Борисович Лоран**.

«Эти форумы призваны информировать урологическую общественность о тех тенденциях, которые сегодня существуют в нашей специальности. Поэтому составлять программу нужно таким образом, чтобы заинтересовать участников различными направлениями, которых очень много в нашей интегральной специальности. Мы все время стараемся привлекать к выступлениям молодых докторов медицинских наук для того, чтобы сохранялась преемственность, что, как мне кажется, очень важно», – отметил он в своем приветственном слове.

С первым докладом «Урогенитальные свищи в XXI веке» в рамках секции «Делимся опытом» также выступил О.Б. Лоран. Эксперт сообщил, что, если в 1950–1960 гг. преобладали акушерские и гинекологические фистулы в равном соотношении, то сегодня этиология свищей изменилась: возросло число фистул лучевых. Вместе с тем с развитием и внедрением новых технологий изменились и

Работа выставки медицинского оборудования

На форуме царила дружеская атмосфера, которая заряжала энергией, позитивом и желанием изучать новое

хирургические подходы к их лечению. Об их эффективности говорят приведенные докладчиком данные: из 182 пациенток, прооперированных в клинике урологии и хирургической андрологии РМАНПО по поводу постлучевых пузырно-влагалищных свищей, произвольное мочеиспускание восстановлено у 146 (80%).

Выступивший на этой же секции директор НМИЦ по профилю «урология», заместитель директора Института урологии и репродуктологии здоровья человека Сеченовского университета, исполнительный директор РОУ, профессор, д.м.н. **Магомед Алхазурович Газимиев** представил доклад «Пункция чашечно-лоханочной системы – стандарты и инновации». В ходе выступления эксперт рассказал о разработанной специалистами Сеченовского университета новой малотравматичной игле MG и инновационной игле MG-N для пункции ЧЛС.

Междисциплинарным взаимодействиям в урологии посвятила доклад руководитель отдела анализа кадровой политики, образовательных программ и научных исследований НМИЦ по профилю «урология» Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, научный редактор журнала «Урология», заместитель исполнительного директора РОУ, член правления РОУ, д.м.н. **Заида Камалудиновна Гаджиева**.

Темой выступления детского уролога-андролога отделения уроандрологии Российской детской клинической больницы, члена ESPU, SPU, РОУ, AUA, д.м.н. **Германа Владимировича Козырева** стал нейрогенный «клапанный» мочевой пузырь как фактор, ухудшающий функцию почечного трансплантата.

В рамках научных секций перед участниками форума также выступили заведующий отделением урологии ГКБ им. Д.Д. Плетнёва ДЗМ, заведующий кафедрой урологии и андрологии ИППО ФГБУ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБФ России, президент Российского общества по эндоурологии и новым технологиям, член президиума РОУ, чл.-корр. РАН, профессор, д.м.н. **Алексей Георгиевич Мартов**; профессор кафедры урологии и андрологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, заведующий урологическим отделением РНКЦ геронтологии, член президиума РОУ, д.м.н. **Григорий Георгиевич Кривобородов**; профессор кафедры урологии Первого Санкт-Петербургского ГМУ им. акад. И.П. Павлова, медицинский директор международного центра репродуктивной медицины, председатель Санкт-Петербургского научного общества урологов им. С.П. Федорова, заместитель председателя РОУ по образованию, д.м.н. **Игорь Алексеевич Корнеев**; главный внештатный уролог и трансплантолог ДЗ Краснодарского края, заведующий кафедрой урологии КубГМУ, заместитель главного врача по урологии НИИ – ККБ им. проф. С.В. Очаповского, заместитель председателя РОУ по клинической работе и внедрениям, профессор, д.м.н. **Владимир Леонидович Медведев;** профессор кафедры урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии РостГМУ, вице-президент Ассоциации урологов Дона, член правления РОУ **Халид Сулейманович Ибишев** и другие ведущие эксперты в области урологии.

Елена Яковлева

Предикторы урологических осложнений травматической болезни спинного мозга

В рамках форума РОУ «Научные аспекты урологической практики» для врачей Центрального федерального округа затрагивался широкий спектр вопросов урологии, андрологии, онкологии, онкоурологии, хирургии, акушерства и гинекологии. Интересный взгляд на предикторы урологических осложнений травматической болезни спинного мозга с позиции реабилитолога представил научный сотрудник ФГБУ «Российский научный центр Рентгенорадиологии» Минздрава России, доцент кафедры медицинской реабилитации ФДПО ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения РФ, к.м.н., **Роман Вячеславович Салюков**.

История вопроса и достижения современной медицины

По словам эксперта, тема урологических осложнений травматической болезни спинного мозга изучается достаточно давно. Впервые эту проблему поднял академик Н.А. Лопаткин. Сам термин «травматическая болезнь спинного мозга» применяется только в России, его англоязычным аналогом является такой термин, как «позвоночная спинно-мозговая травма». Это понятие подразумевает миелопатию, развивающуюся вследствие острого либо хронического повреждения спинного мозга, к которой относятся двигательные нарушения, сенсорные расстройства, нарушение функций органов выделения. В данном контексте нейрогенный мочевой пузырь рассматривается не как осложнение травмы спинного мозга, а как последствие или проявление травматической болезни спинного мозга.

Травматическая болезнь спинного мозга (ТБСМ) – комплекс обратимых или необратимых изменений, наступающих после острого повреждения вещества спинного мозга или сосудов, оболочек и корешков, что сопровождается реологическими или ликвородинамическими расстройствами и приводит к частичному или полному нарушению проводимости по спинному мозгу и его корешкам. Ежегодно позвоночно-спинномозговые травмы получают примерно 500 тыс. человек (в разных регионах от 24,9 до 50 случаев на 1 млн жителей). Травма позвоночника и спинного мозга в структуре общего травматизма составляет от 0,7 до 6–8%. При этом такие пациенты представляют собой наиболее тяжелый контингент реабилитационных учреждений. Вместе с тем достижения современной медицины и реабилитации приносят свои результаты.

«Если в прежние годы смертность от позвоночно-спинномозговых травм доходила до 85%, то сегодня продолжительность жизни спинальных больных достигает 25 лет и более. А урологические причины, ранее обусловливающие более 80% случаев смертности у пациентов с травматической болезнью спинного мозга, сократились сегодня до уровня 16%. В настоящее время основной причиной смертности у таких пациентов являются респираторные осложнения. Что касается Московского региона, то здесь продолжительность жизни пациентов с позвоночно-спинномозговыми травмами абсолютно корригирует с продолжительностью жизни европейских пациентов», – отметил докладчик.

Параметры оценки и модель прогнозирования

Большую часть своего выступления эксперт посвятил проспективному исследованию, целью которого стало моделирование прогнозирования значимых осложнений со стороны почек и мочевого пузыря у пациетнов с ТБСМ. Важным условием участия больных в исследовании (а все они были пациентами реабилитационного центра) послужила регулярность их наблюдения и обследования с применением различных методик, в том числе при участии других клиник. Таким образом, в исследовании приняли участие 219 человек, у 129 из которых были выявлены клинически значимые урологические осложнения почек и мочевого пузыря (90 пациентов – контрольная группа). Все пациенты проходили обследование не менее одного раза в год в объеме общеклинических и лабораторных исследований, оценки неврологического статуса, оценки урологического статуса, ультрасонографии мочевыводящих путей. При необходи-

ИНСТИТУТ УРОЛОГИИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА
ФГАОУ ВО «ПЕРВЫЙ МГМУ ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА МЗ РФ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)
Адрес:119992, г. Москва, ул. Б. Пироговская, д. 2, стр. 1.
Зам. директора по учебной работе д.м.н., проф. Газимиев Магомед Алхазурович;
зав. учебной частью д.м.н., профессор Крупинов Герман Евгеньевич
Обучение проводится на базе:
Клиника урологии УКБ № 2 Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Адрес:199992, г. Москва, ул. Б. Пироговская, д.2, стр.1
Телефон для справок: 8 (916) 630-82-40, gekrupinov@mail.ru Крупинов Герман Евгеньевич

ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ ЦИКЛОВ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

	Название цикла	Количество часов	Куратор	Даты проведения
1	Перкутанная нефролитотомия	36	Куратор: профессор Г.Н. Акопян	**18.09.23–22.09.23**
2.	Ригидная и гибкая уретерореноскопия	36	Куратор: профессор Г.Н. Акопян	**10.07.23–14.07.23**
3.	Ультразвуковая диагностика в урологии	72	Кураторы: профессора Г.Е. Крупинов, А.В. Амосов	**10.04.23–21.04.23**
4	Лапароскопические и ретроперитонеоскопические оперативные вмешательства в урологии	72	Кураторы: профессора Е.В. Шпоть, Е.А. Безруков	**18.09.23–29.09.23**
5	Фалопротезирование (кадаверный курс)	18	Куратор: Д.В. Чиненов	**02.10.23–04.10.23**
6	Современные методы лечения стриктур уретры	18	Кураторы: профессора Д.В. Бутнару, Д.О. Королев	**13.06.23–15.06.23**
7	Как я, Винаров, медикаментозно лечу больного с аденомой простаты	18	Проф. А.З. Винаров	**Конец октября (даты уточняются)**
8	Лазерная энуклеация гиперплазии простаты	36	Кураторы: Р.Б. Суханов, А.М. Дымов	**02.10.23–06.10.23**
9	Дистанционная ударно-волновая литотрипсия	18	Куратор: профессор В.И. Руденко	**05.09.23–07.09.23**

мости обследование дополнялось рентгенологическими и радиоизотопными методами диагностики.

К клинически значимым урологическим осложнениям у обследованных пациентов были отнесены: пиелокаликоэктазия – 12,78%; гидронефротическая трансформация – 8,09%; нефросклероз – 5,47%; хроническая почечная недостаточность – 5,47%; пузырно-мочеточниковый рефлюкс – 10,95%; множественные дивертикулы мочевого пузыря – 11, 87%; камни мочевого пузыря – 17,80%; камни почек – 15,98%; сочетанные конкременты почек и мочевого пузыря – 5,02%; острый пиелонефрит – 17,81%; острый простатит – 5,94%; острый эпидидимоорхит – 7,31%.

Комментируя эти данные, эксперт уточнил, что речь идет о московской популяции пациентов с травматической болезнью спинного мозга, постоянно получающих реабилитационную помощь у специалистов узкого профиля, в том числе урологов. В других регионах урологический статус таких больных может быть хуже. В рамках исследования все осложнения визуализировались с помощью методов лучевой диагностики. Кроме того, в число клинически значимых урологических осложнений не вошли такие, как инфекция мочевыводящих путей, которая регистрируется у 95,6% пациентов с ТБСМ. В целом рассматривались значимые осложнения для дальнейшей жизни пациентов, чтобы создать модель предикторов их развития.

Параметры оценки общеклинического и неврологического статуса включали коморбидный индекс Charison, уровень повреждения спинного мозга, период течения ТБСМ, характеристику двигательных нарушений, оценку повреждения спинного мозга на основании клинических проявлений по шкале ASIA (American Spinal InJury Association). Эксперт обратил внимание, что для суммарной оценки функциональной независимости использовалась шкала FIM (Functional Independence Measure), применяемая у пациентов с инсультом и травмой спинного мозга. Очень важно, что этой шкалой учитываются домены функции выделения. Это является важным аспектом, позволяющим оценить социальную независимость пациента. Именно данная шкала корригировала с изменениями, которые изучались в ходе исследования.

В продолжение темы эксперт рассмотрел классификацию травматической болезни спинного мозга, а точнее, последней ее версии, принятой Союзом реабилитологов России. В соответствии со сроками болезни выделяют пять периодов ТБСМ: 1) острый период (первые трое суток); 2) ранний период (от трех суток до четырех недель); 3) промежуточный период (от одного до трех месяцев); 4) восстановительный период (после трех месяцев); 5) поздний период (более 3 лет).

«Нам были наиболее интересны пациенты, относящиеся к позднему периоду травматической болезни спинного мозга. Кажется, что эти пациенты уже получили достаточную долю осложнений, а потому течение заболевания стабильное, и их можно оставить в покое. Наше исследование показало, что это мнение ошибочно, потому что таких пациентов в отдаленном периоде ждет достаточно много изменений», – сообщил эксперт. Для оценки урологического статуса пациентов с ТБСМ учитывались следующие параметры: основной тип опорожнения мочевого пузыря; частота изменения основного типа опорожнения мочевого пузыря; наличие недержания мочи; тенденция к увеличению остаточной мочи; утолщение стенки мочевого пузыря при УЗИ; наличие трабекулярности стенки мочевого пузыря при УЗИ; максимальная цистометрическая емкость; тип дисфункции детрузора; максимальное детрузорное давление при цистометрии наполнения; детрузорное давление в точке утечки; комплаенс мочевого пузыря.

«Тип опорожнения в исследовании корригировал с осложнениями, которые в последующем возникали у пациентов. Утолщение стенки мочевого при УЗИ – признак, который достаточно широко встречается в литературе, посвященной травме спинного мозга. Что касается трабекулярности стенки мочевого пузыря, в целом характерной для пациентов с ТБСМ, то в данном случае подразумевалась трабекулярность, которая имела выраженный характер и визуализировалась при УЗИ. Трабекулярность, которая переходила в дивертикул мочевого пузыря, исследователи относили к осложнениям», – прокомментировал данные эксперт.

Исследователи обратили внимание, что при сравнении типа дисфункции детрузора у пациентов со значимыми осложнениями при травме спинного мозга и без нее имелись статистически значимые различия. Выяснилось также, что наибольшей специфичностью и чувствительностью обладали такие урологические параметры, как давление детрузора при цистометрии наполнения, давление детрузора в точке утечки, комплаенс мочевого пузыря (параметр, которому уделяется недостаточно внимания). В целом же при оценке всех параметров урологического статуса выявились следующие предикторы развития урологических осложнений ТБСМ: мужской пол пациентов (объясняется тем, что мужчины чаще травмируются); низкий балл по шкале FIM – менее 95 баллов (максимальный – 126): чем ниже балл, тем меньше самостоятельность пациента; максимальное детрузорное давление – более 71 см водного столба; детрузорное давление в точке утечки – более 42 см водного столба; цистометрическая емкость – менее 207 мл; комплаенс мочевого пузыря – менее 12 мл/ см водного столба.

Кроме того, по словам эксперта, исследователи увидели некую корреляцию и хорошую прогностическую ценность такого признака, как трабекулярность стенки мочевого пузыря. Результаты однофакторного анализа для показателей, влияющих на частоту развития урологических осложнений, в последующем легли в основу построения математической модели. Методом бинарной логистической регрессии была разработана прогностическая модель для определения вероятности развития всех осложнений, которая является статистически значимой.

«И здесь важно понимать, что, если у пациента высокое детрузорное давление, то его нужно снижать. Год-два наблюдений ничего не значат, значит отдаленный период – 5–10 лет. Если же у пациента пузырно-мочеточниковый рефлюкс и вы устанавливаете ему постоянную дренажную систему, то не избавляете его от осложнений, связанных с пузырно-мочеточниковым рефлюксом, давлением избыточной активности мочевого пузыря и увеличением цистометрической емкости», – дал пояснения Р.В. Салюков.

Елена Яковлева

Психосоматические аспекты дизурии

Тема междисциплинарного взаимодействия при диагностике и лечении пациентов неоднократно затрагивалась в рамках форума РОУ «Научные аспекты урологической практики» для врачей Центрального федерального округа. Образец подобного подхода продемонстрировал в своем докладе «Психосоматические аспекты дизурии» доцент кафедры психиатрии и психосоматики лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ, старший научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАМН, к.м.н., доцент **Игорь Юрьевич Дороженок**.

Тревога и соматизированные симптомы

Прежде всего эксперт обратился к опыту, приобретенному во время недавней пандемии COVID-19, данным литературы и результатам исследований. Так, исследование, проведенное в провинции Хубей и неэндемичных провинциях Китая, обнаружило взаимосвязь между соматическими/соматизированными (не имеющими медицинского обоснования) симптомами и уровнями тревоги в течение первых двух недель после вспышки COVID-19. По мере снижения показателей тревожности отмечалась конгруэнтная редукция соматизированных симптомов.

В свою очередь, британские ученые в исследовании с участием более 2 тыс. человек выявили прямую корреляцию между специфической тревогой по поводу COVID-19 и соматическими симптомами (включая урологические), установив, что новая коронавирусная инфекция обладает сильным нозогенным воздействием и вносит существенный вклад в соматизацию тревоги. Дизурия рассматривается как «упущенный психосоматический симптом» у комплексно обследованных пациентов с коронавирусом при исключении инфекционного и органического поражения мочеполовой системы.

Докладчик сообщил, что проводил исследования в отношении соматизированнных расстройств аффективного и невротического регистров в период пандемии COVID-19 на основе разбора клинических случаев. В итоге выснилось, что в условиях пандемии на первый план в клинической картине выступали не имеющие соматического обоснования кожный зуд, дизурия и гипервентиляция. По словам докладчика, данные соматические симптомы, формирующиеся в структуре психических расстройств аффективного и невротического регистров, существенно затрудняют диагностику и оказание специализированной помощи, а также усложняют медицинский маршрут пациентов.

В целом же, согласно классификации, психосоматические расстройства подразделяются на соматизированные психические расстройства конституционального, невротического регистров; психические расстройства психотического регистра, реализующиеся в соматической сфере; психосоматические – соматогенно-психогенно-провоцированные (обусловленные) расстройства.

Синдром болезненного мочевого пузыря (СБМП)

СБМП определяется как персистирующая или рецидивирующая боль в области мочевого пузыря, сопровождающаяся, по крайней мере, одним из следующих симптомов:

– усиление боли при заполнении мочевого пузыря;

– учащение дневного и/или ночного мочеиспускания в отсутствие признаков неинфекционного или другого явного поражения мочевого пузыря.

В 1994 г. в МКБ-10 интерстициальный цистит впервые был выделен в качестве самостоятельного расстройства. В 2011 г. Американской и Европейской ассоциациями урологов принят термин «мочепузырный болевой синдром». При этом наиболее используемой остается аббревиатура СБМП/ИЦ (bladder pain sindrome/interstitial cystitis – BPS/IC).

По данным Американской ассоциации интерстициального цистита (2015 г.), распространенность СБМП/ИЦ среди американских женщин составляет 2,7–6,5% (в некоторых исследованиях – до 9,7%). При этом отмечены серьезные проблемы с постановкой диагноза, на которую пациенту приходится потратить в среднем 4,5 года, сменив пять врачей. В период 1995–2017 гг. частота посещений врачебных кабинетов пациентов СБМП/ИЦ утроилась, а амбулаторных посещений в больницах удвоилась. Экономический ущерб от заболевания составляет около 1,7 млрд долл. в год.

Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП)

ГАМП – патологическое состояние, синдром, проявляющийся учащенными позывами на мочеиспускание в дневное и ночное время, которое может сочетаться с ургентным недержанием мочи. Распространенность ГАМП в общей популяции составляет до 16% как среди мужчин, так и среди женщин. Согласно исследованиям, текущий эпизод депрессии выявлен почти у трети пациентов с ГАМП, у которых отмечались более выраженные симптомы дизурии и влияние на качество жизни, чем в контрольной группе. 32% пацинетов с ГАМП имели депрессивные эпизоды в анамнезе. Также выявлена значимая корреляция выраженности позывов на мочеиспускание и недержание мочи с уровнем тревоги и депрессии.

Среди 509 пациентов с ГАМП депрессия зарегистрирована у 44% мужчин и женщин (примерно в равных долях). Исследователи предполагают усиление перцепции в области мочевого пузыря, участках мозга, отвечающих за аффективную сферу, и нейронных путях, регулирующих процесс мочеиспускания. По данным Gross et al., симптомы ГАМП могут иметь нисходящие механизмы, обусловленные сенсибилизацией, системным воспалением или психическими нарушениями.

СБМП/ИЦ (BPS/IC) в континууме психосоматических расстройств

1. Урологическая патология с органическим субстратом (язвы Гуннера, фиброз и др.), где психосоматические расстройства представлены психогенными манифестациями СБМП/ИЦ, а также нозогенными реакциями («вторичные» преимущественно тревожно-депрессивные и ипохондрические психические нарушения по типу расстройств адаптации) в ответ на клинические и проявления СБМП/ИЦ и обусловленные ими социальные ограничения.

2. Сочетанные (имплицированные) психоурологические расстройства, формирующиеся на соматически измененной почве (органный невроз) – невроз мочевого пузыря.

3. Соматоформная психическая патология, реализующаяся в урологической сфере, не имеющая верифицированного медицинского обоснования: тревожно-фобические расстройства, обсессивно-компульсивное расстройство, соматизированные депрессии, шизотипическое расстройство.

Средства, задачи и методы психосоматической службы

В заключительной части своего доклада И.Ю. Дороженок рассказал, что для борьбы с психосоматическими расстройствами, помимо психотерапии, современная медицина располагает такими психотропными средствами, как ноотропы, анксиолитики (транквилизаторы)/гипнотики, антидепрессанты, антипсихотики.

При выборе антидепрессанта для лечения пациентов с психосоматическими расстройствами (в комбинации с психотерапией) необходимо учитывать общие и индивидуальные критерии.

Общие (связанные с рецепторным профилем препарата) критерии выбора:

- седативный/активирующий/противотревожный/антиобсессивный эффект;
- влияние на циркадианный суточный ритм;
- спектр побочных эффектов и поведенческая токсичность;
- увеличение/уменьшение веса тела;
-нарушение сексуальных функций;
- совместимость с соматотропными и психотропными средствами;
- другие соматотропные свойства (включая антивирусные).

Индивидуальные критерии выбора:

- возраст пациента;
- толерантность (индивидуальная чувствительность) к психофармакологическим препаратам;
- наличие и тяжесть сомато-неврологической/инфекционной патологии.

Резюмируя свое выступление, эксперт особо подчеркнул важность междисциплинарного взаимодействия урологов и психиатров при лечении пациентов с психосоматическими симптомами и перечислил задачи и методы психосоматической службы. А именно: своевременное распознавание и дифференциация психических и соматических расстройств; определение медицинского маршрута пациента; решение вопроса о необходимости проведения и выбор адекватной лекарственной терапии (оптимальная комбинация психотропных и соматотропных средств) в сочетании с психотерапией.

При этом основным инструментом решения задач должен стать междисциплинарный тандем «психиатр–интернист» с распределением функций в зависимости от психопатологической структуры и тяжести психических расстройств (психиатр выступает в качестве консультанта/равноправного партнера/лечащего врача). Выполнению поставленных задач должно способствовать перекрестное образование психиатров и интернистов в области соматической медицины и психиатрии соответственно.

Елена Яковлева

Гипоспадия: из детства – во взрослую жизнь

Программа прошедшей в апреле 2023 г. онлайн-академии РОУ «Инновации и лидеры» включала вопросы мужского здоровья. Опытом хирургического лечения гипоспадии с коллегами поделился детский уролог-андролог отделения уроандрологии Российской детской клинической больницы, член ESPU, SPU, РОУ, AUA, д.м.н. **Герман Владимирович Козырев**.

Формы заболевания и методы хирургического лечения

Как подчеркнул докладчик, при лечении гипоспадии большое значение имеет преемственность между детскими урологами и врачами, работающими со взрослыми пациентами.

Гипоспадия – врожденная аномалия полового члена (ПЧ), которая характеризуется недоразвитием уретры и смещением меатуса на вентральной поверхности ПЧ. Согласно классификации по Duckett, различают головчатую, венечную, стволовую и проксимальную (пено-скротальную, мошоночную и промежностную) формы гипоспадии. Кроме этого, возможно также искривление ПЧ, во многом определяющее тактику лечения гипоспадии. В международных рекомендациях EAU описаны техники уретропластики при каждой форме гипоспадии по TIP, Mathieu-IP и др. Эксперт подробно рассмотрел методы хирургического лечения дистальной или стволовой (типа хорды) формы гипоспадии, которые включают в себя три основных составляющих:

1. Устранение искривления (методика STAGE);

2. Уретропластику (методики TIP и Mathieu-IP – комбинированная техника, которая заключается в выкраивании лоскута, используемого для создания передней стенки уретры);

3. Кожную пластику.

Головчатая форма гипоспадии без искривления полового члена чаще всего операции не требует. При головчатой форме гипоспадии с искривлением более 15 градусов проводится ортопластика, т.е. выпрямление ПЧ, с установкой уретрального катетера, перевязкой на седьмой день, удалением повязки и катетера — на десятый. Венечная и стволовая формы гипоспадии требуют пластики уретры (с установкой уретрального катетера), ортопластики, но для отведения мочи лучше использовать цистостомический дренаж.

Методом хирургического лечения проксимальных форм гипоспадии является двухэтапная уретропластика по Bracka. В ее рамках сначала проводится иссечение хорды и выпрямление полового члена. При этом важным моментом является выбор ткани, которая используется для уретропластики. Классическая техника операции по Bracka предполагает использование в основном препуциальной кожи, реже – со слизистой щеки. Однако проведенное под руководством Г.В. Козырева в 2020 г. исследование доказало, что использование в этих целях слизистой щеки имеет ряд преимуществ как в ближайшей, так и долгосрочной перспективе. Сравнительный гистологический анализ лоскутов крайней плоти и слизистой щеки показал, что слизистая щеки обладает такими преимуществами, как отсутствие риска воспаления в долгосрочной перспективе при контакте с мочой, отсутствие волосяных и сальных фолликулов и риска трансформации, которая возможна со временем при использовании крайней плоти.

Поэтому в ходе первого этапа уретропластики по Bracka производится забор лоскута слизистой щеки и фиксация трансплантата на вентральной поверхности ПЧ. Второй этап (проводится через полгода) включает мобилизацию уже прижившегося слизистого трансплантата, формирование уретры (с установкой цистостомы), кожную пластику с обязательным прикрытием шва лоскутом с боковой поверхности полового члена.

При искривлении ПЧ более 60 градусов при стволовой форме имеет смысл рассматривать двухэтапную операцию, как при проксимальных формах гипоспадии. Отведение мочи в послеоперационном периоде при головчатой (венечной) форме гипоспадии осуществляется уретральным катетером на 10 дней, при стволовой – цистостомия + уретральный стент в течение 14 дней, при проксимальной – уретральный катетер 7 дней (1-й этап), цистостома + уретральный стент 14 дней (2-й этап).

Анализ результатов лечения проводится по следующим показателям:

– оценка наличия функциональных осложнений: свищ, дивертикул, стеноз;

– оценка внешнего вида полового члена;

– оценка качества мочеиспускания: напор, толщина струи, максимальная скорость мочеиспускания (если возможно, выполнить урофлоуметрию);

– оценка наличия или отсутствия искривления полового члена при спонтанных эрекциях;

– объективная оценка косметического результата с применением шкалы HOPE (Hypospadias Objective Penile Evaluation).

> ***Основные виды осложнений повторных случаев гипоспадии – искривление полового члена, дефицит кожи полового члена, дивертикул и стеноз уретры, рубцовые деформации кожи полового члена, транспозиция мошонки и полового члена. Все они являются результатами неудачных операций***

В ходе хирургического лечения гипоспадии типа хорды применяется техника STAGE, которая позволяет устранить искривление полового члена.

Осложнения и отдаленные результаты

Однако, несмотря на наличие различных техник хирургического лечения гипоспадии, специалистам по-прежнему приходится сталкиваться с «гипоспадийными инвалидами». Основные виды осложнений повторных случаев гипоспадии – искривление полового члена, дефицит кожи полового члена, дивертикул и стеноз уретры, рубцовые деформации кожи полового члена, транспозиция мошонки и полового члена. Все они являются результатами неудачных операций, примеры которых докладчик привел в своем выступлении.

Тем временем анализ результатов оперативного лечения гипоспадии выявляет противоречия. Детские урологи докладывают о хороших результатах лечения с осложнениями не более 2–15%. В свою очередь урологи, оперирующие взрослых пациентов, признаются, что количество осложнений может доходить до 60–68%. При этом в издании The journal of Urology (2014 г.) опубликовано авторитетное мнение, что риск осложнений при лечении гипоспадии у детей и взрослых практически одинаков. В этом же журнале в 2016 г. приведены данные, что только 50% послеоперационных осложнений проявляются на первом году после операции. При более длительном наблюдении выявляемость осложнений увеличивается. С возрастом у пациентов, перенесших операции по поводу проксимальных форм гипоспадии, возможно развитие таких осложнений, как стриктура уретры (использование кожных лоскутов), искривление полового члена (остатки хорды, короткая артифициальная уретра). В этой связи эксперт поделился размышлениями о том, насколько объективна оценка результатов лечения гипоспадии с точки зрения врача, пациента и его близких. Почему у детей результаты хирургического лечения гипоспадии выглядят оптимистично, а у взрослых нет? При ответе на этот вопрос следует учитывать несколько важных моментов. Практика показывает, что лучшие результаты отмечаются при краткосрочном ведении пациентов (достигая совершеннолетия, пациенты детских урологов уже не могут оставаться у них под наблюдением). У детей чаще встречаются дистальные формы гипоспадии (80–85%). Результаты лечения более редких и сложных проксимальных форм зачастую не публикуют. Аналогичным образом выглядит ситуация с искривлениями полового члена (в детском возрасте искривлений меньше, во взрослом больше). Стоит ли удивляться, что успехи урологов, ведущих взрослых пациентов с гипоспадией выглядят значительно скромнее, чем у их коллег – детских урологов?

Чрезмерное стремление детских урологов внушать маленьким пациентам и их родителям оптимизм, опасения расстраивать их вероятностью возможных осложнений в будущем и замалчивание не самых лучших результатов лечения чреваты снижением у урологов желания повышать квалификацию, перенимать опыт, учиться у коллег. Поэтому Г.В. Козырев призвал коллег быть более объективными, делиться результатами своей работы, рассказывать о трудностях, обмениваться данными. Такой поход позволит специалистам постоянно совершенствоваться, оптимизировать технику проведения операций, сотрудничать на благо пациентов.

Елена Яковлева

Влияние SARS-Cov-2 на мочевой пузырь

Важной темой прошедшей в апреле 2023 г. в формате онлайн академии РОУ «Инновации и лидеры» стали урологические осложнения новой коронавирусной инфекции. Влияние вируса SARS-Cov-2 на мочевой пузырь осветила в рамках мероприятия д.м.н., профессор, руководитель отдела урологии МЦ «Авиценна» Группы компаний «Мать и дитя», профессор кафедры фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО НГМУ МЗ РФ, профессор кафедры урологии им Е.В. Шахова ФГБОУ ВО ПИМУ МЗ РФ, член совета ESIU EAU, член Guidelines Group on Urological Infections – AAU/STD **Екатерина Валерьевна Кульчавеня.**

Коронавирус как ключ к воротам для инфекций

Согласно статистике, на Россию пришлось 25,5 млн подтвержденных случаев COVID-19, однако на самом деле, уверена эксперт, данное число можно удвоить. В настоящее время патофизиология этого заболевания уже более-менее понятна. При вдыхании вирус в первую очередь располагается в альвеолах, на поздней стадии поражает практически все органы. При этом самое печальное, что даже после выздоровления человек не будет полностью здоров, поскольку у него развивается острый (от 4 до 12 нед.) или хронический (после 12 нед.) постковидный синдром.

Эксперт сообщила, что SARS-Cov-2 был выделен из почечной ткани. Острый канальцевый некроз часто обнаруживают при биопсии почек и аутопсии больных COVID-19. Тромбоз, нарушающий почечную микроциркуляцию, также потенциально способствует развитию почечной недостаточности. Нарушение микроциркуляции создает предпосылки для развития инфекции.

Острое повреждение почек – одно из осложнений COVID-19, которое встречается у 5% госпитализированных и почти у 31% больных в критическом состоянии. При этом 27–64% пациентов к 28 дню болезни уже не нуждаются в диализе почек.

SARS-Cov-2 открывает ворота для инфекции почек и может привести к уросепсису. Отмечено, что во время пандемии новой коронавирусной инфекции (НКИ) резко возросла частота гнойно-воспалительных заболеваний почек. С другой стороны, подобная тенденция может быть связана с тем, что больные в этот период не имели возможности своевременно обратиться к врачу.

Также выявлено, что экспрессия ангиотензинпревращающего фермента 2 (АПФ-2), которая наиболее высока в легких, кишечнике и почках, присутствует и в уротелиальных клетках, что потенциально повышает их восприимчивость к инфекции SARS-Cov-2 и создает предпосылки к развитию вирусного цистита. Правда, классические симптомы инфекции мочевыводящих путей или уросепсиса, такие как лихорадка и частое мочеиспускание, могут вводить в заблуждение во время повышенной заболеваемости COVID-19. У пациентов с подтвержденным COVID-19 наблюдали появление дизурии, в первую очередь поллакиурии (в среднем частота мочеиспусканий более 13 эпизодов в сутки, 4 эпизода ночью). Это явление получило название «ассоциированный с COVID-19 цистит» (КАЦ).

Причина более частого мочеиспускания у больных острой НКИ и в постковидном периоде до конца не установлена. Вероятно, развивается вирусный цистит, вызванный SARS-Cov-2 , что и обусловливает дизурию. Опять же пока не ясно, является ли причиной репликация РНК SARS-Cov-2 в уротелиальных клетках или это вторичные эффекты, вызванные локальным или системным воспалением. Было предположение, что КАЦ вызывается повышенным содержанием провоспалительных цитокинов, которые высвобождаются в мочу и/или экспрессируются в мочевом пузыре (МП).

Электронная микроскопия показала, что SARS-Cov-2 поражает уротелий и вызывает вирусный цистит либо через виремию с базальной стороны, либо через мочу с просветной стороны. Кроме того, эндотелиит, характерный для больных COVID-19, может способствовать локальному воспалению в МП. Описано осложнение COVID-19 в виде перфорации МП. В качестве примера опосредованного влияния вирусной инфекции профессор привела случай перфорации МП у плода беременной женщины, вызванный лечением COVID-19, которое получала мать (ИВЛ, опиаты и др.).

На пути осмысления

Во время пандемии НКИ были получены интересные данные о течении COVID-19 у онкологических больных. Исследователи отметили, что заболеваемость COVID-19 и смертность от него пацинетов с неинвазивным раком МП была ниже, и предположили, что вакцинация БЦЖ оказывает неспецифическое защитное действие не только в отношении респираторных инфекций, но и адаптирует всю иммунную систему организма, в том числе и в отношении COVID-19.

Прямое поражение уротелия может вызывать не только вирусный цистит, но и дисфункцию МП (ГАМП – гиперактивный мочевой пузырь). Исследователи проанализировали истории 350 пациентов, у которых через 10–14 недель после перенесенного COVID-19 появились симптомы ГАМП. При этом 71% пациентов отмечали их впервые, а 29% пациентов, уже имевших такие симптомы, сообщили об их ухудшении после заражения COVID-19. Известно, что патофизиологический механизм SARS-Cov-2 включает связывание спайкового белка вируса с рецепторами АПФ-2, присутствующими в МП. Возможно, симптомы ГАМП de novo или их ухудшение являются эффектом клеточного каскада, возникающим в результате активации этих рецепторов в МП.

В российское исследование включили 14 пациенток с появившимися (21,4%) или усилившимися (78,6%) симптомами ГАМП после излечения от COVID-19, подтвержденного эрадикацией SARS-Cov-2 молекулярно-генетическим методом. Все они были выписаны из инфекционного госпиталя за 10–12 недель до обращения к урологу. Степень ГАМП оценивалась при помощи международной шкалы симптомов OABSS (Overactive Bladder Simptom Score).

Вскоре после выписки преобладающей жалобой была выраженная слабость. Однако в течение двух месяцев ургентность нарастала, у 28,6% от всей когорты и у 36,4% больных de novo появилось неудержание мочи при ургентном позыве (ургентное недержание мочи), что и побудило обратиться к урологу. Средняя сумма баллов по шкале OABSS свидетельствовала о средней степени заболевания у пациенток, ранее имевших ГАМП. В группе, в которой симптомы ГАМП были выявлены впервые, у одной из пациенток развилось неудержание мочи при ургентном позыве, которого не было до перенесенного COVID-19. При этом анализы мочи у всех пациенток признаков воспаления и клинически значимой бактериурии не показывали.

Эксперт задалась вопросом: как лечить таких пациентов? В последнее время набирает популярность HDTs (Host Directed Therapeutits) – лечение, направленное на макроорганизм, позволяющее человеку выздороветь за счет врожденного и приобретенного иммунитета. В частности, одна из научных работ показала, что физические упражнения минимизируют постковидный синдром.

Но, так как в случае урологических осложнений одними физическими упражнениями не обойтись, всем пациенткам (как с вновь с диагностированным ГАМП, так и уже установленным диагнозом) был назначен троспия хлорид в дозе 30 мг в сутки в связи с отсутствием у него нейротоксичности. Известно, что коронавирус проникает в нервную систему непосредственно через обонятельный нерв, кровообращение, АПФ-2 в стволе мозга и нейронные пути, что приводит к неврологическим расстройствам. Провоспалительный цитокиновый шторм, вызванный инфекцией SARS-Cov-2, может спровоцировать нейровоспаление, которое в конечном итоге приводит к демиелинизации нейронов. И именно демиелинизирующая нейропатия является одним из неврологических осложнений COVID-19. Поэтому международные руководства рекомендуют назначать троспия хлорид пациентам с ГАМП, особенно при наличии у них когнитивных нарушений или при приеме ими препаратов с конкурирующим метаболизмом с участием цитохрома Р450.

Эксперт напомнила, что в начале пандемии НКИ врачи из-за отсутствия конкретных противовирусных препаратов назначали больным с COVID-19 антибиотики. Тем временем лечение ингибитором протеазы ВИЧ лопинавиром/ритонавиром показало некоторую пользу в модели инфекции MERS-CoV на приматах. Также выяснилось, что ВИЧ-положительные пациенты, получавшие антиретровирусную терапию, имели меньший риск развития COVID-19, а если заражение все-таки происходило, то заболевание протекало легче и реже приводило к госпитализации.

Вместе с тем, завершая свое выступление, профессор признала, что медицина сегодня находится на стадии сбора эмпирических данных и их осмысления. Четкого понимания принципов лечения НКИ и профилактики ее осложнений пока нет.

Елена Яковлева

Новые эндоскопические технологии в диагностике рака мочевого пузыря

Стремительное развитие урологии становится предпосылкой для активного внедрения самых передовых достижений в практическую деятельность врачей. В этой связи возрастает роль лидеров, готовых поделиться с коллегами опытом использования новых научных разработок в повседневной клинической практике. Академия РОУ «Инновации и лидеры» – новый образовательный проект Российского общества урологов, собравший на своем весеннем онлайн-мероприятии признанных специалистов в области урологии и андрологии. Доклад, посвященный новым эндоскопическим технологиям в диагностике рака мочевого пузыря, представил заведующий отделением урологии ГКБ им. Д.Д. Плетнёва ДЗМ, заведующий кафедрой урологии и андрологии МБУ ИНО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, президент Российского общества по эндроурологии и новым технологиям, заслуженный врач РФ, член президиума РОУ, чл.-корр. РАН, профессор, д.м.н. **Алексей Георгиевич Мартов**.

Качество изображения – ключ к выявлению РМП

Выразив убеждение, что новые технологии помогают как в диагностике, так и в лечении многих заболеваний, эксперт остановился на современных уроэндоскопических достижениях, позволяющих выявлять рак мочевого пузыря (РМП). Сегодня на вооружении урологов телевидение высокого разрешения (HDTV), новые технологии обработки видеосигнала, современные фиброцистоскопы, видеоэндоскопы. Новые эндоскопические технологии улучшают качество изображения, делают его более четким, позволяя рассмотреть мельчайшие детали. Применяя такие методы, как фотодинамическая (флюоресцентная) диагностика (PDD), узкоспектровая диагностика (NBI), компьютерная хромоэндоскопия (image IS), можно выявить новообразования, невизуализируемые стандартными методами, в частности, при эндоскопии в «белом свете» (WL).

Фотодинамическая (флюоресцентная) диагностика (PDD) немышечно-инвазивного РМП позволяет выявлять мелкие папиллярные опухоли (менее 0,3 мм), дисплазии и внутриэпителиальный РМП. Самое главное, подчеркнул эксперт, этот метод является «золотым стандартом» в диагностике карциномы *in citu*.

Он используется уже достаточно продолжительное время и обладает чувствительностью 82–97% (в 2 раза выше, чем у WL), специфичностью – 42–78%. Опыт применения PDD при трансуретральной резекции (ТУР) мочевого пузыря показал, что эта технология способствует снижению риска рецидивов в 2,5 раза, в то время как недостатками данного метода считаются дороговизна применяемого препарата, а также необходимость его экспозиции и предварительной катетеризации мочевого пузыря.

Технология, с которой специалисты познакомились не так давно, – узкоспектровая диагностика (NBI – narrow band imaging). Это технология усиления оптического изображения посредством формирования узких пучков света определенной длины волны, которые абсорбируются гемоглобином и распределяются только в поверхностных тканях, усиливая контрастность изображения слизистой мочевого пузыря и сосудов подслизистого слоя. Короткие волны проникают в поверхностные слои слизистой и абсорбируются капиллярами, тем самым усиливая контрастность изображения. Длинные волны проникают глубже, благодаря чему четко виден подслизистый слой и мельчайшие детали опухоли.

Эксперт рассказал о результатах исследования, проведенного им и его коллегами в 2013 г. В данном исследовании участвовали 294 пациента в возрасте 26–88 лет, включая 211 мужчин (72%), 83 женщины (28%), перенесших первичную ТУР МП от 0,5 до 7 лет до этого (в основном, со стадией pT1). Сравнение диагностической ценности узкоспектрового изображения (NBI) и видеофиброцистоскопии в «белом свете» (WL) в отношении этих пациентов показало достоверные различия по чувствительности: 54% – у WL, 93,3% – у NBI, а также по коэффициенту правдоподобия: 2,1 – у WL, 2,8 – у NBI.

Если узкоспектровая диагностика основана на применении фильтра «белого света», то компьютерная хромоэндоскопия (image IS) – это компьютерная технология, позволяющая рассмотреть и изучить объект исследования в различных световых режимах:

- clara – нивелирует тени и темные области;
- chroma – подчеркивает васкуляризацию;
- clara + chroma – создает комбинацию эффектов;
- spectra A – убирает красный свет (подобие NBI);
- spectra B – добавляет 15% красного спектра.

> ***Проблема диагностики и лечения рака мочевого пузыря в наши дни остается актуальной и далекой от своего окончательного решения.***

Уточнение стадии заболевания

При эндоскопической диагностике рака мочевого пузыря для уточнения стадии заболевания используются лазерная конфокальная эндомикроскопия, оптическая когерентная томография, Рамановская (Raman) спектроскопия.

Лазерную конфокальную эндомикроскопию российские специалисты используют при диагностике и лечении заболеваний нижних и верхних мочевыводящих путей. Метод позволяет провести интраоперационную оценку характера новообразования за счет флюоресценции тканей при их облучении низкоэнергетическим лазером с внутривенным использованием флуоресцеина натрия (10%) в качестве контрастного красителя. Чувствительность этой технологии составляет 80–89 %, специфичность – 88–100%. Эксперт особо отметил возможность ее применения при маленьких опухолях, карциноме *in citu* и сообщил о проведении сравнительного исследования лазерной конфокальной эндомикроскопии со стандартным гистологическим обследованием, которое в скором времени будет завершено.

Оптическая когерентная томография – метод получения изображения микроструктур биоткани в поперечном сечении в ближайшем инфракрасном диапазоне с высоким уровнем разрешения (10 мкм). Изображение формируется за счет различия оптических свойств внутритканевых структур (коэффициета обратного рассеивания тканей). Оптическая когерентная томография обладает чувствительностью 92–98% и специфичностью 69–72%. Этот интересный метод изучали профессор В.Н. Крупин и соавторы (2007 г.), но большого применения в клинической практике он пока не нашел.

Рамановская спектроскопия основана на эффекте Рамана – неупругого рассеивания оптического излучения на молекулах вещества, сопровождающееся заметным изменением его частоты, благодаря чему можно сделать вывод о структуре. Этот метод, позволяющий изучить количественный и качественный молекулярный состав слизистой мочевого пузыря, обладает чувствительностью 90–95% и специфичностью 94–98%. Этот метод, известный специалистам и вызывающий у них интерес, пока не вошел в широкую клиническую практику, что, по мнению эксперта, может быть связано с тем, что его результаты выражаются в виде графика. При этом они настолько убедительны, что позволяют отличить норму от цистита, рака in citu и даже аденокарциномы мочевого пузыря. По всей вероятности, для широкого внедерения в клиническую практику эта технология нуждается в доработке и упрощении, предположил А.Г. Мартов.

В завершение докладчик напомнил, что проблема диагностики и лечения РМП в наши дни остается актуальной и далекой от своего окончательного решения, в то время как современные эндоскопические методики позволяют в значительной степени улучшить диагностику и лечение РМП, а также снизить число рецидивов.

Елена Яковлева

Потенциал PRP в урологии

Спикерами прошедшей в апреле 2023 г. академии РОУ «Инновации и лидеры» (в онлайн-формате) стали ведущие эксперты и практические специалисты в области урологии. Заведующий кафедрой урологии и андрологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, руководитель университетской клиники урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, член правления РОУ, профессор, д.м.н. **Сергей Вячеславович Котов** представил доклад «Плазма, обогащенная тромбоцитами: регенеративный потенциал в реконструктивной хирургии уретры».

Цели и способы применения

По словам эксперта, методика применения плазмы, обогащенной тромбоцитами (PRP – Platelet Rich Plasma) для улучшения результатов хирургического лечения, с одной стороны, хорошо известна, с другой – не до конца понимается врачами.

Основные факторы роста, входящие в состав PRP, и их функции:

– PDGF (тромбоцитарный фактор роста) – активация миграции и пролиферации мультипотентных мезенхимальных стромальных клеток (ММСК), фибробластов, гладкомышечных клеток, остеобластов; активация миграции моноцитов, макрофагов, нейтрофилов; активация макрофагов;

– TGF-B1 (трансформирующий фактор роста) – индукция синтеза компонентов межклеточного матрикса (МКМ), регуляция пролиферации кератиноцитов и стимуляция продукции коллагена;

– VEGF (фактор роста эндотелия сосудов) – стимуляция пролиферации эндотелиальных клеток и ангиогенеза, стимуляция лимфоангиогенеза, повышение проницаемости сосудистой стенки;

– EGF (эпидермальный фактор роста) – стимуляция миграции кератиноцитов, стимуляция пролиферации эпителиальных, мезенхимальных клеток и фибробластов; стимуляция миграции и пролиферации эндотелиальных клеток и ангиогенеза; регуляция продукции коллагена;

– FGF (фактор роста фибробластов) – индукция пролиферации фибробластов, стимуляция роста эндотелиальных клеток, стимуляция ангиогенеза, стимуляция роста сосудов.

Как биохимическая структура плазма, обогащенная тромбоцитами, может использоваться в качестве:

– PRP суспензии;

– PRG (Platelet Rich Gel) – обогащенного тромбоцитами геля;

– PRF (Platelet Rich Fibrin) – обогащенного тромбоцитами фибрина плазмы крови в виде сшитой фибриновой сети высокой плотности;

– PRFM (Platelet Rich Fibrin Matrix) – трехмерного фибринового матрикса с высокой плотностью и степенью полимеризации фибрина за счет обогащения плазмы не только тромбоцитами, но и фибриногеном, с последующей активацией тромбоцитов.

Кроме того, PRP различают по классам:

– бедная плазма, обогащенная тромбоцитами (P-PRP);

– плазма, обогащенная тромбоцитами и лейкоцитами (L-PRP);

– фибрин, обогащенный тромбоцитами, фибрин, обогащенный лейкоцитами и тромбоцитами (P-PRF);

– фибрин, обогащенный тромбоцитами и лейкоцитами (L-PRF).

Для того, чтобы полученная PRP проявила свои терапевтические качества, ее необходимо активировать. В этих целях используются два способа: активация с помощью хлорида (иногда глюконата) кальция; активация за счет механического или температурного воздействия. Высвобождаемые таким образом факторы роста (естественные полипептиды) воздействуют на клетки-мишени, создавая оптимальную среду для регенерации и репарации тканей. Важным моментом является концентрация PRP. В норме концентрация тромбоцитов у человека колеблется в пределах 150–350 тыс. кл/мкл, составляя в среднем 200 тыс. кл/мкл. Для препарата PRP требуется концентрация тромбоцитов более 1 млн кл/мкл, в 4–7 раз превышающая средний уровень тромбоцитов в крови.

«Лечение является несложным, оно не имеет противопоказаний для пациентов с гепатитом, ВИЧ, онкологическими заболеваниями. Но к этому методу должны быть четкие показания во избежание его компрометации

PRP в уретральной хирургии

Сегодня PRP все более активно применяется в уретральной хирургии. Обоснованием этому служит то, что стриктура уретры вызвана не только разложением коллагена, но и дисбалансом во внеклеточном матриксе, который выражается в снижении уровня металлопротеаз. В свою очередь регенерация и образование соединительной ткани – это баланс между деградацией и заменой внеклеточного матрикса, который контролируется металлопротеазами (ММР). Этой теме было посвящено клиническое исследование с экспериментальным моделированием пластики уретры у кроликов, проведенное в РНИМУ им. Н.И. Пирогова. В ходе эксперимента основной группе моделей в зону операции вводился PRP, а контрольной – физиологический раствор. Исследование показало, что без применения PRP в образцах отмечалась избыточная продукция коллагена с субтотальным замещением всех структурных элементов, а также хаотичное расположение коллагеновых волокон в структуре стенки уретры. Уровень MMP9 при применении PRP был на 74,8% выше, чем в контрольной группе, а уровень MMP1 – на 34,9%.

В зарубежном исследовании PRP применялась в сочетании с внутренней оптической уретротомией. При этом в контрольной группе в подслизистую пациентов вводился физиологический раствор, в экспериментальной – PRP в четырех точках по условному циферблату. После двух недель катетеризации, двух недель самокатетеризации и самокатетеризации каждую неделю следующие три месяца контроль пациентов через два года показал, что частота рецидивов в группе PRP снизилась в два раза (с 44 до 22%). В еще одном российском исследовании, выполненном в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, PRP применялась у пациентов с первичной уретропластикой. Наблюдение продолжалось три года, желаемый результат был достигнут в 93%, а рецидив возник лишь в 7% случаев.

В клинике РНИМУ им. Н.И. Пирогова PRP использовали при лечении пациентов с рецидивами стриктуры уретры. По результатам исследования частота рецидивов в основной группе (в которой использовалась PRP) была значимо меньше, чем в контрольной (7% против 24%). При этом высокие результаты PRP были в группе пациентов, в отношении которых применялись методики с полным иссечением рубца (пластика уретры «конец в конец» либо многоэтапная пластика). Помимо улучшения клинических результатов, работа показала, что у пациентов хорошо проходило заживление, что позволило сократить сроки дренирования мочевого пузыря. Также в основной группе в сравнении с контрольной было отмечено достоверное уменьшение частоты инфекционных осложнений. Плазма, обогащенная тромбоцитами, все более активно используется в андрологии, в частности, при терапии эректильной дисфункции (ЭД) и лечении пузырно-влагалищных свищей. В андрологии сочетание PRP с ударноволновой терапией у пациентов с умеренной ЭД на начальной стадии позволяет замедлить ее прогрессирование и отложить выполнение фаллопротезирования. Что касается применения PRP для лечения пузырно-влагалищных свищей, то для некоторых пациентов эта методика является единственной возможностью.

В клинике РНИМУ им. Н.И. Пирогова начали применять PRP при лазерной внутренней оптической уретротомии. Эта методика опробована у 10 пациентов, у одного из которых впоследствии возник рецидив, при том, что в общей массе пациентов с уретротомией средняя частота рецидивов достигает 40–50%. Однако данный опыт требует дальнейшего изучения. PRP применялась и в группе пациентов со стенозом уретровезикального анастомоза после радикальной простатэктомии. Зачастую это пациенты, получавшие адъювантную и лучевую терапию, что значимо ухудшает качество тканей и их последующее заживление. Первые результаты после 6–12 мес. наблюдения показали, что рецидивов в этой группе нет, мочеиспускание у пациентов хорошее, а недержание мочи не прогрессирует. Можно предположить, что с помощью PRP какой-то категории пациентов удастся избежать сложной пластики с последующим лечением недержания мочи.

Таким образом, резюмировал эксперт, получение PRP при наличии необходимого оборудования и опыта не составляет большого труда. Само лечение является несложным, оно не имеет противопоказаний для пациентов с гепатитом, ВИЧ, онкологическими заболеваниями. Но к этому методу должны быть четкие показания во избежание его компрометации. Важно помнить, что, обладая высоким регенеративным потенциалом, а также стимулируя заживление и ангиогенез, PRP не влияет на уже сформировавшийся рубец.

Елена Яковлева

Опыт хирургического лечения пациенток с деструкцией уретры

Академия РОУ «Инновации и лидеры» – проект, направленный на повышение квалификации урологов России в системе непрерывного медицинского образования. В рамках этого проекта в апреле 2023 г. состоялось мероприятие, собравшее на одной онлайн-площадке ведущих российских экспертов в области урологии и практикующих врачей. С докладом «Деструкция уретры у женщин: варианты формирования атрифициальной уретры и коррекция недержания мочи» перед интернет-аудиторией выступил заведующий кафедрой урологии и хирургической андрологии ГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ, заслуженный деятель науки РФ, член CIU, академик РАН, член президиума РОУ, профессор, д.м.н. **Олег Борисович Лоран.**

Этиология, формы и степени деструкции

Травматическая деструкция мочеиспускательного канала у женщин, как правило, является осложнением влагалищной хирургии или патологических родов. Хотя с данным диагнозом урологи сталкиваются нечасто, реконструкция разрушенного мочеиспускательного канала, а особенно восстановление произвольного контролируемого мочеиспускания, в таких ситуациях все еще остается серьезной проблемой, далекой от окончательного решения. В этой связи докладчик напомнил слова одного из крупнейших российских гинекологов Д.Н. Атабекова: «Если разрушение пузырной перегородки можно отнести к тяжелым осложнениям, то деструкцию мочеиспускательного канала следует причислить к безнадежным формам повреждения мочевых путей». А также сообщил, что в зарубежной литературе можно найти лишь единичные публикации, посвященные реконструкции мочеиспускательного канала у женщин, относящиеся к 1970–1980-м гг. и обобщающие опыт известных урологов с мировым именем.

Этиологию деструкции уретры у женщин эксперт рассмотрел на примере 146 пациенток (средний возраст – около 39 лет), которым оказывалась хирургическая помощь им и его коллегами. Самыми частыми причинами деструкции мочеиспускательного канала у этих женщин стали гинекологические операции (39,5%) и акушерская травма (36,4%). Значительно реже деструкция уретры возникала в результате травм таза (10,8%), урологических операций (8,5%), сексуальных травм (4,7%).

Разработана классификация деструкции уретры в зависимости от масштабов повреждения нижних мочевыводящих путей, где:

I степень – сохранена дистальная уретра и шейка мочевого пузыря;

II степень – полная деструкция уретры и задней полуокружности шейки мочевого пузыря;

III степень – полная деструкция уретры и шейки мочевого пузыря;

IV степень – полная деструкция шейки и дна мочевого пузыря, так называемая влагалищная экстрофия мочевого пузыря.

В последнем случае, по словам эксперта, восстановление мочеиспускания естественным путем практически невозможно, а потому приходится выполнять различные способы надпузырной деривации мочи.

Оперативные пособия

Различные типы и степени деструкции уретры подразумевают различные оперативные пособия. Рассказывая о них, эксперт основывался на опыте хирургического лечения 143 пациенток, которым было проведено 179 операций. При этом все оперативные вмешательства выполнялись с использованием собственных тканей влагалища и мочевого пузыря пациенток, которые имеют онтофилогенетическую, анатомическую и функциональную общность с тканями мочеиспускательного канала.

В большинстве случаев у больных с неповрежденной шейкой мочевого пузыря проводилась операция Отта, предложенная еще в 1894 г. блестящим отечественным гинекологом Д.О. Оттом (так называемая подковообразная уретропластика), точнее несколько модифицированный ее вариант, так называемая аутосфинктеропластика, когда после формирования уретральной трубки из слизистой преддверия влагалища под уретрой сшиваются сохранившиеся бульбо-и ишиокавернозные мышцы (у пациенток с I–II степенью деструкции уретры).

При достаточно выраженных атрофических изменениях передней стенки влагалища и преддверия влагалища используется методика Отта–Марциуса. Она заключается в том, что формируется мочеиспускательный канал необходимой длины и диаметра, а затем из половой губы выкраивается мышечно-жировой лоскут Марциуса, который проводится через тоннель во влагалище и укрывает вновь образованный артифициальный (искусственный) мочеиспускательный канал. При дефиците ткани в преддверии влагалища используется влагалищный лоскут. Эта операция разработана профессором Д.В. Каном. При дефиците тканей влагалища используется лоскут из мочевого пузыря. При выраженном дефиците тканей мочевого пузыря и влагалища при реконструкции уретры используются двойные (встречные) лоскуты. В последние годы для пластики уретры применяются буккальные лоскуты.

Эксперт поделился результатами операций по реконструкции уретры (143 пациентки, 179 операций). У 129 из них (90%) реконструкция уретры проведена успешно. Однако нормальное мочеиспускание восстановлено лишь у 43,2% женщин, при этом у 47% сохранились симптомы стрессового недержания мочи, что, по признанию спикера, не устраивает ни врачей, ни пациенток.

После проведения комбинированных уродинамических исследований выяснилось, что функция искусственной уретры, хотя и условно, подчиняется известным физическим законам гидродинамики. Поэтому для объяснения механизмов удержания мочи у больных с артифициальным мочеиспускательным каналом были использованы некоторые физические соображения, а также выведена формула, в соответствии с которой полный перепад давления, осуществляющий заданную объемную скорость мочеиспускания, определяется с учетом плотности мочи, ускорения свободного падения, длины и радиуса уретры.

Как следует из данной формулы, уретральное сопротивление возрастает с увеличением длины уретры, угла наклона уретральной оси к горизонтали, объемной скорости мочеиспускания, вязкости мочи и с уменьшением радиуса вновь созданного мочеиспускательного канала. При сужении проксимальной трети артифициальной уретры в два раза вязкая составляющая уретрального давления возрастает в шесть раз.

Кроме того, при деструкции уретры необходимо не только формирование «нового» мочеиспускательного канала, но и восстановление произвольного мочеиспускания созданием сфинктерного механизма нижних мочевых путей. Вместе с тем у женщин нет анатомически выраженных сфинктеров, поэтому роль замыкательных механизмов играет комплекс фасциальных и мышечных структур таза. Таким образом, пластические операции, корригирующие сфинктерную недостаточность у больных с артифициальной уретрой, носят, по сути, «ортопедический» характер, так как формируют пассивный механизм уретрального сопротивления за счет новых уретровезикальных взаимоотношений.

Анализ характера операций, корригирующих сфинктерную недостаточность у больных с артифициальной уретрой, показал, что аутосфинктеропластика оказалась эффективной у 59% больных. Остальным пациенткам выполнялись и «петлевые» (слинговые) операции.

«Вначале мы использовали кожный лоскут, лишенный жировой клетчатки, из передней брюшной стенки. Затем мы минимизировали эту операцию и стали применять небольшой кожный лоскут, который с помощью специальной иглы Перейры проводится в надлобковую область. Эту операцию наши американские коллеги назвали «русский слинг», – сообщил О.Б. Лоран.

В результате корригирующих операций восстановить адекватное контролируемое мочеиспускание удалось у 81,4% оперированных пациенток. При этом сроки наблюдения составили от 1 года до 17 лет.

Завершая свое выступление, докладчик выразил убеждение, что значимый прогресс в лечении пациенток с деструкцией мочеиспускательного канала будет связан с развитием генной инженерии и современных клеточных технологий по выращиванию органов. Но это дело будущего.

Елена Яковлева

Пептиды на страже мужского здоровья

В апреле 2023 г. в Сочи прошел XIX конгресс «Мужское здоровье» с международным участием. В первый день форума состоялась сессия «Здоровье сосудов и мужское здоровье: две стороны одной медали» при поддержке компании «ПептидПро». Мероприятие вызвало большой интерес практикующих врачей.

Эректильная дисфункция равна дисфункции эндотелия

Заместитель директора МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова по научной работе, чл.-корр. РАН, профессор, д.м.н. Симон Теймуразович Мацкеплишвили раскрыл в своем выступлении

влияние эндотелиальной дисфункции на мужское здоровье.

Эндотелий – самый большой эндокринный орган человеческого организма, который обладает множеством важнейших регуляторных функций. В норме он имеет антитромботические, антиагрегантные и антипролиферативные свойства, при нарушенной функции способен активировать систему свертывания крови, вызывая тромбоз и системное воспаление.

Первые сообщения об эндотелиальной дисфункции (ЭД) появились в 1980–1990 гг. Сегодня известно, что она выявляется во многих сосудистых бассейнах при гипертензии, сахарном диабете (СД), ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности, хронических заболеваниях почек. ЭД предшествует многим сердечно-сосудистым осложнениям, играет важную роль при метаболическом синдроме, инсулинорезистентности, гипергомоцистеинемии. Кроме того, почеркнул эксперт, эректильная дисфункция в большинстве случаев также является проявлением эндотелиальной дисфункции.

Учитывая ценность ранней диагностики эндотелиальной дисфункции для возможной профилактики кардиальных осложнений, в III Принстонском консенсусе сформулирован важный вывод: «Признание эректильной дисфункции в качестве важного симптома системного сосудистого заболевания привело к концепции, что мужчина с эректильной дисфункцией без клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний – это кардиологический больной, пока не доказано обратное».

Есть данные, что наличие эректильной дисфункции у мужчины 40–49 лет, не имеющего существенных факторов риска, может увеличивать вероятность развития острого коронарного синдрома примерно в 50 раз. Кроме того, клинические исследования показали, что у мужчин признаки эндотелиальной дисфункции ассоциированы с симптомами нижних мочевыводящих путей (СНМП), а выраженные или умеренные СНМП способствуют увеличению риска коронарных событий на 68%.

Лечение эндотелиальной дисфункции базируется на нормализации липидного обмена и «нелипидпорректирующих» эффектах статинов, применении ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА), эстрогенов (у женщин), полиненасыщеннных жирных кислот (ПНЖК), ингибиторов фосфодиэстеразы 5 (PDE-5), стабильных аналогов PG12 (простациклина); ингибиторов ТхА2-синтетазы и антагонистов ТхА2-рецепторов.

В ряде случаев нормализация функции эндотелия может быть достигнута за счет коррекции факторов риска и немедикаментозных методов лечения. Вместе с тем у современного доктора появились новые возможности, связанные с использованием пептидов, которые регулируют функции многих органов и тканей организма, в том числе и эндотелиальную функцию.

Сегодня в арсенале специалистов появился новый лекарственный препарат «Славинорм», представляющий собой полипептиды сосудов крупного рогатого скота. Будучи ангиопротектором, препарат способствует существенному улучшению функции эндотелия, препятствует развитию атеросклероза, может улучшить липидный профиль, а также микроциркуляцию в органах и тканях при атеросклеротическом поражении сосудов.

Показаниями к его применению являются хронические облитерирующие заболевания нижних конечностей I и II стадии по классификации Фонтейна для увеличения дистанции безболевой ходьбы. Способ применения: 5 мг (1 флакон) в/м 2 раза в неделю, курс – 10 инъекций [Инструкция ЛП-008221].

«Славинорм» обладает комплексным механизмом действия: способствует восстановлению и защите эндотелия, оказывает выраженное антиатерогенное действие, благотворно влияет на микроциркуляцию за счет естественного неоангиогенеза. По результатам исследований один курс препарата «Славинорм» (10 инъекций) может увеличивать дистанцию безболевой ходьбы при заболеваниях периферических артерий на 46,2%. Вероятные побочные действия «Славинорма» изучены в доклинических и клинических исследованиях по стандартам GCP. В доклинических исследованиях доказано отсутствие острой и хронической токсичности, канцерогенных, эмбриотических, мутагенных, иммунотоксических и тератогенных свойств, местнораздражающего и аллергизирующего действий. В клинических исследованиях продемонстрированы благоприятный профиль безопасности, хорошая общая и местная переносимость препарата, сравнимые с плацебо. Наиболее часто встречающимися нежалательными явлениями были преходящие отклонения лабораторных показателей.

Таким образом, способность препарата «Славинорм» благотворно влиять на функцию эндотелия открывает широкие возможности для терапевтического применения в практике врачей разных специальностей.

Терапия мужского бесплодия

К.м.н., доцент кафедры урологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» Управление делами Президента РФ Максим Николаевич Коршунов посвятил свое выступление терапии мужского бесплодия.

Раньше считалось, что в бесплодном браке чаще виновата женщина, сегодня известно, что около 50% случаев бесплодия обусловлено мужским фактором. В настоящее время всем мужчинам с жалобами на бесплодие с целью диагностики рекомендуется выполнять спермограмму, согласно шестому руководству ВОЗ по исследованию и обработке эякулята человека (2021 г.).

Говоря об этиологии и патогенезе мужского бесплодия, докладчик сделал акцент на идиопатической форме, которая диагностируется в 20–30% случаев при обращении мужчин с данной проблемой к специалисту.

На стадии лабораторной диагностики при показателе уровня лейкоцитов в эякуляте свыше 1 млн/мл пациенту назначается:

- микробиологическое (культуральное) исследование эякулята на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы;
- молекулярно-биологическое исследование спермы на ИППП.

В работах последних лет продемонстрирована необходимость применения молекулярно-генетических исследований наряду с микробиологическим посевом – стандартным методом исследования при инфекционно-воспалительных заболеваниях урогенитального тракта. Преимущества использования ПЦР в режиме реального времени (АНДРОФЛОР) для исключения инфекций генитального тракта связаны с формированием бактериями биопленок, трансформацией микробов в L-формы и биологическими особенностями анаэробной микрофлоры (рекомендуется исследовать эякулят).

Эксперт отметил, что зачастую при обнаружении лейкоцитов в сперме применяются антибиотики (АБ), что не всегда оправдано. Современные подходы к противовоспалительной терапии в первую очередь подразумевают измененение образа жизни с исключением вредных привычек, минимизацией внешних негативных факторов, а также использование АБ (для лечения инфекции), антиоксидантов, ингибиторов ЦОГ-2 (циклооксигеназы), антигистаминных препаратов.

В настоящее время для преодоления бесплодия при азооспермии используются современные микрохирургические методы получения сперматозоидов, значимо улучшающие результаты лечения в сравнении с ранее пункционными и стандартными методиками прошлого века.

Серьезной проблемой, указанной в гайдлайнах Американского общества репродуктивной медицины (2021 г.), является старший отцовский возраст, и эта тенденция прослеживается сегодня во многих странах мира. Как показывают клинические исследования, мужское бесплодие и соматическое здоровье имеют прямую связь. Ретроспективный анализ, проведеннный в США в 2019 г., продемонстрировал, что мужчины с диагностированнным бесплодием имеют более высокие риски развития гипертонической болезни, сахарного диабета, ги-

перлипидемии, сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому, подчеркнул эксперт, урологам «важно смотреть на пациента через призму не только спермограммы, но и его общего здоровья».

Имеется большая доказательная база в отношении негативного воздействия окислительного стресса (ОС) на мужскую фертильность. В обзоре Cochran library (2019 г.) говорится, что назначение антиоксидантов эмпирически позволяет с большей частотой в сравнении с плацебо

достичь клинической беременности и повысить показатель живорождения.

В базе Cochran library более 6 тыс. наблюдений о влиянии пептидов на мужскую фертильность. Регуляторные пептиды – класс молекул естественного происхождения, отивечающих за поддержание гомеостаза и нормальное функционирование организма. Они синтезируются во всех органах и тканях и состоят из аминокилот, соединенных пептидной связью. Клетки Сертоли контролируют сперматогенез с помощью регуляторных пептидов и белков. Регуляторные пептиды образуются из белков базальной мембраны семенного канальца и белков клеток Сертоли.

Докладчик обратил внимание на то, что сегодня для лечения различных форм мужского бесплодия на российском рынке появился первый лекарственный органоспецифический негормональный препарат «Фертивелл» на основе регуляторных пептидов. Препарат прошел полный комплекс регистрационных клинических исследований по стандартам GCP; применяется в/м 1 раз в неделю, полный курс – 10 недель, флаконы (5мг) № 10 [Инструкция ЛП-008090].

В целях изучения молекулярных механизмов действия препарата «Фертивелл» в 2021–2022 гг. проводился экспремент на клеточных культурах семенников. Исследование показало, что применение «Фертивелла» уменьшает количество повреждений ДНК в клетках тестикул, снижает количество активных форм кислорода и уровень окислительного стресса, предотвращает развитие апоптоза; восстанавливает экспрессию белков сперматогенного эпителия, подавленную под воздействием ОС, что может иметь важное значение в поддержании и восстанавлении сперматогенеза; повышает способность к репарации клеточной культуры тестикул, увеличивая миграционную активность и восстанавливая пролиферацию клеток сперматогенного эпителия; повышает активность митохондрий, восстанавливая энергетический обмен.

В сравнительном исследовании с L-карнитином на модели D-галактозного репродуктивного старения у животных Фертивелл продемонстрировал наиболее полное восстановление экспрессии генов и мРНК ключевых белков сперматогенеза (Bcl-2, виментина и др), снижение уровня фрагментации ДНК не только в сперматозоидах, но и в клетках Сертоли, повышение митохондриальной активности в тканях семенников и непосредственно в сперматозоидах, а также восстановление нормального уровня АФК до значений интактной группы, в отличие от терапии L-карнитином мне приводя к избыточному подавлению АФК.

Под руководством академика РАН Д.Ю. Пушкаря с соавторами проведено двойное слепое плацебоконтролируемое клиническое исследование «Фертивелла» у пациентов с нарушениями сперматогенеза. В рамках исследования выявлен более чем 3-кратный рост концентрации сперматозоидов и более чем 2-кратное увеличение прогрессивно-подвижных форм сперматозоидов, увеличение количества морфологически нормальных форм сперматозоидов в 2,6 раза, с сохранением эффектов не менее 3-х недель после завершения курса терапии.

Согласно резолюции экспертного совета, данные клинических исследований подтверждают серьезные перспективы применения препарата «Фертивелл» для лечения бесплодия у мужчин.

Новые возможности лечения пациентов с ГАМП

Темой доклада **профессора кафедры урологии МГСМУ им. А.И. Евдокимова, д.м.н. Геворга Рудиковича Касяна** стали новые возможности патогенетической терапии гиперактивного мочевого пузыря.

Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) – это не заболевание, а синдром, под которым подрузамевается наличие ургентных позывов к мочеиспусканию в сочетании (или без) с недержанием мочи, как правило, сопровождающимся учащенным мочеиспусканием и ноктурией. На сегодняшний день существуют три основные теории природы данного явления: нейрогенная, миогенная, уротелиальная.

Специалисты все чаще говорят, что в основе патогенеза ГАМП может лежать нарушение синтезирующей функции уротелия в результате хронического воспаления, ОС либо ишемии органа.

В результате белковый профиль – протеом мочевого пузыря (МП) меняется. Меняются и типы белков, при этом считается, что некоторые из них могут быть маркерами развития ГАМП.

В свою очередь протеомика основывается на генетике. Но геном человека сегодня полностью расшифрован, однако к разгадке причины ГАМП это не привело. По мнению эксперта, возможно, потому, что только 1,5% из расшифрованных генов функционируют и за что-то отвечают, остальные не используются.

Протеомика возникла как постгеномная технология. А истинные «омики», по словам эксперта, – это анализ продуктов передачи геномной информации. Омик-технологии производят одновременный анализ тысяч соединений, например метаболитов, липидов, гликанов и т.д. (метаболомика, липидомика, гликомика).

Изучение белков имеет большую историю. Такие технологии, как секвенирование белков, двухмерный электрофорез белков, позволили лучше понять, можно ли их связать с какими-то патологическими состояниями.

«Везустен» – это лекарственный препарат, состоящий из комплекса регуляторных пептидов с молекулярной массой не более 10 кДа, выделенных из МП. В отношении этого препарата были проведены серьезные доклинические исследования. Исследователи проверяли тканеспецифическую активность – стимулирующее воздействие на рост клеток МП без влияния на культуры тканей других органов; отсутствие токсического, местнораздражающего действия, аллергенности, иммуногенности и мутагенности.

Показано, что применение препарата на модели ГАМП у лабораторных животных (модель обструкционной гипертрофии МП) нормализует сократительную активность мочевого пузыря: снижает

гиперрефлекторность, нормализуя показатели функциональной активности МП (массу, объем мочевого пузыря и их соотношение), восстанавливает эвакуаторную функцию МП, улучшает показатели внутрипузырного давления и эластичности стенок МП (по данным цистометрии).

Проведены клинические исследования препарата с участием в общей сложности 290 пациентов.

В рамках двойного слепого плацебоконтролируемого исследования III фазы пацинеты с ГАМП были рандомизированы на две группы по 75 человек – основную и контрольную. И в той, и в другой пациенты три раза в неделю получали внутримышечные инъекции, но с той разницей, что в контрольной группе это был «Везустен» 5 мг, а в контрольной – плацебо.

Результаты исследования анализировались с помощью дневников мочеиспусканий, субъективных тестов, оценивающих частоту мочеиспусканий, степень ургентности, эпизоды недержания мочи, и опросника OAB-q. И уже к третьему визиту (42-му дню) по их результатам регистрировался выраженный клинический эффект «Везустена».

В группе терапии препаратом «Везустен» отмечено достоверное снижение общего количества мочеиспусканий, у 65,3% пациентов наблюдалось снижение суточного количества эпизодов недержания мочи на 50% и более по сравнению с исходным уровнем, среднее снижение количества эпизодов недержания мочи превосходило показатели группы плацебо в 2,15 раза. У 66,7% пациентов отмечалось выраженное снижение симптоматики по шкале суммарной оценки частоты и ургентности мочеиспусканий TUFS (более чем на 20%), в то время как в группе плацебо таких результатов достигли лишь 38,73% пациентов.

Что касается нежелательных явлений, то они выразились в легкой болезненности в месте введения препарата (6 случаев в группе «Везустена» и 7 – в группе плацебо), из чего можно заключить, что препарат имеет благоприятный профиль безопасности.

Таким образом, «Везустен» для внутримышечного введения в дозировке 5 мг в течение трех недель (суммарно 10 инъекций) улучшает состояние пациентов с ГАМП, сокращает число эпизодов ургентного недержания мочи, частоту мочеиспусканий, а также оказывает положительное влияние на качество жизни пациентов [Инструкция ЛП-008223].

Елена Яковлева

Лечение ДГПЖ больших размеров: слагаемые правильного выбора

XIX конгресс «Мужское здоровье» с международным участием стал большим событием для специалистов в области урологии, онкоурологии, андрологии и смежных медицинских направлений. В рамках пленарного заседания на форуме с докладом «Выбор метода лечения гиперплазии предстательной железы больших размеров» выступил заведующий кафедрой урологии Кубанского ГМУ, заместитель главного врача по урологии НИИ–Краевой больницы № 1 им. проф. С.В. Очаповского, руководитель уронефрологического центра, главный уролог и трансплантолог Краснодарского края, заместитель председателя РОУ по клинической работе и внедрениям, заслуженный врач РФ, профессор, д.м.н. **Владимир Леонидович Медведев**.

Размер и время имеют значение

Современные клинические рекомендации четко определяют, что пациентам с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) больших размеров показано оперативное лечение. Последнее может представлять собой открытую или мини-инвазивную простатэктомию, гольмиевую энуклиацию или лазерную вапоризацию, либо стандатную трансуретральную резекцию (ТУР) ПЖ. Таким образом, и перед врачом, и перед пациентом встает проблема выбора метода оперативного вмешательства.

Ожидания пациентов и клиницистов в отношении результатов операции могут отличаться. Пациенты могут предпочитать варианты лечения, которые менее эффективны, но имеют невысокий риск осложнения или позволяют быстрее вернуться к нормальной жизни. В то время как статистика результатов оперативного лечения ДГПЖ свидетельствует, что полностью довольными его результатами остаются 61,5% мужчин, 35% сталкиваются с возращением симптомов нижних мочевыводящих путей (СНМП), 3% нуждаются в повторной операции с риском инвалидизации.

Тем временем многочисленные клинические исследования выявили корреляцию между объемом предстательной железы и количеством послеоперационных осложнений при проведении ТУР ПЖ. Риск осложнений возрастает и с увеличением времени выполнения хирургического вмешательства. Выяснилось, что наиболее безопасная длительность ТУР составляет 90 мин. Если длительность операции более 90 мин., повышается риск развития инфекции, кровотечения, ТУР-синдрома и даже инфаркта миокарда.

Есть также данные о развитии стриктур мочеиспускательного канала после трансуретральных резекций, механизм образования которых эксперт отдельно проанализировал. Образованию стриктур обычно способствуют механические повреждения слизистой оболочки уретры, утечка электрического тока (возникновение короткого замыкания между активным электродом и металлической оболочкой и другими металлическими частями резектоскопа). В свою очередь рецидивирующий (гонококковый) уретрит является причиной большинства стриктур передней уретры из-за активной воспалительной реакции и воспалительных инфильтратов в подслизистой оболочке, что в конечном итоге приводит в спонгиофиброзу и стриктурам. Более холодный ирригационный раствор также способен привести к образованию стриктур из-за сужения кровеносных сосудов в уретре. В качестве кофактора развития стриктур уретры рассматривается и продолжительность операции, обусловливающая число движений резектоскопа.

Новые технологии и результаты лечения

Сегодня в распоряжении клиницистов появились новые технологии хирургического лечения ДГПЖ. В частности, гольмиевая (тулиевая) лазерная энуклеация простаты (HoLEP, ThuLEP), которая (с учетом профиля безопасности) может применяться в качестве альтернативы открытой аденомэктомии у пациентов с ДГПЖ больших размеров. В сравнении с ТУР HoLEP демонстрирует меньшую частоту рецедивов, долгосрочное (72 мес.) улучшение индекса IPSS (международная шкала суммарной оценки заболеваний предстательной железы) и Qmax (максимальная скорость мочеиспускания). Несмотря на более длительное время операции, срок госпитализации после HoLEP короче, а частота инфекционных осложнений меньше. Кроме того, гольмиевая лазерная энуклеация имеет более благоприятный профиль безопасности, чем открытая аденомэктомия, особенно у пациентов, принимающих антикоагулянты и/или антитромбоцитарные препараты.

Сравнение гольмиевой лазерной энуклеации и простой аденомэктомии показывает, что эти два метода объединяют одинаковые эффективность, профиль безопасности и функциональные результаты. При этом HoLEP характеризуется меньшими катетеризационным периодом и инвазивностью (не вскрываются капсулы простаты, мочевого пузыря), что значительно уменьшает травматичность.

В отличие от малоинвазивной аденомэктомии для гольмиевой лазерной энуклеации характерны более длинная кривая обучения (также и для лапароскопии/робота) и более длительное время операции. Кроме того, HoLEP отличает повышенная послеоперационная дизурия и стрессовое недержание мочи/некомпетенция сфинктера.

И HoLEP, и лапароскопическая/роботическая аденомэктомия в равной степени могут применяться, а также имеют сопоставимые результаты. Однако при проведении HoLEP меньше кровопотеря, длительность катетеризации, операции и пребывания в стационаре. Что касается осложнений, по результатам исследований, уровень ургентного недержания мочи выше в группе HoLEP по сравнению с роботической аденомэктомией (25% против 9%). В то время как открытая аденомэктомия чаще приводит к кровопотерям, требующим гемотрансфузии.

В отношении вероятности образования стриктур уретры 7-летний опыт применения HoLEP свидетельствует, что чаще всего они развивались:

- при наличии у пациента хронического простатита;
- при более высоком балле QoL (качества жизни);
- при использовании резектоскопа большего диаметра (28F по сравнению с 26F чаще становится причиной интраоперационных стриктур);
- при выполнении меатомии;
- при более длительной послеоперационной катетеризации.

В.Л. Медведев привел данные исследований по применению открытой аденомэктомии по Миллину, Фрейеру. Результаты показывают, что после выполнения открытой аденомэктомии проявления СНМП могут уменьшаться на 63–86%, показатель качества жизни (QoL) способен улучшиться на 60–87%, индекс Qmax увеличиться на 375%, а достигнутый положительный эффект сохраниться до шести лет у 98% пациентов. И хотя открытая аденомэктомия более инвазивна, смертность в результате ее выполнения значительно снизилась за последние 20 лет. Недержание мочи наблюдается у 10% пациентов, склероз шейки мочевого пузыря и стриктуры уретры – у 6% больных. По сравнению с другими техниками энуклеации ДГПЖ открытая аденомэктомия более продолжительна, так же как и сроки дренирования мочевого пузыря после ее проведения. Вместе с тем это долговременная и эффективная операция для лечения пациентов с СНМП/ ДГПЖ. Поэтому при отсутствии эндоурологического арсенала и наличии согласия пациента открытая аденомэктомия является методом выбора для пациентов с объемом ДГПЖ большого размера.

Отметив, что в последнее время для лечения пациентов с ДГПЖ клиницисты чаще предпочитают малоинвазивные технологии, В.Л. Медведев обратил внимание также на растущее число робот-ассистированных аденомэктомий. По его словам, преимуществами робот-ассистированной уретросберегающей аденомэктомии являются эффективность (как при выполнении открытой аденомэктомии), минимальная инвазия, возможность интрапузырного (интрауретрального) применения технологии Firefly (с использованием изображения в ближнем инфракрасном диапазоне для прецизионной диссекции шейки мочевого пузыря и уретры), низкая степень ургентности в послеоперационном периоде, отсутствие необходимости в орошении мочевого пузыря, сохранение эякуляторной функции.

Резюмируя свое выступление, докладчик напомнил о важности правильного выбора хирургической техники лечения ДГПЖ. Выбирая тот или иной метод, необходимо учитывать размер простаты, сопутствующие болезни пациента, его предпочтения и готовность принять специфические побочные эффекты, связанные с операцией, вид анестезии, наличие необходимого оборудования и опыт хирурга.

Елена Яковлева

Артериальная гипертензия и гиперэстрогения у мужчин

В научную программу XIX конгресса «Мужское здоровье» с международным участием были включены доклады не только урологов, андрологов, репродуктологов, но и специалистов других медицинских направлений. В рамках пленарного заседания с сообщением «Артериальная гипертензия и гиперэстрогения у мужчин» на форуме выступила кардиолог, заведующая кафедрой терапии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова, заведующая отделом возраст-ассоциированных заболеваний МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, заслуженный врач РФ, профессор, д.м.н. **Яна Артуровна Орлова**.

Известно, что уровень артериального давления (АД) у мужчин в молодом и среднем возрасте существенно выше, чем у женщин. В период менопаузы одновременно со снижением уровня эстрогенов у женщин повышается риск развития ишемической болезни сердца (ИБС). Поэтому в последние годы много говорится о том, что менопаузальная гормональная терапия может в значительной степени снизить сердечно-сосудистые риски у женщин, что подтверждают наблюдательные исследования. Вместе с тем, отметила эксперт, по иронии судьбы, лечение эстрогенами сердечно-сосудистых заболеваний впервые применили у мужчин еще в 1950–1960 гг. О таком опыте свидетельствуют статьи, опубликованные в журнале «Ланцет» в этот период. Однако уже в начале 1970–х стало понятно, что идея лечить мужчин от ИБС эстрогенами ошибочная и существенно увеличивает их смертность.В настоящее время опубликовано много данных в отношении пользы эстрогенов для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний по результатам исследований с участием женщин. Даже в экспериментальных работах уровень эстрогенов и их связь с сердечно-сосудистыми рисками изучались в основном на самках модельных животных. В то время как данных о гиперэстрогении (ГЭ) у мужчин, по словам эксперта, практически нет, за исключением несколько работ, показывающих, что ГЭ у мужчин пожилого и старческого возраста может быть ассоциирована с увеличением сердечно-сосудистых заболеваний.

Чтобы восполнить этот пробел группа ученых в составе Я.А. Орловой, З.Ш. Павловой, Е.Д. Сорокина провела ретроспективное исследование «Оценка связи сердечно-сосудистого риска с уровнем эстрадиола у мужчин молодого и среднего возраста» (ОСКАР).

В исследование были включены пациенты мужского пола в возрасте 18–60 лет, обратившиеся к врачам по поводу профилактического обследования. Основную группу составили мужчины, у которых была выявлена артериальная гипертония (АГ), контрольную – пациенты того же возраста, но без АГ. По возрасту группы были сопоставимы. При этом уровень тестостерона у пациентов с АГ был немного ниже, в то время как уровень эстрадиола незначительно выше, а соотношение эстрадиола к тестостерону достоверно выше.

Вместе с тем при сопоставлении остальных параметров выяснилось, что в группе с АГ было больше мужчин с абдоминальным ожирением и повышенным индексом массы тела (ИМТ). Стало очевидно, что таких пациентов по сердечно-сосудистым рискам и уровню эстрогена сравнивать невозможно. Так как, с одной стороны, ожирение само по себе является фактором сердечно-сосудистого риска и повышает уровень системного воспаления, о чем кардиологи хорошо знают. С другой стороны, избыток висцерального жира, активация ароматазы и ароматизация половых гормонов приводят к конверсии тестостерона в эстрадиол. Таким образом, жировая ткань является важным фактором для оценки сердечно-сосудистых рисков и уровня половых гормонов у мужчин.

Группы для следующего этапа исследования формировались с учетом множества аспектов, таких, как возраст, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии, бедер и даже табакокурение. В результате в основную группу был включен 71 пациент с впервые выявленной гиперэстрогенией (уровень эстрадиола – более 41,2 пг/мл). Соответственно, в контрольную группу методом псевдорандомизации было подобрано 68 мужчин с нормальным уровнем эстрадиола, сопоставимых по возрасту и ИМТ с участниками исследования из основной группы.

Как известно, в исследованиях, которые проводились с участием женщин, выявлена четкая корреляция: чем выше уровень эстрогенов, тем ниже уровень атерогенных липидов. В то время как исследование ОСКАР с участием мужчин показало, что уровень общего холестерина достоверно выше у пациентов с повышенным уровнем эстрогенов. При этом серьезных различий по уровню углеводного обмена и показателя шкалы SCORE (калькулятор сердечно-сосудистого риска) между группами не выявлено, что, по мнению эксперта, скорее всего, связано с достаточно молодым возрастом пациентов, в то время как по уровню артериального давления разница была статистически значимая. Так, в группе с ГЭ среднее систолическое давление (САД) составило 142 мм рт. ст., а в группе контроля – 135 мм рт. ст. (разница – 7 мм рт. ст.).

В доказательство, что разница 7 мм рт. ст., когда речь заходит об АД, весьма существенная, докладчик привела данные исследования с участием 300 тыс. пациентов, опубликованного в журнале «Ланцет» в 2021 г. Эта работа показала, что снижение САД на 5 мм рт. ст. уменьшает риск инсульта на 13%, хронической сердечной недостаточности – на 14 %, ИБС – на 7% и сердечно-сосудистой смертности – на 5%. Таким образом, можно предположить, что у мужчин с ГЭ риск сердечно-сосудистой смертности на 7% выше, чем у мужчин с нормальным уровнем эстрогена, а это не так уж мало.

«Показано, что наличие гиперэстрогении у мужчин в нашей выборке в 2 раза увеличивало вероятность наличия у них АГ, независимо от возраста, уровня тестостерона и ИМТ», — подчеркнула Я.А. Орлова.

Анализируя потенциальные механизмы ассоциации ГЭ и АГ, исследователи пришли к выводу, что у мужчин так же, как и у женщин, эстрогены меняют осмотическую регуляцию вазопрессина, что может привести к задержке жидкости и соли. Поэтому у пациентов мужского пола с ГЭ может реализовываться солезависимый механизм повышения АД на фоне повышенного уровня эстрогенов.

Второе потенциальное объяснение, которое требует дополнительного подтверждения: положительная корреляция между эстрадиолом и уровнем С-реактивного белка у мужчин среднего и пожилого возраста может быть маркером провоспалительного влияния ГЭ.

«У женщин, если говорить об эндогенном эстрогене, нет такой четкой связи с уровнем С-реактивного белка, в то время как в отношении экзогенного эстрогена, который вводится в процессе заместительной терапии, данные такие публиковались. И уровень С-реактивного белка и системного воспаления мог повышаться. Так что это тема для дальнейшего изучения и обсуждения», — пояснила Я.А. Орлова.

В заключительной части своего выступления эксперт отметила, что многие мужчины с выявленной АГ пренебрегают профилактическими мерами, не хотят менять образ жизни и принимать лекарственные препараты, пока у них не случается серьезное сердечно-сосудистое событие. В связи с этим в 2021 г. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний предложили новый подход к решению данной проблемы. В результате известная шкала SCORE пополнилась таблицами, которые позволяют оценить пожизненную выгоду снижения САД на 10 мм рт. ст.

Согласно приведенным данным, снижение САД 160/90 до уровня целевого значения обещает пациенту 76 лет дополнительные 1,5 года здоровой жизни. В свою очередь вовремя начавший лечение 45-летний пациент с таким же уровнем САД может рассчитывать, что продолжительность его жизни увеличится на 2,8 года.

«Персонификация лечения и подходов к нему в настоящее время происходит лишь тогда, когда болезни присущи только мужчинам или только женщинам. На самом деле, сердечно-сосудистые заболевания – это область, в которой персонификация по половому признаку очень напрашивается. Понимание патогенетических механизмов развития и прогрессирования ССЗ в зависимости от пола может выявить новые мишени для терапевтических вмешательств», — резюмировала свое выступление Я.А. Орлова

Елена Яковлева

Мужской фактор и репродуктивные потери при ВРТ

Научная программа XIX конгресса «Мужское здоровье» с международным участием традиционно включала обсуждение вопросов мужского репродуктивного здоровья. Выступивший на форуме уролог отделения андрологии и урологии НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова, к.м.н. **Тарас Валерьевич Шатылко** проанализировал влияние андрологических факторов на репродуктивные потери в рамках ВРТ.

Статистика и этиология

По данным Европейского общества по репродукции человека (ESHRE, 2017 г.) около 10–15% всех беременностей заканчивается невынашиванием – непреднамеренным прекращением до достижения срока жизнеспособности плода (24 нед.). С привычным невынашиванием (два и более эпизода невынашивания) сталкиваются около 1–3% всех пар репродуктивного возраста.

К репродуктивным потерям относят также внематочную беременность и смерть в неонатальном периоде. При этом считается, что мужской фактор (МФ) может быть вовлечен в репродуктивные потери до эмбрионального периода включительно. Особой категорией репродуктивных потерь можно назвать неудачи ВРТ. В данном контексте репродуктивные потери включают субклинические потери, невынашивание после ВРТ и неудачи ВРТ как таковые. Этиология репродуктивных потерь весьма гетерогенна, при том что у 50–70% пар с привычным невынашиванием беременности не удается идентифицировать причину. В целом же, по словам докладчика, рождением ребенка заканчивается примерно 30% всех случаев фертилизации, 10% приходятся на невынашивание, 30% составляют субклинические постимплатационные потери и 30% – преимплатационные. Учитывая вклад сперматозоида в развитие эмбриона, логично предполагать, что за частью «идиопатических» случаев репродуктивных потерь скрывается МФ. Причем для оценки риска невынашивания недостаточно одной лишь оценки кариотипа, а также показателей рутинной спермограммы (Sbracia et al., 1996, Gopalkrishnan et al., 2000, Bhattacharya, 2008). Необходимо применение продвинутых спермиологических тестов.

Тератозооспермия не является непосредственной причиной репродуктивных потерь, как и надежным прогностическим фактором на этот счет, естественная беременность может наступить и при 0% морфологически нормальных сперматозоидов (Kovac et al., 2017). По результатам большинства клинических исследований, эффективность внутриматочной инсеминации не зависит от наличия тератозооспермии при условии хорошего количества и подвижности сперматозоидов. Не влияет она и на результаты естественного оплодотворения и ВРТ.

Много споров, можно ли включать мужчин с лейкоцитоспермией в программу ВРТ. На этот вопрос ответило исследование (Qiao et al., 2022), показавшее, что лейкоцитоспермия не влияет на результаты ВРТ. Установлено, что при ICSI удается получить эмбрионы более высокого качества, чем при стандартном ЭКО, но это не отражается на частоте наступления беременности и частоте рождения детей.

В то же время в отношении влияния на репродукцию тератозооспермии есть данные, которые показывают, что в таком случае частота получения эмбрионов оптимального качества при ICSI меньше, чем при ЭКО.

Фрагментация ДНК как наиболее изученный маркер

Наиболее изученным маркером репродуктивных потерь является индекс фрагментации ДНК сперматозоидов. Повышение фрагментации ДНК сперматозоидов – частая лабораторная находка у бесплодных мужчин, в том числе в парах, прибегающих к ВРТ (Esteves et al., 2015; Bungum et al., 2007).

Фрагментация ДНК может привести к увеличению срока до наступления беременности, привычному невынашиванию беременности, оказать негативное влияние на результаты внутриматочной инсеминации, потенциально привести к грубым мутациям у потомства. При этом сперматозоиды с нормальной головкой могут иметь поврежденнную ДНК, и, наоборот, сперматозоиды с поврежденной головкой могут иметь цельную ДНК (Avendanio et al., 2008). Таким образом, фрагментация ДНК in vivo снижает вероятность наступления беременности, повышает риск невынашивания беременности. In vitro не влияет на частоту фертилизации (экспрессия отцовской части генома не начинается раньше второго деления); влияет на развитие эмбриона и в меньшей степени влияет на исход наступления клинической беременности (играет роль селекция эмбриона перед переносом). Поэтому оценка фрагментации ДНК сперматозоидов выполняется при планировании естественной беременности и прогнозировании результатов ICSI.

Рекомендации ESHRE довольно скудны в отношении привычного невынашивания беременности, связанного с мужским фактором. Однако уже сегодня надо помогать пациентам с подобными проблемами. Тактика медицинской помощи в таких случаях предполагает преимплантационную генетическую диагностику, которая должна выполняться: при аномалии кариотипа у родителей; при подтвержденных аномалиях кариотипа у абортуса; при повышенной частоте анеуплоидии сперматозоидов; при мутациях AZF: риск дезинтеграции Y-хромосомы. Частота фертилизации – 59,8%, частота наступления клинической беременности – 28,6%, частота рождения ребенка – 23,4%.

Последовательный подход включает способы преодоления высокой фрагментации ДНК сперматозоидов: этиотропное воздействие (варикоцелэктомия, терапия инфекций); антиоксидантную терапию; сокращение интервала между эякуляциями; отбор сперматозоидов для ЭКО/ICSI; использование текстикулярных сперматозоидов. Важно информирование пациентов о риске влияния табакокурения на фрагментацию ДНК, необходимости коррекции образа жизни, а также о возможностях использования антиоксидантов, которые могут влиять на индекс фрагментации ДНК сперматозоидов, как и о том, что проблема оксидативного стресса (ОС) не решается методами ВРТ. Мужчинам, которых включают в программу ВРТ, как правило, рекомендуются антиоксидантные добавки. В частности, «Сперотон», который содержит L-карнитин, цинк, витамин Е, витамин B_9, селен, а также «Синергин», содержащий коэнзим Q10, ликопин, бета-каротин и другие компоненты, влияющие на уровень ОС в организме. Эти две биологически активные добавки можно комбинировать, а «Синергин» рекомендовать также и женщине, которая вступает в программу ВРТ.

Елена Яковлева

Правильный алгоритм – залог успеха ВРТ при мужском факторе бесплодия

Большой интерес участников XIX конгресса «Мужское здоровье» вызвала сессия «Школа по репродукции». Доклад «Особенности применения ВРТ при мужском факторе бесплодия» представила в ее рамках директор клиники ВРТ «Дети из пробирки», профессор кафедры акушерства и гинекологии РУДН и РНИМУ им. Н.И. Пирогова, президент саморегулируемой организации «Ассоциация клиник вспомогательных репродуктивных технологий», д.м.н. **Эмма Врамовна Вартанян**.

Прегравидарная подготовка

Прежде всего эксперт отметила, что преодоление проблемы мужского бесплодия зачастую затруднено отсутствием четкого алгоритма ведения супружеских пар. Последний включает в себя три этапа: качественную диагностику, качественную подготовку к зачатию, выбор метода лечения. При этом, добавила докладчик, если первые два этапа выполняются четко, вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) паре могут и не понадобиться, так как во многих случаях беременность наступает естественным образом.

Самыми серьезными неблагоприятными факторами при подготовке к программе ВРТ в парах, в которых беременность не наступает в течение одного года, являются возраст мужчины и женщины; сочетание заболеваний у женщины и/или мужчины; патоспермия у мужчины. Обычно, если женщина моложе 35 лет, а мужчина здоров, обследование женщины занимает три месяца, еще три месяца продолжается терапия. Если женщина старше 35 лет, а мужчина здоров, прегравидарная подготовка к ВРТ начинается после трехмесячного обследования женщины. В этой связи эксперт напомнила о важности междисциплинарного подхода при ведении подобных пар, поскольку бесплодие – это общая проблема супружеской пары.

«Мы очень серьезно занимаемся прегравидарной подготовкой. У нас есть группа препаратов, которые способствуют улучшению здоровья и качества спермы, и мы их назначаем уже на этапе обследования. «Сперотон» – антиоксидантное средство, которое включает в себя L-карнитин, витамин Е, фолиевую кислоту, цинк, селен и дает хорошие результаты при приеме в течение трех месяцев», – сообщила Э.В. Вартанян.

«Сперотон», который следует принимать по одному пакету-саше (растворить в стакане воды) один раз в сутки во время еды курсом до трех месяцев, хорошо зарекомендовал себя в рамках прегравидарной подготовки мужчин.

«Сперотон»:

– способствует увеличению концентрации и подвижности сперматозоидов и объема эякулята, стимулирует сперматогенез;

– может снижать окислительный стресс (ОС) в тканях яичка;

– способствует уменьшению дефектов сперматозоидов;

– способен восстанавливать акросомальную реакцию.

Возможности этого препарата подтвердило исследование А.Ю. Поповой и соавт. «Влияние комплексов «Сперотон» и «Синергин» на показатели окислительного стресса эякулята у пациентов, готовящихся к программам вспомогательных репродуктивных технологий». Оно показало, что у мужчин, применяющих «Сперотон», доля сперматозоидов с поступательным движением увеличилась на 58%, снизилась фрагментация ДНК сперматозоидов, а также уровень активных форм кислорода.

При включении в прегравидарную подготовку «Сперотон» способствует снижению ОС и созданию оптимальных условий для оплодотворения. Средство может увеличивать объем эякулята до 41%, улучшать морфологию сперматозоидов, повышать их концентрацию на 43, 2%, увеличивать подвижность сперматозоидов на 86, 3%, а индуцируемость акросомальной реакции – на 117%. «Сперотон» можно применять мужчинам с субфертильной спермой, наличием аутоантител (АСАТ), при подготовке к программе ВРТ.

Исследования также подтвердили возможность использования при мужском бесплодии БАД «Синергин». Это средство показало способность на 35,9% уменьшать число сперматозоидов с повышенным уровнем фрагментации ДНК и в два раза увеличивать общую антиокислительную активность спермы. «Синергин» также может применяться при подготовке к ВРТ.

Показания к ВРТ и выбор метода

Отдельно лектор остановилась на показаниях к применению ВРТ. В их числе – нереализованная репродуктивная функция при наличии онкологических заболеваний, сохранение репродуктивного материала мужчин и женщин, которым предстоит работа в неблагоприятных условиях.

Техники получения сперматозоидов выбирает андролог-уролог.

Среди программ ВРТ, помимо экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), современная медицина располагает эмбриологическими технологиями, используемыми при мужском факторе бесплодия:

– ICSI – оплодотворение яйцеклетки единичным сперматозоидом (показания: субфертильная сперма, олигоспермия, азооспермия, неспособность сперматозоидов к оплодотворению);

– IMSI – морфологическая оценка подвижных сперматозоидов при увеличении в 6600 раз (показания: две и более неудачные попытки ICSI, высокий уровень тератозооспермии);

– PICSI – селекция сперматозоида на основании морфологических признаков и оценки зрелости на основании его физико-химических свойств (показания: неудачные попытки ICSI, высокий уровень тератозооспермии, эмбрионы плохого качества в предыдущих попытках ЭКО).

Выбор метода преодоления мужского бесплодия обусловлен характеристиками эякулята. В свою очередь успех программы ЭКО при мужском факторе бесплодия зависит от подготовки, подразумевающей улучшение параметров спермограммы; получения сперматозоидов (методами MESA, TESA, NESE, PESA); эмбриологических технологий, снижающих риск неудач оплодотворения.

Завершая свое выступление, Э.В. Вартанян еще раз подчеркнула важность правильной тактики ведения пациентов с мужским фактором бесплодия, включающей:

– своевременное обращение;

– грамотное обследование;

– постановку верного диагноза;

– преконцепционную подготовку;

– выбор метода ВРТ;

– применение современных эмбриологических технологий;

– профилактику осложнений гестации на всех этапах.

Елена Яковлева

Маршрут преодоления бесплодия в паре

В феврале в Москве состоялась XVII Всероссийская научно-практическая конференция «Рациональная фармакотерапия в урологии». В рамках научной программы мероприятия затрагивались в том числе и вопросы мужского репродуктивного здоровья. С докладом «Маршрутизация мужчины, состоящего в бесплодном браке», выступил профессор кафедры урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова, зам. председателя РОУ, д.м.н. **Игорь Алексеевич Корнеев**.

Проблема мужчины и женщины

Отметив, что в РФ сегодня не лучшая ситуация с рождаемостью и мужским репродуктивным здоровьем, эксперт подчеркнул, что она является отражением общемировых тенденций. В последние годы во всем мире ухудшилось состояние сперматогенеза у мужчин, а показания эякулята снизились примерно в полтора раза.

Понятно, что конечной целью диагностики и лечения пациентов с бесплодием должно быть рождение ребенка. Однако выявление причины бесплодия и проведение лечения не всегда приводит к ее достижению, поэтому важно после проведения обследования наметить план лечения, приняв во внимание состояние здоровья и риски возможной утраты репродуктивной функции обоих супругов с течением времени.

Хотя Международная классификация болезней (МКБ) различает бесплодие мужское и женское. Бесплодие, убежден эксперт, всегда является проблемой пары. Его причину специалисты начинают искать, если беременность в паре не наступает в течение 12 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции. Несмотря на то, что проблема одна, обследование и лечение проводят два лечащих врача: уролог – у мужчины и гинеколог – у женщины, которым необходимо организовать между собой согласованное и регламентированное клиническими рекомендациями взаимодействие.

В настоящее время у специалистов есть понимание, что репродуктивное здоровье определяется не только врожденными и не изменяющимися в течение жизни мужчины генетическими факторами, но также находится под изменчивым влиянием факторов окружающей среды, образа жизни и заболеваний, которые необходимо уметь выявлять и по возможности устранять. Согласно требованиям нормативных документов на диагностику причин бесплодия специалистам отводится полгода, еще год отводится на лечение. Столь ограниченные сроки определяются другим немаловажным фактором – фактором женского репродуктивного потенциала, который начинает снижаться после 30 лет.

Четкий алгоритм – залог успеха

Алгоритм маршрутизации мужчин, состоящих в бесплодном браке, представлен в отечественных клинических рекомендациях, одобренных научно-практическим советом Минздрава. При выявлении у мужчины заболевания, которое является причиной бесплодия и может быть устранено, для принятия решения о возможности начала лечения с целью восстановления репродуктивной функции и возобновления попыток зачатия естественным путем врач-уролог должен ознакомиться с заключением гинеколога и убедиться в том, что в ходе лечения мужа у супруги не произойдет существенного снижения способности к зачатию. Возможна ситуация, когда, принимая во внимание поздний репродуктивный возраст или снижение овариального резерва у жены, приоритет будет отдан применению внутриматочной инсеминации (ВМИ) или вспомогательных репродуктивных технологиий (ВРТ). Эти методы позволяют решить проблему и в том случае, когда причина мужского бесплодия не может быть устранена. Но внимание к мужчине не должно ослабевать, поскольку его нужно правильно подготовить к протоколу ВРТ и помочь устранить имеющиеся неблагоприятные факторы, чтобы использованные в протоколе сперматозоиды и попавшие в ооцит молекулы ДНК мужчины обеспечили реализацию репродуктивного потенциала.

Согласно современным представлениям оксидативным стрессом можно объяснить до 80% случаев идиопатического мужского бесплодия. ОС выявляется также у 30–40% мужчин, имеющих другие формы бесплодия. Согласно исследованию профессора В. А. Божедомова, у 2/3 мужчин с нормозооспермией в бесплодном браке были выявлены нарушения функции сперматозоидов, причины которых в рутинной практике не определяются. Но, зная данные анамнеза при объективном обследовании, можно получить информацию об источниках ОС.

Физикальное обследование, лабораторная и инструментальная диагностика

При физикальном обследовании нужно помнить, что ожирение приводит к снижению показателей фертильности у мужчин. Поэтому пациентов с лишним весом необходимо направлять к эндокринологу. В консультации эндокринолога нуждаются также мужчины с гипоплазией яичек. При наличии варикоцеле, когда оно клинически выражено и является единственной причиной олигозооспермии, следует рассматривать перспективу хирургического лечения.

Важнейший аспект физикального обследования – исключение взаимосвязи мужского бесплодия и рака яичка, поскольку у бесплодных мужчин выше риск развития имено этого онкологического заболевания. В таких случаях лечащий врач должен взаимодействовать с онкоурологом. А при выявлении онкозаболевания необходима криоконсервация спермы или содержащей сперматозоиды ткани яичка.

Если в ходе обследования выявляются аномалии семявыводящих протоков, необходимо взаимодействие с генетиком, а также выполнение исследования мутаций гена GFTR во избежание риска их наследования и развития муковисцидоза у будущего ребенка.

Всем мужчинам с жалобами на бесплодие рекомендуется выполнять спермограмму, которая позволяет оценить важные показатели – число, подвижность и морфологию сперматозоидов, которые могут указывать на причину развития заболевания. При этом число подвижных сперматозоидов можно рассматривать как наиболее информативный показатель фертильности мужчин.

Эксперт обратил внимание, что в спермограмме часто можно видеть определенное число лейкоцитов, но чтобы правильно идентифицировать их среди других круглых клеток, нужно расширенное исследование – определение числа лейкоцитов в сперме, которое в настоящее время готовы выполнять не все клинические лаборатории. В то же время в отсутствие признаков инфекционно-воспалительного процесса лейкоцитоспермия (как и бактериоспермия) может не являться признаком болезни и не мешать зачатию, в том числе и с помощью ВРТ. Поэтому важно помнить, что основанием для антибактериального лечения являются не увеличение числа лейкоцитов и присутствие патогенных бактерий в эякуляте, а наличие заболевания, которое должно быть выявлено на основании соответствующей клинической картины. С целью диагностики гипогонадизма у пациентов с азооспермией и олигозооспермией рекомендуется выполнять определение уровней фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и общего тестостерона в крови.

При подозрении на ретроградную эякуляцию может понадобиться оценка посткоитальной мочи и при выявлении в ней жизнеспособных сперматозоидов и невозможности коррекции нарушения семяизвержения преодоление проблемы бесплодия может быть успешно проведено путем применения ВРТ.

В ходе обследования мужчин рекомендуется применение таких инструментальных методов диагностики, как УЗИ, ТРУЗИ. Полученные изображения позволяют выявить признаки, незаметные при объективном обследовании, такие как небольшие новообразования, кисты, текстикулярный микролитиаз, признаки обструкции семявыносящих путей, и установить клинический диагноз.

Консультация генетика необходима пациентам с азооспермией и олигозооспермией при выявления хромосомных аномалий и принятия решения о необходимости поведения преимплантационного генетического тестирования. При азооспермии, вызваннной приобретенной обструкцией на уровне придатка яичка или проксимальной части семявыводящего протока, рекомендуется хирургическое лечение.

Эксперт предостерег специалистов на местах от диагностических биопсий при необструктивной азооспермии, рекомендовал сочетать их с протоколами ВРТ, при которых возможно немедленное использование для оплодотворения яйцеклетки полученных при биопсии сперматозоидов.

Говоря о лечение пациентов с идиопатическим мужским бесплодием, И.А. Корнеев отметил, что его обусловленность ОС в 80% случаев открывает перед специалистами много возможностей. Антиоксидантная терапия является мощным арсеналом в руках врачей, при этом применение многокопонентных препаратов может иметь преимущество над монотерапией.

Завершая свое выступление, докладчик еще раз подчеркнул, что бесплодие всегда является проблемой пары, а в ходе лечения мужчины в равной степени значимы две цели: рождение ребенка и здоровье будущего отца.

Елена Яковлева

Памяти профессора Олега Леонидовича Тиктинского (к 95-летию со дня рождения)

12 мая 2023 г. исполнилось 95 лет со дня рождения Олега Леонидовича Тиктинского – профессора кафедры урологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, действительного члена Международной академии информатизации, Петровской академии наук, почетного члена правления Российского общества урологов, почетного президента Ассоциации андрологов России, заслуженного работника высшей школы (награжден государственной наградой), члена редакционного совета журналов «Урология», «Андрология и генитальная хирургия», «Урологические ведомости».

Олег Леонидович Тиктинский – крупный ученый, профессор, хирург-уролог, клиницист и педагог, ветеран труда, легенда отечественной урологии. Он проработал только в урологической клинике Александровской больницы 30 лет, помимо других клинических баз больниц № 18, МСЧ № 122, № 7), где оперировал, делал обходы, читал лекции. В течение 28 лет (1970–1998) он заведовал кафедрой урологии и андрологии ЛенГИДУВА (в последующем переименованном в СПб МАПО), воспитал большую плеяду учеников и создал свою школу в урологии и андрологии.

О.Л. Тиктинский родился в станице Пашковской г. Краснодара. С 5 лет он освоил немецкий язык, изучал труды Гете, Шиллера, что в дальнейшем ему помогало на международных конгрессах, в зарубежных поездках. После окончания Кубанского медицинского института в 1951 г. работал хирургом в МСЧ Цимлянского гидроузла, а с 1953 по 1960 г. был офицером Советской Армии, работал хирургом-урологом в военных госпиталях. В 1959 г., после окончания обучения в адъюнктуре на кафедре урологии ВМА, он защитил кандидатскую диссертацию, посвященную огнестрельным ранениям почек и лучевой болезни. В 1961 г. работал заведующим урологическим отделением в больнице № 18, а в 1962 г. избран ассистентом кафедры урологии ЛенГИДУВа. После защиты докторской диссертации в 1969 г., посвященной почечной форме первичного гиперпаратиреоидизма в этиологии мочекаменной болезни избран в 1970 г. на должность заведующего кафедрой урологии, а в 1971 г. утвержден в звании профессора. С этого времени О.Л. Тиктинский увлеченно работал над проблемой почечной формы первичного гиперпаратиреоидизма, при котором причиной камнеобразования являются аденоматозные или первично гиперплазированные околощитовидные железы. Им разработаны вопросы патогенеза, клиники, диагностики и лечения мочекаменной болезни гиперпаратиреоидной этиологии. В 1962 г. впервые в стране О.Л. Тиктинский выполнил паратиреоидэктомию по поводу почечной формы первичного гиперпаратиреоидизма. В последующие годы им и его учениками, сотрудниками кафедры, выполнено более 1 тыс. таких операций с благоприятными клиническими результатами. Это позволило создать новое направление в лечении сложных форм мочекаменной болезни. Поворотным событием в развитии темы мочекаменной болезни в мире и, естественно, на кафедре стало появление принципиально нового метода лечения мочекаменной болезни – дистанционной литотрипсии. На клинической базе кафедры урологии в Александровской больнице впервые в Ленинграде в 1990 г. произведена литотрипсия на отечественной установке «Урат-П». Успешно внедрялись Олегом Леонидовичем совместно с доцентом И.Ф. Новиковым эндоскопические методы лечения урологических больных (ТУР ДГПЖ, контактная уретеролитотрипсия и др.). На основе исследований и клинических наблюдений кафедры урологии ЛенГИДУ Ва по проблеме мочекаменной болезни написано три монографии («Почечная форма первичного гиперпаратиреоидизма» (1972), «Уролитиаз» (1980), «Мочекаменная болезнь» (2000), первую из которых издал О.Л. Тиктинский. Под его руководством продолжено изучение различных аспектов пиелонефрита и воспалительных неспецифических заболеваний мочеполовых органов и написаны две монографии: «Воспалительные заболевания мочеполовых органов» (1984) и «Пиелонефриты» (совместно с С.Н. Калининой, 1996). В 1984 г. на кафедре по инициативе О.Л. Тиктинского был создан курс андрологии, а в 1992-м организована первая в России и СНГ кафедра андрологии, заведующим которой он стал. В 1984 г. была разработана новая хирургическая тактика при острых серозных эпидидимитах. Предложено оперативное дренирование придатка яичка при острых серозных эпидидимитах у взрослых до развития гнойных осложнений, что дало хороший клинический эффект и вдвое сократило пребывание больного в стационаре. Кафедра разработала и предложила лечебную тактику при бесплодии, обусловленном урогенитальной инфекцией, когда на первом этапе проводится лечение инфекции, а на втором – собственно бесплодия. Продолжилось изучение аспектов лечения острого эпидидимита и его последствий. Полученные материалы нашли отражение во многих монографиях: «Заболевания половых органов у мужчин», написанная совместно с И.Ф. Новиковым и В.В. Михайличенко (1985), первое и единственное Руководство по андрологии, созданное О.Л. Тиктинским (1990), а в 2010 г. в соавторстве с В.В. Михайличенко и С.Н. Калининой написана монография «Андрология» и в соавторстве с С.Н. Калининой в 2006 г. «Заболевания предстательной железы». С 1996 г. совместно с сотрудниками клиники начато освоение и внедрение в преподавания лапароскопических операций в урологии и написано в 2009 г. пособие «Эндовидеохирургические операции в лечении уроандрологических больных» в соавторстве с А.И. Новиковым, С.Н. Калининой, Н.О. Тиктинским, М.В. Яковлевым.

О.Л. Тиктинским выполнено свыше 100 тыс. операций, среди них органосохраняющие операции при МКБ, паратиреоидэктомия, нефрэктомия по поводу рака почки, операция Шевасю (при опухоли яичка), пластика лоханочно-мочеточникового сегмента, цервикопубикопексия при влагалищных свищах, эпидидимовазоанастомоз при экскреторном мужском бесплодии, пластика стриктур уретры, чрезпузырная аденомэктомия с глухим швом, позадилонная аденомэктомия и др.

Олег Леонидович – автор более 1 тыс. печатных работ, из них 32 монографии, руководства, книги, 45 учебно-методических пособий, 10 изобретений. Под его руководством защищены 42 кандидатские и три докторские диссертации. В течение 28 лет он был внештатным руководителем по подготовке урологов на курортах Кавказских Минеральных Вод, где базовым санаторием был санаторий «30 лет Победы». На протяжении многих лет О.Л. Тиктинский с глубоким интересом изучал историю кафедры. Не жалея личного времени, он по крупицам собирал сведения о сотрудниках кафедры, начиная со дня ее основания. До болезни, в течение 42 лет, Олег Леонидович ухаживал за памятником основателя и первого профессора кафедры урологии Н.А. Михайлова, захороненного на Никольском кладбище в Александро-Невской лавре Санкт-Петербурга. Олег Леонидович совместно с сотрудниками кафедры урологии детально изучали этапы развития и становления кафедры, биографии ее руководителей, значимости их заслуг перед отечественной урологией. Заложенные профессором лучшие традиции отечественной школы урологии, принципы кафедры, его личный богатый профессиональный опыт, оставленный в его книгах, помогут молодым врачам, ученым успешно лечить урологических больных.

О.Л. Тиктинский многократно выступал с программными докладами на съездах, конференциях, пленумах, долгое время являлся членом президиума РОУ и 33 года – членом редколлегии журнала «Урология».

Это был истинный интеллигент, человек невероятного таланта, трудолюбия, терпения, доброты, принципиальности, он всю жизнь трудился на благо процветания урологической науки и практики в нашей стране и за рубежом. За 52 года работы в ГИДУВе, МАПО, СЗГМУ им И.И. Мечникова у Олега Леонидовича не было ни одного больничного листа, а в последнее время тяжелой болезни он совершенно не видел – ослеп, но часто в мыслях, разговоре находился на лекциях, в операционной, институте, давал неординарные советы посещавшим его сотрудникам и пациентам. Его крылатыми фразами всегда были «собака лает, караван идет», «перстами нежными как сон», «lege artis». Олег Леонидович навсегда сохранится в сердцах его учеников, коллег, друзей и вылеченных им пациентов.

Олег Леонидович Тиктинский похоронен в Александро-Невской лавре на Никольском кладбище.

Редакционная коллегия журнала «Урология», газеты «Вестник РОУ», Санкт-Петербургское общество урологов им. С.П. Федорова. сотрудники кафедры урологии СЗГМУ им И.И. Мечникова и сотрудники урологического отделения Александровской больницы

ВКЛЮЧИ ЗЕЛЕНЫЙ!

Включен в перечень ЖНВЛП[1]
ДОСТУПНАЯ ЦЕНА[4]
ЕВРОПЕЙСКОЕ КАЧЕСТВО

ДЛЯ РАННЕГО ОБЛЕГЧЕНИЯ ДИЗУРИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ[2,3]:

- **Тамсулозин от Берлин-Хеми/А. Менарини**
- **Упаковки по 30 и 100 капсул = 30 или 100 дней непрерывной терапии**
- **1 капсула в сутки[2]**

БЕРЛИН-ХЕМИ МЕНАРИНИ

1. Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2022 N 4173-р «О внесении изменений в перечни лекарственных средств». **2.** Инструкция по медицинскому применению препарата Профлосин® (ОХЛП) от 23.11.2022. **3.** Akin Y. et al. //International Urology and Nephrology, 2013 Vol. 45, Issue 1, pp 45-51. **4.** Государственный реестр предельных отпускных цен производителей на лекартсвенные препараты, включенные в перечень жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов (по состоянию на 03.02.2023) (Электронный ресурс) – URL: http://grls.rosminzdrav.ru/pricelims.aspx (дата обращения 06.02.2023).

Показания к применению: препарат Профлосин показан к применению у взрослых мужчин. Лечение дизурических расстройств при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). **Противопоказания:** гиперчувствительность к тамсулозину (в том числе, наличие лекарственного ангионевротического отека в анамнезе) или к любому из вспомогательных веществ (целлюлоза микрокристаллическая (тип 101), метакриловой кислоты и этилакрилата сополимер (1:1), тальк, триэтилцитрат; краситель железа оксид красный (Е 172), титана диоксид (Е 171), краситель железа оксид желтый (Е 172), желатин, индигокармин (Е 132), краситель железа оксид черный (Е 172)); ортостатическая гипотензия (в т.ч. в анамнезе); печеночная недостаточность тяжелой степени; возраст до 18 лет. **Режим дозирования и способ применения:** по 1 капсуле (0,4 мг) 1 раз в сутки. Учитывая прогрессирующий характер заболевания, симптоматическая терапия может проводиться длительно. Длительность лечения определяет врач. Внутрь, после завтрака или первого приема пищи. Капсулу следует проглатывать целиком, не разжевывая, запивая достаточным количеством воды. Капсулу нельзя делить на части или разламывать, так как это может повлиять на скорость высвобождения действующего вещества. **Нежелательные реакции:** нежелательные реакции, возможные на фоне терапии тамсулозином, распределены по системно-органным классам с указанием частоты их возникновения согласно рекомендациям ВОЗ: часто (от ≥1/100 до <1/10), нечасто (от ≥ 1/1000 до <1/100), редко (от ≥1/10000 до <1/1000), очень редко (<1/10000), частота неизвестна (невозможно определить на основании имеющихся данных). *Нарушения со стороны нервной системы:* часто: головокружение; нечасто: головная боль; редко: обморочные состояния. *Нарушения со стороны органа зрения:* частота неизвестна: нечеткость зрения, нарушения зрения. *Нарушения со стороны сердца:* нечасто: «ощущение сердцебиения». *Нарушения со стороны сосудов:* нечасто: ортостатическая гипотензия. *Нарушения со стороны дыхательной системы, грудной клетки и органов средостения:* нечасто: ринит; частота неизвестна: эпистаксис (носовое кровотечение). *Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта:* нечасто: запор, диарея, тошнота, рвота; частота неизвестна: сухость во рту. *Нарушения со стороны половых органов и грудной железы:* часто: нарушения эякуляции, ретроградная эякуляция, анэякуляция. очень редко: приапизм. *Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей:* нечасто: кожная сыпь, кожный зуд, крапивница; редко: ангионевротический отек; очень редко: синдром Стивенса-Джонсона; частота неизвестна: многоформная эритема, эксфолиативный дерматит. *Общие нарушения:* нечасто: астения. **Условия отпуска:** отпускают по рецепту.
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ СОДЕРЖИТСЯ В ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ПРОФЛОСИН® от 23.11.2022.

ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини» 123112, Москва, Пресненская набережная, д.10, БЦ «Башня на Набережной», блок Б. Тел.: (495) 785-01-00, факс: (495) 785-01-01
RU-PROF-02-2023-v01-print. Дата утверждения материала: 14.02.2023

РЕКЛАМА