стр. 6
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: оперативное лечение

стр. 14
Нервосберегающая радикальная простатэктомия: ожидания и реальность

стр. 20
Операция Мармара при варикоцеле: возможен ли лапароскопический аналог?

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

МЕДИЦИНСКАЯ
ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

№ 2
2021 г.

В НОМЕРЕ

ОБЗОР МЕРОПРИЯТИЯ

Конгресс «Мужское здоровье»: через пандемию – к новым достижениям
стр. 2

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

Неоклассика и модернизм в искусстве лечения больных урологическими заболеваниями
стр. 4

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

Кожные заболевания мужской генитальной области
стр. 8

ДЕТСКАЯ УРОЛОГИЯ

Нарушение формирования пола у детей
стр. 12

ПРАКТИКА

Рецидивирующий цистит: как победить?
стр. 13

Хронический первичный пиелонефрит. Новый подход к пониманию патогенеза и лечению
стр. 16

ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ!!

Академику А.А. Камалову – врачу, первопроходцу и человеку!

3 июня 2021 года исполнилось 60 лет со дня рождения талантливому ученому, высококвалифицированному врачу и организатору здравоохранения, Заслуженному деятелю науки, заведующему кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, директору Медицинского научно-образовательного центра МГУ, доктору медицинских наук, профессору, академику Российской академии наук Армаису Альбертовичу Камалову.

Армаис Альбертович всю свою долгую профессиональную карьеру руководствовался девизом великого врача древности Гиппократа «Болезнь лучше не лечить, а предотвращать!». Глубокое убеждение в этом стало основанием для того, чтобы под руководством профессора А.А. Камалова в нашей стране была разработана государственная программа «Мужское здоровье», которая дала возможность открыть в России амбулаторные кабинеты для пациентов мужчин – подобие женских консультаций.

В течение многих лет А.А. Камалов занимается исследованием проблем репродуктивного и сексуального здоровья, заболеваний органов мочеполовой системы у мужчин: предложенные им и внедренные в урологическую практику страны высокотехнологичные малоинвазивные видеоэндоскопические оперативные вмешательства, в том числе микрохирургические реконструктивно-пластические операции позволили в значительной степени улучшить результаты лечения больных заболеваниями предстательной железы, мужской уретры, мочевого пузыря и почек. Профессор является одним из пионеров внедрения в России оперативных методик энуклеации аденомы простаты и эн-блок резекции стенки мочевого пузыря с опухолью при помощи гольмиевого и тулиевого волоконного лазеров, оставаясь ведущим специалистом в данной области.

Организационный талант Армаиса Альбертовича ярко проявился и в период эпидемии COVID-19: когда весь мир был в панике и растерянности, он с коллективом МНОЦ МГУ в максимально короткие сроки перепрофилировал возглавляемую им университетскую клинику, и на основании ее опыта существенно изменил протокол лечения пациентов с COVID-19, намного повысив эффективность их лечения. Врачи руководимой им университетской клиники первыми в стране отказались от назначения антибактериальных препаратов всем больным COVID-19 и стали применять у них антикоагулянты.

С 2001 года Армаис Альбертович свою научную деятельность успешно сочетает с большой преподавательской работой на факультете фундаментальной медицины МГУ, а с 2010 года по настоящее время он заведует кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ, передавая свой огромный профессиональный опыт многочисленным ученикам. На его счету сотни выполненных уникальных операций, в том числе и показательных в рамках различных научно-практических профессиональных форумов и конгрессов, с применением самых современных методик лечения больных урологическими заболеваниями.

А.А. Камалов постоянно поддерживает тесные связи с коллегами из стран СНГ и дальнего зарубежья, по его инициативе в Армении, Грузии, Беларуси, Казахстане, Молдавии, Узбекистане и ряде других стран регулярно проводятся совместные международные научно-практические форумы.

За спиной профессора годы первых шагов в избранной им профессии до высокого профессионала, которые прошли под руководством Учителя учителей академика РАМН, профессора Николая Алексеевича Лопаткина, о котором Армаис Альбертович всегда вспоминает с огромной благодарностью, посвятив его памяти ежегодно проводимую научно-практическую конференцию «Лопаткинские чтения».

Редколлегия и редакция газеты «Московский уролог» гордится сотрудничеством с таким многогранным человеком, как академик А.А. Камалов.

Поздравляем Армаиса Альбертовича с прекрасным юбилеем, желаем ему и его близким крепкого здоровья, счастья и благополучия!

Глубокоуважаемый Армаис Альбертович пусть Ваша жизнь долгие годы будет наполнена радостью и душевным теплом, а поддержка родных, друзей и коллег придаст силы для новых творческих достижений, реализации самых грандиозных и смелых проектов на благо отечественной урологии!

Редколлегия и редакция газеты «Московский уролог»

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

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

Заместитель главного редактора
Алексей Георгиевич МАРТОВ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и андрологии ИППО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; заведующий урологическим отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница им. Д.Д. Плетнева» ДЗМ, в.н.с. отдела урологии и андрологии МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова

Научный редактор
Джемал Ахмедович БЕШЛИЕВ, д.м.н.

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

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

УЧРЕДИТЕЛЬ и ИЗДАТЕЛЬ
Межрегиональная общественная организация «Мужское и репродуктивное здоровье»

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

Распространение федеральное
Газета отпечатана в ООО «Борус-Принт»
115201, Москва, 1-й Котляковский переулок, д. 3, эт/пом/ком 2/VII/5А (оф. 23)
Тираж 5000 экз.

Цена свободная

Номер подписан 30 июня 2021 г.
Время подписания в печать:
по графику 10:00
фактическое 10:00

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

Конгресс «Мужское здоровье»: через пандемию – к новым достижениям

С 27 по 29 апреля в Сочи прошел XVII Конгресс «Мужское здоровье» с международным участием, и в этом году его слоганом стало утверждение о том, что «возраст – это только цифра». Как и всегда, география мероприятия была обширной: в форуме приняли участие не только российские специалисты, но также эксперты из стран СНГ и дальнего зарубежья.

Верность традициям

Приветствуя коллег на открытии конгресса, директор Медицинского научно-образовательного центра Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, академик РАН, Президент Российского общества «Мужское здоровье», д.м.н., профессор **Армаис Альбертович Камалов** поблагодарил администрацию города за традиционный радушный прием и предоставленную возможность активно поработать и отдохнуть. Он напомнил о том, что минувший год был сложным, в первую очередь для медицинского сообщества, ведь абсолютно всем врачам и медперсоналу пришлось включиться в борьбу с новой коронавирусной инфекцией. «Мы достойно справились с этой трудной задачей, хотя для урологов, гинекологов, травматологов и многих других специалистов это не было профильной задачей», – сказал Армаис Альбертович и предложил минутой молчания почтить память 1400 российских медиков, погибших от COVID-19.

Начальник Управления по социальной политике администрации города Сочи **Александр Борисович Митников** от имени мэра города А.С. Копайгородского также выразил признательность врачам за их работу в период эпидемии и за выбор места проведения Конгресса уже на протяжении четырех лет.

Заведующий кафедрой урологии Кубанского медицинского университета Минздрава РФ, главный внештатный и уролог и трансплантолог Минздрава Краснодарского края, руководитель краевого уронефрологического центра, заместитель главного врача по урологии НИИ ККБ №1 им. С.В. Очаповского, д.м.н., профессор **Владимир Леонидович Медведев** поблагодарил профессора А.А. Камалова за более чем 17-летнюю работу, которую он ведет в продолжение традиций своего учителя, академика Н.А. Лопаткина: «На начальном этапе сообщество «Мужское здоровье» было совсем небольшим, у кого-то появлялись сомнения в необходимости его создания. Но сегодня мы уже видим огромное число участников нашего Конгресса, которое с каждым годом возрастает».

Фундаментальная наука в практической урологии: опыт Московского университета

«Здоровье мужчин – основа сильного государства» – под таким слоганом открылась научная часть Конгресса «Мужское здоровье», где профессор **А.А. Камалов** представил опыт специалистов Московского университета в практической урологии.

В частности, докладчик рассказал об оптимизации диагностики и лечения пациентов с прогрессирующим уролитиазом, остановился на диагностической ценности бикунина и остеопонтина, проинформировал о применении изоформ ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) в ранней диагностике рака предстательной железы и диагностической точности параметра Z/H (коэффициент, учитывающий активность АПФ в двух буферных средах) по сравнению с биопсией и уровнем простатического специфического антигена (ПСА) при первичной биопсии простаты.

Также Армаис Альбертович подробно остановился на возможностях интраоперационной диагностики на основе фотоники с использованием лазерных технологий. Он отметил, что сегодня ведется разработка оптических методов интраоперационной диагностики, позволяющих изучать спектральные и молекулярные свойства тканей. Устройства на основе фотоники могут применяться как в клинических, так и в домашних условиях. Их основными сферами применения являются следующие: анализ мочи по 10 показателям с помощью сухой химии и смартфона, мониторинг отечного синдрома, мониторинг гемоглобина (например, анемия при беременности), оксигенация тканей, частота дыхания, предсказание риска артериальной гипертензии и фибрилляции предсердий, безманжетная оптическая оценка артериального давления, определение степени гликирования тканей для оценки рисков при сахарном диабете.

Таким образом, профессор А.А. Камалов подчеркнул, что «высокая наука» делает огромный вклад в инновационное образование, являясь неотъемлемой частью классического университета. «В МНОЦ МГУ создается комплексная инновационная, исследовательская, опытно-конструкторская, клиническая, образовательная и научно-производственная база для разработки и внедрения передовых медицинских технологий с созданием новых образовательных программ. При этом основной задачей является создание оптимальных механизмов

трансляции достижений фундаментальной науки в клиническую практику через подготовку высококвалифицированных врачей и специалистов смежных профессий по наукоемким направлениям в медицине. Факультет фундаментальной медицины МГУ готовит врачей, обладающих знаниями не только обязательных клинических дисциплин, но и глубокими фундаментальными познаниями – будущих врачей для университетских клиник. Такой подход обеспечивает ускоренную трансляцию результатов фундаментальных исследований в медицинскую практику», – резюмировал он.

Что такое онкохирургия сегодня?

Директор НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава РФ, д.м.н. профессор, академик РАН **Иван Сократович Стилиди** продемонстрировал результаты исследования в отношении 5-летней выживаемости онкологических больных в зависимости от типа лечебного учреждения. «Чем дальше клиника находится от специализации (от ведущего онкологического центра до больницы общего профиля), тем ниже в ней результаты выживаемости онкологических пациентов, – отметил он. – При этом принципами онкохирургии являются онкологическая адекватность, максимальная безопасность и высокая функциональность. Так, на примере результатов лечения пациентов с раком ободочной кишки можно заметить, насколько отличаются результаты R0-резекции от результатов резекции с микроскопической остаточной опухолью R1 или результатов резекции с макроскопической остаточной опухолью R2».

Также докладчик подчеркнул, что операции в онкохирургии – это вмешательства не только на органе, но и на лимфоколлекторах, и особенно это касается эпителиальных опухолей и опухолей желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В связи с этим он продемонстрировал, как должна выглядеть операционная рана после удаления рака грудного отдела пищевода, при этом все лимфатические коллекторы вместе с жировой клетчаткой в средостении должны быть удалены целиком. «Влияние лимфодиссекции и ее адекватное выполнение сказывается на результатах 5-летней выживаемости наших пациентов, – отметил профессор И.С. Стилиди. – К примеру, при 2а и 3а стадиях рака желудка, когда опухоль еще не проросла в соседние структуры, очевидны преимущества непосредственной резекции желудка и расширенной D2-лимфодиссекции, когда забрюшинные и перигастральные узлы подлежат обязательному удалению. При других локализациях опухолей в ЖКТ это также актуально». Также докладчик подчеркнул важность умения выполнять полиорганные диссекции. «Но в любом случае онкохирург должен знать, когда оперировать, как оперировать и когда остановиться», – подчеркнул профессор И.С. Стилиди.

Новое в онкоурологии в 2021 году

Хирург-онколог, заведующий отделением урологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина Минздрава РФ, президент Российского общества онкоурологов, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор **Всеволод Борисович Матвеев** остановился на самых важных препаратах, которые были представлены на последних симпозиумах, посвященных лекарственной терапии в онкоурологии.

Он отметил, что по поводу лечения пациентов с раком почки было проведено исследование Javelin Renal 101. В нем изучался новый ингибитор контрольных точек иммунитета авелумаб в комбинации с акситинибом в первой линии терапии при лечении пациентов с метастатическим раком почки против стандартной терапии сунитинибом, которая ранее применялась у этих пациентов. «Это исследование достигло своей конечной первичной точки и показало преимущества не только у пациентов с высокой экспрессией PD-L1, но и во всей популяции, на основании чего комбинация авелумаб+акситиниб уже сегодня зарегистрирована как вариант терапии у пациентов с метастатическим раком почки, а монотерапия уже ушла в прошлое», – сказал профессор В.Б. Матвеев.

Докладчик также упомянул другую работу – рандомизированное исследование III фазы CheckMate 214, где применялись два ингибитора контрольных точек иммунитета ниволумаб и ипилимумаб, и которое показало очень хорошие результаты. Причем в этом году были озвучены результаты данного исследования среди пациентов, у которых не была удалена почка. В этой популяции также было отмечено достоверное улучшение выживаемости при применении комбинации ниволумаб+ипилимумаб: при проведении системного лечения значительно уменьшался очаг опухоли в почке.

«Очень большим успехом в терапии уротелиального рака» профессор Б.В. Матвеев назвал появление нового препарата энфортумаб ведотин, который сегодня проходит регистрацию в России. «Исследование EV-301 показало, что энфортумаб ведотин обеспечивает лучшую общую выживаемость по сравнению с химиотерапией 2-й линии у пациентов, ранее получивших платиносодержащую химиотерапию и ингибиторы PD-L1, – сообщил докладчик. – При этом энфортумаб ведотин стал первым препаратом, показавшим эффективность с увеличением общей выживаемости у больных уротелиальным раком, ранее получавшим платиносодержащую и антиPD-L1-терапию».

Дермадромы как индикатор соматического здоровья

Руководитель отдела, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ЦГМА УДП РФ, главный научный сотрудник МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, д.м.н., профессор **Андрей Николаевич Львов** в своем докладе обратил внимание коллег на симптомы кожных заболеваний, ассоциированные с другими диагнозами. К примеру, он отметил, что рецидивирующий полихондрит часто бывает связан с манифестом в виде серонегативного неэрозивного полиартрита, к которому присоединяется билатеральное поражение кожи ушных раковин, поражение слухового аппарата с вовлечением в системный процесс респираторного тракта. Эти симптомы сопровождаются подъемом температуры, нарушениями со стороны бронхолегочного дерева, угнетением дыхания. Для лечения пациента требуются большие дозы кортикостероидных препаратов.

«Акне также могут быть ассоциированы с ревматоидными заболеваниями, – сообщил профессор А.Н. Львов. – В частности, в одном из наших наблюдений этот симптом указал на диагноз объединенного синдрома SAPHO (synovitis – синовит, acne – акне, pustulosis – пустулез, hyperostosis – гиперостоз, osteitis – остеит): в литературе описано всего 250 подобных наблюдений, а в патогенезе заболевания ведущую роль играет генетический фактор».

Кроме того, докладчик остановился на описании кожных проявлений эндокринопатий. В частности, проявлениями болезни Грейвса он назвал претибиальную микседему и акропатию, симптомами, указывающими на сахарный диабет – липоидный некробиоз, липогипертрофии, грибковое поражение ногтей и кожи, эритразму, на синдром поликистозных яичников — гирсутизм, акне.

Сахарный диабет и мужское здоровье: совместимы или нет?

Заместитель директора по научной работе МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор **Симон Теймуразович Мацкеплишвили** напомнил о том, что сахарный диабет 2 типа (СД2) является независимым предиктором сердечно-сосудистых осложнений: на 53% у пациентов увеличивается риск развития нестабильной стенокардии, на 54% – инфаркта миокарда, на 56% – сердечной недостаточности, на 72% – риск инсульта, на 28% – частота заболеваемости периферических артерий. «При этом если мы назначаем таким пациентам оптимальную терапию, то снижение уровня гликированного гемоглобина у них всего на 1% приводит к уменьшению риска осложнений СД2: смертность снижается на 21%, микрососудистые осложнения – на 37%, инфаркт миокарда – на 14%, инсульт – на 15%, – отметил он. – Тем не менее, по данным наших коллег, несмотря на то что, мы параллельно и последовательно снижаем число осложнений сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с СД2, все же подавляющее большинство случаев смертности и у мужчин, и у женщин в России вызваны именно осложнениями СД и кардио-метаболическими причинами. Нам известно, что пациенты с СД кроме этого заболевания имеют множество других факторов риска: почти 80% из них страдают ожирением или избыточной массой тела, 63% имеют артериальную гипертензию, 70% – дислипидемию, т.е. все то, что мы всегда считали классическим метаболическим синдромом. Особенностями СД у мужчин являются гормональная недостаточность и гипогонадизм, нарушения сексуальной функции, значительное ухудшение фертильности. При этом важно регулярно измерять уровень глюкозы крови у пациента и оценивать его эректильную функцию. Сегодня при лечении пациентов с СД2 мы всегда обращаем внимание на сердечно-сосудистые риски (включая артериальное давление, холестерин липопротеидов низкой плотности, антигипергликемическую терапию с доказанной эффективностью и безопасностью (ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера-2 и агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1). Сегодня в кардиологии мы используем препараты для лечения больных с СД2 даже у пациентов без СД, поскольку они значительно снижают смертность. Ведь мы занимаемся не лечением больного, а управлением болезнью, что включает в себя контроль всех вышеперечисленных факторов риска».

Неоклассика и модернизм в искусстве лечения больных урологическими заболеваниями

В рамках проведенного 27–29 апреля 2021 г. в Сочи XVII конгресса «Мужское здоровье» при поддержке компании «ASFARMA International Pharma Marketing» в оригинальном формате был организован симпозиум, на котором прозвучали доклады ведущих отечественных экспертов, посвященные современным методам профилактики и метафилактики мочекаменной болезни (МКБ), антибактериальной профилактике инфекций мочевыводящих путей (ИМП), роли фитотерапии в лечении больных простатитом и другим актуальным вопросам урологии.

Доклад на тему «Эффективность применения фосфомицина трометамола 3 г. (Овеа) для антибактериальной профилактики инфекционно-воспалительных осложнений при биполярной энуклеации простаты» представил **Алексей Георгиевич Мартов**, д.м.н., профессор, президент Российского общества по эндоурологии и новым технологиям, заведующий кафедрой урологии и андрологии ИППО ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, ведущий научный сотрудник МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, заведующий отделением урологии ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнева ДЗМ», член Европейской, Американской и Всемирной ассоциаций урологов, Всемирной ассоциации по эндоурологии. Спикер рассказал о результатах собственных наблюдений, касающихся изучения эффективности фосфомицина трометамола 3 г. (Овеа) для антибактериальной профилактики инфекционно-воспалительных осложнений при биполярной энуклеации предстательной железы (ПЖ).

Этот препарат хорошо известен урологам, поскольку давно используется в урологической практике в отношении основной бактериальной флоры. Однако сфера его применения ранее в основном была связана с различными формами цистита. В рамках клинического исследования, проведенного на базе ГБУЗ ГКБ им. Д.Д. Плетнева препарат Овеа назначали пациентам с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), которым выполняли ее биполярную энуклеацию.

Как отметил профессор, стратегия стационара кратковременного пребывания (fast track) направлена на сокращение времени пребывания пациента в больнице и облегчение его страданий. Она предполагает полноценное обследование пациента на догоспитальном этапе с оценкой факторов риска, оценку времени операции, удаление уретрального катетера на 1–2-е сутки после нее и выписку из стационара в те же сроки. Можно по-разному относиться к этой стратегии, но необходимость следовать ей приводит к тому, что нужно искать новые методы профилактики осложнений инфекционно-воспалительного характера. Осложнения стандартной трансуретральной хирургии хорошо известны, и значительную их часть составляют инфекционно-воспалительные осложнения, а также расстройства мочеиспускания, связанные с вегетативной симптоматикой. «Пациента надо готовить к операции. Ряд состояний требует нашего активного участия, например наличие камней в мочевом пузыре, цистостомы, сахарного диабета с глюкозурией. Поэтому мы обычно проводим предоперационную антибактериальную терапию. Если имеется цистостомическая дренажная трубка, меняем ее. Если есть глюкозурия – обращаемся к эндокринологу. Вкупе все это составляет комплексную профилактику инфекционно-воспалительных осложнений», – поделился опытом докладчик.

Для профилактики подобных осложнений повсеместно применяются антибиотики, обычно это ципрофлоксацин, цефатаксим и цефтриаксон. «Мы проводим антибактериальную профилактику в рамках премедикации или назначаем ее за день до операции и на протяжении 5 дней после нее. В данном исследовании мы использовали также препарат Овеа, который выпускается в виде порошка и принимается однократно в дозировке 3 г/сут. Мы применили Овеа при биполярной энуклеации – это наиболее безопасный, дешевый и доступный способ лечения больных ДГПЖ. И понятно, что мы инвазивно внедряемся в ткань, отделяем ее от простатической капсулы, нередко вскрываем полости с секретом, полости с гнойным содержимым», – рассказал профессор А.Г. Мартов.

Какие факторы влияют на заживление раны в послеоперационном периоде? По мнению спикера, это сохранность кровотока в ПЖ, размеры послеоперационной раны и зоны некроза, предшествующая ИМП, дефекты капсулы, выделение гноя при трансуретральной резекции и вскрытии простатических абсцессов.

Исследование, о котором рассказал профессор, проводилось в течение 4 месяцев. Биполярная энуклеация ПЖ была выполнена 93 пациентам, но, согласно критериям исключения, в исследовании участвовали только 70 из них: 34 пациента принимали Овеа, 36 пациентов – цефтриаксон. Терапия начиналась вечером перед операцией или в рамках премедикации и продолжалась в течение 5 дней после операции. Все операции выполнял один и тот же хирург – сам профессор А.Г. Мартов в одной и той же операционной. Исследование закончил 61 пациент. Четыре человека не явились на операцию, у 5 возникли осложнения: 1 пациент выбыл из-за кровотечения, 2 пациентам потребовалась повторная катетеризация и еще у 2 возникла необходимость в длительном стоянии уретрального катетера.

Все участники исследования были рандомизированы: они находились практически в одной возрастной группе, у них были типичные жалобы и качество жизни. Не было существенных различий и по другим параметрам, например по объему ПЖ.

Через 1 месяц после операции пациентов обследовали и оценили их состояние. Серьезных различий между группами, которые принимали традиционные антибиотики и Овеа, не было, собственно исследователи их и не ожидали. Они ставили перед собой задачу выяснить, насколько эффективно будет действовать пероральный препарат для профилактики инфекционно-воспалительных осложнений трансуретральной биполярной энуклеации. Каких-то специфических осложнений в послеоперационном периоде выявлено не было, и это, по словам докладчика, также было прогнозируемо: всех пациентов оперировал один хирург, а используемые антибактериальные (АБ) препараты воздействовали на стандартную урологическую флору.

Причина, по которой исследователи решили проверить действие АБ препарата, предназначенного для перорального приема в профилактических целях, по словам профессора, связана с тем, что в стационарах сегодня не всегда есть те препараты для внутримышечного применения, которые предпочитают лечащие врачи. Большинство имеющихся в их распоряжении препаратов являются азиатскими генериками, которые вызывают множественные аллергические реакции.

«Бóльшую приверженность пациентов, как правило, вызывает пероральный препарат, который активен в отношении основных инфекционных агентов, является реальной заменой антибиотиков для внутримышечного применения. Уменьшение числа инвазивных процедур в виде инъекций, отсутствие серьезных побочных эффектов, легкость продолжения терапии в домашних условиях – все это свидетельствует о том, что мы с успехом можем применять препарат Овеа в урологической практике и более эффективно помогать нашим больным», – заключил докладчик.

Доклад «Современные направления в искусстве лечения больных простатитом. Роль фитотерапии» представил **Адель Сальманович Аль-Шукри**, д.м.н., профессор кафедры урологии ГБОУ ВПО Первого Санкт-Петербургского ГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава РФ. Докладчик рассказал об определении хронического простатита в обновленных недавно клинических рекомендациях EAU, типичной симптоматике заболевания и причинах его возникновения. Согласно европейским гайдлайнам, при бактериальном простатите, как и при циститах, в 80% случаев основным возбудителем является кишечная палочка, но рутинными методами она выявляется лишь у каждого десятого больного. В отношении абактериального простатита многие ученые придерживаются мнения, что это всего лишь недиагностированный бактериальный вариант болезни. В качестве инфекционных агентов могут выступать хламидии, уреаплазма, трихомонады. Могут возникать вирусные, грануломатозные простатиты, ассоциированные с инфекцией иммунодефицита человека. В таких случаях основным агрессором становится цитомегаловирус. Инфекционными агентами могут быть и микроорганизмы. Бактериологический анализ при этом негативный. Это связано с тем, что некоторые микроорганизмы не выходят за пределы ПЖ, т.к. защищены биопленками. При введении пациенту препаратов, проникающих сквозь такие пленки, в секрете обнаруживаются патогены.

Приверженцы другой теории абактериального простатита считают, что в выводные протоки ПЖ из-за рефлюкса попадает моча, вызывая асептическое воспаление. Поэтому пациенту нужны препараты, которые улучшают кровообращение, и α-адреноблокаторы, чтобы расслаблять мочевой пузырь. Приводятся и морфологические доказательства ишемической природы фиброза ПЖ при хроническом абактериальном простатите и хронической тазовой боли.

В связи с пандемией новой короновирусной инфекции многих урологов интересует вопрос, связан ли простатит с COVID-19. «В одних случаях ученые находили коронавирус в семенной жидкости, в других случаях – нет. Еще в одном исследовании брали биоптаты у людей, которые умерли от COVID-19. Следы коронавируса не были найдены в ПЖ. В то же время у всех умерших были обнаружены микротромбы в ПЖ, которые свидетельствуют о нарушении кровообращения, а это один из патогенетических факторов развития хронического воспалительного процесса. Следовательно, COVID-19 потенциально может влиять на ПЖ», – заключил профессор.

Отдельно докладчик остановился на современных подходах к терапии больных хроничесим простатитом. Традиционно при их лечении назначаются АБ препараты на 4–6 недель. Однако многие ученые считают, что в ситуациях, когда нет уверенности в наличии

патогенных микроорганизмов, достаточно 2-недельного курса АБ терапии. И если микроорганизмы не выявлены в течение этого срока, назначается другая терапия – неантибактериальная. «Если обратиться к обновленным европейским гайдлайнам, в них ничего не поменялось, речь по-прежнему идет все о тех же 6 неделях приема АБ препаратов. Но теперь приветствуется их комбинация с фитопрепаратами. Это свидетельствует о том, что подходы к лечению больных простатитом меняются», – подчеркнул профессор.

Спикер также напомнил об американской системе UPOINT, предполагающей мультимодальный подход к диагностике и лечению простатита: она требует принимать во внимание не только урологические, но и неврологические симптомы, изучать напряженность тазового дна и другую симптоматику. Аналогичного подхода придерживается и европейские коллеги. Распознавание сопутствующих психосоматических заболеваний в хронических случаях вкупе с адекватным психиатрическим подходом к лечению препятствует прогрессированию простатита. Исследование китайских ученых в свою очередь также подтверждает, что однобокий подход к лечению больных простатитом неэффективен, и одними АБ препаратами или другими монопрепаратами здесь не обойтись.

В связи с этим, по мнению докладчика, существенно возрастает роль фитотерапии. «Еще в 2019 г. появилась научная публикация о роли фитопрепаратов в лечении больных простатитом. В ней говорилось о том, что они эффективны, биодоступны, имеют тропность к тканям ПЖ, безопасны, их можно совмещать с другими лекарствами, многие пациенты принимают их охотнее, чем препараты химического происхождения. Фитотерапия является хорошей альтернативой АБ препаратам при лечении больных абактериальным простатитом. А при бактериальном простатите можно назначать АБ терапию в сочетании с фитопрепаратами. В последних европейских гайдлайнах изложено, что фитопрепараты обладают всеми свойствами, которые есть у традиционных лекарственных средств, а их побочные эффекты слабо выражены и сопоставимы с плацебо. Так, в рекомендации EAU 2021 уже официально внесен экстракт плодов пальмы ползучей (Serenoa repens), и мы можем его обоснованно рекомендовать своим пациентам», – рассказал А.С. Аль-Шукри. Он также кратко охарактеризовал недавний мета-анализ, сделанный учеными Миланского университета, которые проанализировали основные фитопрепараты, применяемые при лечении больных хроническим простатитом: экстракты Serenoa repens, семян тыквы, африканской сливы и крапивы, подтвердив их позитивные эффекты.

«Фитопрепараты есть и в арсенале российских урологов, – отметил докладчик. – Один из них – это Ротапрост, комбинированный препарат, в состав которого входят растительные экстракты (Serenoa repens, семян тыквы, корня крапивы), а также минеральный комплекс цинка и селена. Последние обладают мощным антиоксидантным действием. Селен также входит в оболочку митохондрий сперматозаидов, т.е. необходим для сохранения фертильности и обладает онкопротекторными свойствами». В подтверждение профессор привел ссылку на масштабный мета-анализ 38 научных исследований, в которых подтверждается роль селена в профилактике развития рака ПЖ.

С докладом на тему «Мастерство лечения больных мочекаменной болезнью. Уникальность и неповторимость комбинированных средств» выступил **Дмитрий Александрович Охоботов**, к.м.н., доцент, старший научный сотрудник отдела урологии и андрологии МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, ученый секретарь РОО «Мужское и репродуктивное здоровье». МКБ – сложное заболевание, которое манифестирует в различных вариантах и у каждого из них свой патогенез, своя диагностика и отдельный способ лечения. Существует также множество предикторов МКБ.

«К факторам риска МКБ относятся наследственная предрасположенность, индивидуальное течение болезни, аномалии почек, обструкция мочевыводящих путей, нефрокальциноз, некоторые сопутствующие заболевания, в т.ч. эндокринные, прием различных лекарств, метаболические нарушения и так далее», – перечислил докладчик. Подробнее он рассказал о сопутствующем МКБ метаболическом синдроме. Так, пациенты с висцеральным ожирением болеют МКБ в несколько раз чаще, чем те, у которых такой проблемы нет. «Согласно современным научным представлениям, признаки остеопороза, андрогенный дефицит, гиперкальциурия, дефицит витамина D и метаболический синдром – это патроны, заряженные в барабан револьвера под названием МКБ. Все эти факторы связаны между собой и в любой момент могут вызвать манифестацию болезни», – подчеркнул Д.А. Охоботов.

Лечение, профилактика и метафилактика МКБ сегодня базируются на изучении состава камня, маркеров болезни, показателей суточной мочи и генетических факторов. Докладчик рассказал о роли в патогенезе болезни бляшек Рендалла, окислительного стресса и кишечного дисбактериоза. На роли последнего фактора он остановился подробнее: «В кишечнике есть такой микроорганизм – *Oxalobacter formigenes,* это облигатный грамотрицательный анаэроб, обитает в толстом кишечнике и проявляет симбиотические отношения с организмом человека. Выявляется у всех детей и у 60–80% взрослых. У пациентов с МКБ встречается только в 26–40% случаев. Этот микроб очень чувствителен к различным АБ препаратам, поэтому при их применении неконтролируемыми курсами возникает дисбактериоз, который может провоцировать развитие МКБ. Среди других бактерий наиболее высокой оксалатдеградирующей активностью обладает *Bifidobacterium lactis.* Таким образом, при метапрофилактике МКБ в варианте кальций-оксалатного уролитиаза коррекция дисбактериоза кишечника является одной из основных задач».

Что касается генетических маркеров, этот аспект докладчик осветил на примере небольшого исследования 2 маркеров рецидивирования МКБ, которое проводилось в университетской клинике МГУ. Первый маркер – бикунин, белок, который относится к классу протеаз, экспрессирующийся в переходно-клеточном эпителии при повышении активности процессов кристаллизации в мочевыводящих путях. Второй маркер – остеопонтин, многофункциональный гликофосфопротеин, являющийся основным компонентом органического матрикса кальций-оксалатных конкрементов. Снижение его концентрации является неблагоприятным фактором, поскольку свидетельствует о том, что белок начинает расходоваться на составление композита для первичных камней. Иными словами, этот маркер указывает на усиление процессов камнеобразования.

В упомянутом исследовании приняли участие 3 группы пациентов. Первая группа в составе 45 человек получала специфическую терапию, которая используется при лечении больных кальций-оксалатным уролитиазом. Во второй группе (45 человек) использовалась биологически активная добавка к пище (БАД) Уриклар. Группа из 35 человек была контрольной. В первой группе в 5 случаях наблюдалось развитие новых конкрементов, в 3 случаях был зафиксирован рост старых камней. Во второй группе было по 3 случая возникновения новых камней и роста старых. В контрольной группе было зарегистрировано 3 случая почечной колики, 12 случаев роста новых конкрементов и 8 случаев роста старых. На фоне терапии показатель бикунина снизился, т.е. первичный матрикс кристаллизации образовывался в меньшем количестве. Уровень остеопонтина поменялся незначительно.

«На чем базируется современная метафилактика? Мы должны лечить дисбактериоз кишечника в обязательном порядке. Также обязательно назначение цитратных смесей при любой форме камней, потому что они препятствуют аккумуляции частиц вокруг существующего ядра камня. Это одно из средств торможения процесса кристаллизации, которое переводит конкременты из фазы активного роста в фазу стагнации. Нужны также стабилизация pH, коррекция водного обмена и сопутствующих заболеваний, назначение антиоксидантов, диуретиков, контроль физической активности, витаминотерапия», – отметил Д.А. Охоботов.

Опираясь на проведенное исследование, он более подробно он рассказал о возможностях БАД Уриклар в метафилактике МКБ: «Это достаточно интересная биоактивная добавка, которая состоит из пяти активных компонентов: сухого экстракта листьев березы, экстрактов корня петрушки, листьев брусники, ромашки и порошка околоплодника фасоли. Основные эффекты: диуретический, коррекция водно-солевого баланса, спазмолитический, болеутоляющий, антисептический, антибактериальный, антиоксидантный, противовоспалительный, иммуностимулирующий и общеукрепляющий». Уриклар препятствует развитию кристаллизации, переводя активное камнеобразование в статус стагнации, помогает предупредить рецидивы МКБ, применяется как способ выведения фрагментов конкрементов после их разрушения и как средство реабилитации пациентов после перенесенного воспаления органов мочеполовой системы.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: оперативное лечение

В рамках XVII Конгресса «Мужское здоровье» прошла сессия по оперативному лечению пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), где наибольший интерес урологов вызвали два доклада известных российских экспертов.

Оперативное лечение ДГПЖ: разные техники и энергии – одна цель

Руководитель урологической службы Медицинского научно-образовательного центра МГУ им. М.В. Ломоносова, ведущий научный сотрудник отдела урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова, врач-уролог, онколог, д.м.н., профессор **Николай Иванович Сорокин** напомнил о том, что еще 4000 лет назад врачи совершали попытки хирургических урологических вмешательств, что вызывало массу осложнений у пациентов. Однако со временем набранный опыт привел к тому, что сегодня врач способен не только удалить камень или прооперировать пациента с ДГПЖ, но при этом использовать различные подходы и технологии.

Докладчик коснулся истории медицинских достижений в этой области, сообщив, что первую систему для осмотра мочевого пузыря представил еще в XVII веке осветитель Ф. Боззини, а первый атлас заболеваний мочевого пузыря был составлен М. Нитце, что и позволило открыть путь к эндоскопической хирургии. Затем Х. Бильрот впервые выполнил промежностную аденомэктомию, а в дальнейшем П. Фрейер предложил чрезпузырную аденомэктомию, а Т. Миллин – позадилонную аденомэктомию. Во всех случаях цель у хирургов была одна – как можно радикальнее и менее травматично осуществить аденомэктомию. Х. Янг применил цистоскоп при впервые выполненной трансуретральной резекции предстательной железы (ТУР ПЖ): тогда эта операция выполнялась без визуального контроля, очень травматично, с большим кровотечением. «В СССР ТУР ПЖ была внедрена благодаря академику Н.И. Лопаткину и профессору В.Я. Симонову, – сказал он. – А сегодня мы подошли к тому, что в современных рекомендациях упоминаются в основном трансуретральные методики. В результате мы практически перестали выполнять открытую хирургию, на 90% используя малоинвазивные эндоскопические техники. При этом сегодня можно смело сказать: «сколько хирургов – столько техник». Но, как и прежде, цель у всех нас остается единой – удалить гиперплазированные ткани ПЖ. Если обратить внимание на то, какими методами пользуются лучшие мировые эксперты, то, в частности, Р.М. Несбит предложил технику, которую применяют тысячи хирургов в мире, Й. Раслер использует трансуретральную технику, комбинированную с эндоскопической энуклеацией с применением петли. Российский профессор А.Г. Мартов осуществляет трансуретральное удаление гиперплазированных тканей ПЖ также по собственной методике, академик А.А. Камалов внедрил и популяризировал трансуретральную технику с позиции менторства. Я. Хираока применяет монополярную энуклеацию, П. Гиллинг – лазерную гольмиевую энуклеацию, Ч. Скоффоне – лазерную энблок-энуклеацию. Что касается эндовидеохирургических подходов, то М. Мариано первым выполнил лапароскопическую аденомэктомию, Д. Коук – роботическую чрезпузырную аденомэктомию, А.Д. Кочкин – первую лапароскопическую чрезпузырную аденомэктомию, С.В. Попов популяризирует в России монопортовую хирургию, И. Франк впервые выполнил монопортовую роботическую позадилонную аденомэктомию».

Профессор Н.И. Сорокин отметил, что при любом из этих подходов целью хирурга является избавление пациента от инфравезикальной обструкции с достижением наилучших функциональных результатов в раннем и отдаленном послеоперационных периодах. При этом врачи стремятся выполнить операцию малоинвазивно, достигая эффективности и безопасности. «Если сравнивать уровни безопасности применения различных техник, то эндоскопические методы наиболее безопасны. Обращаясь к результатам исследований, можно заметить, что эндоскопические методы сопровождаются меньшим кровотечением и осложнениями, а также более коротким койко-днем», – сказал он.

> «...»
>
> ***Исходя из своих возможностей, каждый хирург способен выбрать ту технику и то хирургическое вмешательство, которые позволят эффективно выполнить операцию и дойти до конечной цели***

Далее докладчик подчеркнул, что при выборе техники врачу необходимо также учесть ее экономическую эффективность. При этом он привел сравнительный анализ трех методов – аденомэктомии, ТУР ПЖ и лазерной энуклеации по отношению не к цене оборудования, а к возможности реабилитации пациента. «Затраты на выполнение ТУР ПЖ сопоставимы с затратами на выполнение лазерной энуклеации и почти в два раза меньше затрат на выполнение открытой аденомэктомии. То есть эндоскопические техники наиболее выгодны, – сообщил он. – Если сравнивать электрохирургические техники, то предпочтение следует отдать биполярным: хотя монополярная и биполярная ТУР ПЖ имеют сопоставимую эффективность. Биполярная ТУР ПЖ обладает большей безопасностью по сравнению с монополярной резекцией, это было показано в 7 исследованиях, где участвовали 496 пациентов. При этом среди недостатков монополярной энергии следует назвать ТУР-синдром, ограниченность во времени работы, низкую безопасность для пациента, ограниченную глубину проникновения, послеоперационную дизурию, невозможность выполнения операции при наличии искусственного водителя сердечного ритма».

Профессор Н.И. Сорокин также подчеркнул, что источник энергии не влияет не эффективность операции. «Что касается универсальности, то при взгляде на лазерные технологии, которые являются наиболее дорогими, следует подчеркнуть, что они позволяют хирургу выполнить эндоскопическую энуклеацию, разрушение камня и рассечение стриктуры уретры. Электрохирургические технологии позволяют удалить гиперплазированные ткани у пациентов с ДГПЖ с использованием любого доступа (не только трансуретрального), а также позволяют оперировать без морцеллятора, однако не дают возможности работать с камнями мочевого пузыря. То есть, исходя из своих возможностей, каждый хирург способен выбрать ту технику и то хирургическое вмешательство, которые позволят эффективно выполнить операцию и дойти до конечной цели. Однако чтобы стать экспертом, необходимо уметь использовать различные технологии и объективно оценивать каждую из них», – резюмировал докладчик.

От ТУР ПЖ – к энуклеации ПЖ

Заведующий кафедрой урологии и андрологии ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА РФ, д.м.н., профессор кафедры эндоскопической урологии РМАПО **Алексей Георгиевич Мартов** коротко остановился на современных задачах, связанных с оперативными методами лечения пациентов с ДГПЖ: «В основном они связаны с возможностью выполнения операций у пациентов с выраженными сопутствующими заболеваниями (прием антикоагулянтов, наличие искусственного водителя сердечного ритма, металлические протезы и т.д.), снижением травматического воздействия на ткань ПЖ и перипростатические структуры, снижением частоты и интенсивности интра- и послеоперационных кровотечений, снижением частоты послеоперационных осложнений (обструктивных, ирритативных, сексуальных и т.д.), уменьшением сроков послеоперационной реабилитации. Все это отражено в лечебных алгоритмах пациентов с ДГПЖ при наличии у них показаний к оперативному лечению. При этом необходимо оценить, насколько высоки операционные риски у каждого конкретного пациента, насколько возможно вмешательство в условиях анестезии, может ли пациент прекратить гипокоагуляционную терапию. И только после этого распределять свои возможности по современным методам лечения, в т.ч. в зависимости от объема ПЖ у каждого пациента».

Среди основных инноваций докладчик назвал те, что связаны с эндоскопической электрохирургией и лазерной эндохирургией. Говоря о современных возможностях трансуретральной хирургии пациентов с ДГПЖ, профессор А.Г. Мартов отметил среди них высокоразрешающую оптику, новые высокомощные генераторы, вапортроды и режущие петли, резектоскопы с постоянным промыванием, ротационные резектоскопы, возможности видео-ТУР, деваскуляризирующие методики. Все это, по словам докладчика, дает возможность сокращать время операции, уменьшать число осложнений и расширять показания к ТУР ПЖ. Что касается современных трансуретральных электрохирургических методов лечения пациентов с ДГПЖ, то применение биполярной электрохирургии позволяет выполнять резекцию, инцизию, вапоризацию, вапоризирующую резекцию, энуклеацию ПЖ. «Поскольку

при использовании метода биполярной электрохирургии мы работаем с физраствором, то при этом не возникает такого потенциально фатального осложнения, как синдром водной интоксикации организма (ТУР-синдром). А поскольку ток не проходит через все тело, пациент застрахован от ожогов и связанных с ними осложнений. Кроме того, биполярная энергия безопасна при кардиостимуляторах и металлических имплантах, при этом у пациента возникает меньше геморрагических осложнений, а хирург получает более качественный материал для гистологического исследования. Кроме того, у нас существует возможность эндорезекции при ДГПЖ больших размеров. Но если по уровню резекции монополяр и биполяр сопоставимы, то коагуляция у монополяра имеет худшее качество, поскольку при использовании биполяра у хирурга есть возможность прикоснуться к сосуду, а при работе на монополяре используются спрей-коагуляция, контактная, бесконтактная, форсированная коагуляции. Если же сравнить функциональные результаты применения монополярной и биполярной ТУРП, то они одинаковы», – отметил он. Далее профессор А.Г. Мартов рассказал о различных вариантах выполнения биполярной электроэнуклеации при ДГПЖ, подчеркнув: «Если хирург понимает, что такое слой и капсула ПЖ, то практически не имеет значения, какой инструмент он использует».

Затем докладчик остановился на возможностях применения лазерной хирургии при ДГПЖ с использованием методик вапоризации и аблации. Среди преимуществ использования лазерных технологий им были названы отсутствие кровотечения, грубого рубцевания тканей и ТУР-синдрома, меньшая травматичность вмешательства и возможность применения лазеров у пациентов группы риска. «Однако и лазерная технология является «палкой о двух концах», – сказал Алексей Георгиевич. – К сожалению, лазерные операции являются длительными, обладают относительной нерадикальностью лечения, имеют ограниченные показания к применению. Но самое главное, послеоперационный период у больного после лазерной операции является непредсказуемым: у пациентов может возникать длительная послеоперационная дизурия и необходимость длительного послеоперационного дренирования мочевого пузыря, а само по себе такое лечение является очень дорогим. Мы с коллегами пришли к выводу о том, что чем меньше объем ПЖ, тем лучше будет результат вапоризирующей и аблацирующей методик. А вот резекция, вапорезекция и энуклеация в лазерной хирургии при ДГЖП (с использованием гольмиевого, тулиевого, волоконного лазеров) на сегодняшний день являются самыми радикальными эндоскопическими трансуретральными операциями, абсолютно сопоставимыми с открытыми вмешательствами, которые мы выполняли раньше, и позволяющими быстро удалить ткань при минимальном кровотечении. При этом самым высокомощным является гольмиевый лазер, а самым перспективным – российская разработка, тулиевый лазер».

Сравнивая гольмиевую энуклеацию с ТУР ПЖ, профессор А.Г. Мартов отметил, что функциональные результаты этих операций одинаковы, однако при гольмиевой энуклеации, безусловно, меньше геморрагических осложнений. Сравнивая тулиевую и гольмиевую энуклеации докладчик также отметил схожесть функциональных результатов в отсроченном послеоперационном периоде. Однако кривая обучения специалистов работе с тулиевым лазером имеет меньшую длительность, т.к. гемостаз в этом случае имеет лучшие показатели.

«...»

При объеме ПЖ до 40 см² следует предпочесть моно- или биполярную ТУРП, лазерную или биполярную вапоризацию или инцизию ПЖ, при объеме ПЖ до 80 см² – моно-или биполярную ТУР ПЖ, энуклеацию ПЖ или лазерную вапоризацию, при объеме ПЖ 150 см² – биполярную ТУР ПЖ, энуклеацию ПЖ, лапароскопическую или открытую аденомэктомию

В завершение своего доклада Алексей Георгиевич сказал несколько слов по поводу работы на тулиевом волоконном лазере – разработке, которой по праву гордится Россия и которая применяется во всем мире: «Лазер модели U3, который мы используем сегодня, позволяет работать и с мягкими тканями, и с камнями, он не шумит, нарушения в его работе можно исправить с помощью компьютерной перезагрузки». Также он отметил, что выбор хирургом метода лечения зависит не только от клинической ситуации, но и от навыков и предпочтений уролога, технической оснащенности клиники. Что касается решения об оперативном лечении, то оно, по словам профессора А.Г. Мартова, должно быть принято на основании собственных представлений пациента в соотношении эффективности операции и ее риска. Говоря о методе выбора лечения в зависимости от объема ДГПЖ, докладчик напомнил, что при объеме ПЖ до 40 см² следует предпочесть моно- или биполярную ТУРП, лазерную или биполярную вапоризацию или инцизию ПЖ, при объеме ПЖ до 80 см² – моно-или биполярную ТУР ПЖ, энуклеацию ПЖ или лазерную вапоризацию, при объеме ПЖ 150 см² – биполярную ТУР ПЖ, энуклеацию ПЖ, лапароскопическую или открытую аденомэктомию.

Кожные заболевания мужской генитальной области

Традиционно XVII Конгресс «Мужское здоровье» прошел как междисциплинарное мероприятие, в котором приняли участие представители самых разных медицинских специальностей. В частности, одна из сессий была посвящена диагностике и лечению пациентов с кожными заболеваниями мужской генитальной области. Доклады по этой теме представили несколько авторитетных российских врачей-дерматовенерологов.

Поражения кожи паховой области у мужчин: систематика и клинический обзор

Руководитель отдела, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента РФ, главный научный сотрудник МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, д.м.н., профессор **Андрей Николаевич Львов** сообщил, что генитальные высыпания у мужчин имеют

условную классификацию и делятся на инфекционно-воспалительные заболевания (наиболее многочисленная группа), заболевания соединительной ткани, дерматозы, онкологические заболевания и вирусные болезни. Он отметил, что основная доля ошибок при диагностике генитальных высыпаний допускают врачи трех клинических специальностей – акушеры-гинекологи, урологи и проктологи. «Не все, что выглядит, как баланит, им же является. При этом существует достаточно обширный коморбидный круг ситуаций, когда классический дерматоз проявляется так же, как сифилис. С одной стороны, псориатические папулы и бляшки, а с другой стороны – сифилитические псориазиформы (папулезные элементы вторичного сифилиса) имитируют псориаз, в т.ч. генитальной локализации. При этом речь идет о сочетании двух состояний, и это легко доказать, поскольку в начале терапии пенициллином исчезают все псориазные формы. В другом примере эрозивные папулы мошонки выглядят классически, а аннулярные папулы при вторичном сифилисе на головке полового члена напоминают красный плоский лишай. Их отличает сочный красный цвет, отечность и изолированность. В целом не так сложно диагностировать сифилис, важно вовремя о нем вспомнить», – сообщил докладчик и далее перешел к патогенезу дерматозов сочетанной этиологии.

«Бактерии или грибы являются первичной этиологической причиной дерматозов сочетанной этиологии (25% больных смешанными дерматозами), бактерии и грибы-триггеры провоцируют резкое обострение хронических дерматозов (19% больных), нередко можно наблюдать присоединение вторичной микст-инфекции (56% больных хроническими заболеваниями кожи). Пациентам с дерматозами сочетанной этиологии показана наружная терапия комбинированными средствами, содержащими топические глюкокортикостероиды (ТГКС), антимикробные и противогрибковые компоненты, – сказал он. – Но даже когда мы наблюдаем таких пациентов, проводить дифференциальную диагностику необходимо, прежде всего, с сифилитической инфекцией».

Лихеноидные и эрозивные дерматозы полового члена: дифференциальный диагноз и принципы терапии

Венеролог, дерматолог Городского кожно-венерологического диспансера, д.м.н. **Ирина Олеговна Смирнова** остановилась на особенностях распознавания и лечения эрозивного красного плоского лишая и баланита Зуна: «При этом в первую очередь встает проблема клинической картины эрозивного красного плоского лишая. В подавляющем большинстве случаев она проявляется в формировании истинной эрозии, наличии сети Уикхема по периферии (белесоватый валик), поражении слизистых оболочек полости рта и кожи. Кроме того,

для баланита Зуна не характерны рубцовые изменения, – пояснила она. – Такая же картина наблюдается с псориазом и очаговым нейродермитом: эти заболевания могут быть очень похожи, особенно если псориаз расположен только на гениталиях. Тем не менее атопический анамнез и отсутствие баланита, который может наблюдаться при псориазе, дает возможность дифференциальной диагностики при очаговом нейродермите».

Далее докладчик остановилась на подходах к терапии пациентов с кожными заболеваниями генитальной области: «Это всегда междисциплинарный подход. При этом помимо лечения, всегда важно обращать внимание на уход пациентов за гениталиями, – отметила она. – В 2020 г. вышли российские Клинические рекомендации по лечению больных склерозирующим и атрофическим лихеном, которые предполагают терапию ТГКС высокой силы (клобетазол, мометазона фуроат в виде мази ежедневно, курсом 4 недели). Ингибиторы кальциневрина – ИКН (пимекролимус, такролимус) менее эффективны и чаще используются в качестве поддерживающей терапии от 16 до 24 недель. Что касается лечения пациентов с красным плоским лишаем, то в этом случае применяются ТГКС высокой силы (клобетазол) курсом до трех месяцев, менее эффективными являются топические ИКН (пимекролимус, такролимус). Не менее 40% пациентам показана комплексная терапия, в т.ч. системная: применяется преднизолон (20 мг/сут 1 неделю со снижением дозы до полной отмены), гидроксихлорохин (20 мг 2 раза в сутки), метотрексат (начальная доза 5 мг/нед с постепенным титрованием дозы в зависимости от формирования клинического эффекта до 25 мг/нед), микофенолата мофетил (начальная доза 500 мг/сут с постепенным титрованием до 1,5 г 2 раза в сутки), оперативное лечение (адгезиолиз, процедура Фентона, перинеотомия). При этом очень важно обратить внимание пациента на базовый уход за пораженной областью: предпринимать мягкое очищение слизистой оболочки и гениталий (мытье должно осуществляться теплой водой только кончиками пальцев не более 2 раз в сутки; увлажнение пораженной области должно происходить только по показаниям – при сухости, стягивании); не рекомендуется использовать средства, способные усиливать зуд (влажные салфетки, включая детские и медицинские, лекарственные препараты, грубую ткань и обтягивающую одежду). Пациентам рекомендуется использовать хлопковое неокрашенное нижнее белье, для стирки которого применять гипоаллергенные средства. Также необходимо избегать расчесывания пораженной области, пользоваться средствами, уменьшающими выраженность зуда. Адъювантная терапия должна быть регламентирована, чтобы минимальным количеством средств достигать максимального эффекта».

Доктор И.О. Смирнова подчеркнула, что вопрос о циркумцизио при склероатрофическом лихене всегда решают индивидуально: операция не всегда нужна после противовоспалительного лечения, поскольку у 50% после выполнения циркумцизио сохраняются симптомы склероатрофического лихена (феномен Кебнера – высыпания на месте травмы). «Поэтому, если принимается решение о циркумцизио, то выполнять процедуру необходимо после противовоспалительной терапии и под ее прикрытием», – резюмировала Ирина Олеговна.

Анализ международных рекомендаций (IUSTI) по лечению пациентов с инфекциями, передаваемых половым путем

Главный научный сотрудник Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии Минздрава РФ, д.м.н., профессор **Михаил Александрович Гомберг** обратил внимание урологов на действующий Приказ Минздрава РФ от 12.08.2002 №403 «Инфекции, регистрируемые в России, как передаваемые половым путем (ИППП)». «Все инфекции были собраны в эту группу затем, чтобы при постановке диагноза врач обязательно заполнял специальную форму и выполнял все действия, необходимые при выявлении ИППП (привлечение партнера к обследованию, обследования на другие возможные инфекции и

др.). В этом приказе упомянуты следующие заболевания: сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидии и две вирусные инфекции – аногенитальные бородавки и генитальный герпес», – пояснил он.

Далее профессор М.А. Гомберг отметил, что хотя бактериальный вагиноз (БВ) не является ИППП, однако это заболевание сочетается с наличием большого числа половых партнеров (как у мужчин, так и у женщин), появлением нового полового партнера, неиспользованием презерватива при половых контактах, повышенным риском получения других ИППП (к примеру, заражение женщины ВИЧ и передачи этой инфекции другому половому партнеру возрастает в 3 раза), осложнениями при беременности. «Но есть два пункта, в соответствии с которыми БВ не причислен к ИППП: первый – БВ встречается у женщин, которые вообще не

живут половой жизнью; второй – лечение половых партнеров не влияет на рецидивы БВ», – сообщил докладчик.

Далее, приведя данные ряда исследований, он ответил на вопрос «могут ли бактерии, ассоциированные с БВ, вызвать урогенитальные проблемы у мужчин?». «У мужчин, действительно, могут быть проблемы с теми микроорганизмами, которые ассоциированы именно с БВ, – сообщил профессор М.А. Гомберг. – В связи с этим мы с коллегами провели исследование, где сосредоточились на проблемах, связанных с уретритом у наших пациентов, оценивая у них наличие тех или иных микроорганизмов, которые чаще всего ассоциировались именно с БВ. Результаты этого исследования были нами доложены на одном из конгрессов по борьбе с ИППП в Хельсинки. Это была одна из работ по нарушениям, которые встречаются у мужчин с уретритом, и их связи с изменениями, которые находили у их партнерш-женщин с БВ. Наши выводы были следующими: БВ встречается в 3 раза чаще у женщин, которые имели половые связи с мужчинами, имеющими баланопостит или уретрит. Частота встречаемости и количество двух главных возбудителей (*Gardnerella vaginalis u Atopobium vaginae*) в урогенитальном биотопе мужской уретры коррелировало с воспалением. Наши данные свидетельствуют в пользу возможной передачи половым путем *G. vaginalis* и других микроорганизмов, ассоциированных с БВ».

Михаил Александрович сказал о том, что вышеописанная работа была продолжена, в результате чего были получены определенные данные по распространенности различных микроорганизмов при уретрите, после чего необходимо было ответить на вопрос: как лечить пациентов с уретритом, ассоциированным с БВ у их партнерш. Такой уретрит профессор М.А. Гомберг и его коллеги предложили назвать новым термином – анаэробный уретрит.

По поводу терапии докладчик сказал следующее: «Нифурател – нитрофурановый препарат, который хорошо переносится, к нему реже развивается устойчивость, чем к метронидазолу, есть формы для системного и интравагинального применения, он также имеет хорошее соотношение риск/преимущества при лечении пациенток с вульвовагинальными инфекциями. Нифурател изначально предназначен для предупреждения и лечения инфекций мочевыводящих путей, имеет отличную эффективность *in vitro* в отношении *G. vaginalis, Mobiluncus* и *A. vaginae,* не подавляя при этом лактобактерии».

В завершение своего доклада профессор М.А. Гомберг напомнил о том, что 25 сентября 2017 г. в России была запущена государственная программа контроля по применению антимикробных средств. «Данная стратегия определяет политику государства по ограничению распространения устойчивости микроорганизмов к противомикробным препаратам, биологическим и химическим средствам на период до 2030 г. и призывает назначать антимикробные средства по определенным показаниям и преимущественно из групп препаратов, к которым медленно развивается устойчивость возбудителей».

«...»

Пациентам с дерматозами сочетанной этиологии показана наружная терапия комбинированными средствами, содержащими топические глюкокортикостероиды, антимикробные и противогрибковые компоненты

Профилактика и лечение ВПЧ-ассоциированных заболеваний аногенитальной области у мужчин

Врач-дерматолог, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента РФ, д.м.н. **Евгения Афанасьевна Шатохина** в своем докладе остановилась на папилломавирусах человека (ВПЧ), которые не культивируются в клеточных системах, выявляются в кератиноцитах в виде эписомы, обладают онкогенными свойствами и вызывают трансформации тканей, доброкачественные или злокачественные опухоли. Она отметила, что при раке шейки матки в 95% случаев находят ВПЧ около 20 типов, наиболее часто – 16 и 18 типы. «Аногенитальные остроконечные кондиломы – это вирусное заболевание, обусловленное ВПЧ и характеризующееся появлением экзофитных и эндофитных разрастаний на коже и слизистых оболочках наружных половых органов, уретры, влагалища, шейки матки, перианальной области, – сообщила докладчик. – Эти заболевания относятся к ИППП, при этом 50–80% населения инфицировано ВПЧ, но лишь 5–10% инфицированных лиц имеют клинические проявления заболевания, асимптомное носительство отмечается у 6–10%, у 20–50% пациентов выявляют ВПЧ высокого онкогенного риска».

Говоря о патогенезе заболевания, доктор Е.А. Шатохина подчеркнула, что ВПЧ обладает выраженной тропностью к клеткам эпидермиса и эпителия генитального тракта. При этом 4 гена (E1, E2, E6 и E7) обеспечивают процессы репликации и транскрипции вириона, а гены E4 и E5 экспрессируются позднее, обеспечивая иммунную инвазию и последующее высвобождение. Ранние гены E6 и E7 определяют онкогенный потенциал вируса. L1 и L2 кодируют структурные протеины вируса и являются обратными агонистами для паттерн-распознающих рецепторов организма, таких как TLR, запускающих в свою очередь комплекс защитных реакций в виде продукции воспалительных цитокинов. Таким образом, геном вируса содержит полный набор генов, обеспечивающих его проникновение в клетку человека, репликацию и последующее высвобождение.

Упоминая вакцины для профилактики ВПЧ-инфекции, докладчик назвала Церварикс, Гардасил и Гардасил 9, а для лечения ВПЧ-инфекций было рекомендовано нуклеозидоподобное соединение имидазохинолин.

Предраковые заболевания и опухоли кожи мужских половых органов

Врач-онколог, заведующий онкохирургическим отделением опухолей кожи и мягких тканей Московского клинического научного центра, д.м.н., профессор **Константин Сергеевич Титов** начал доклад с описания доброкачественных опухолей кожи мужских половых органов. В частности, он пояснил, что себорейный кератоз (СК) кожи является наиболее распространенной доброкачественной опухолью из кератоцитов кожи у светлокожих людей пожилого и старческого возраста на коже груди, спины. Этиология СК неизвестна, но предполагается сочетание генетических факторов и факторов внешней среды, при этом имеется связь с сахарным диабетом 2 типа. На мужских половых органах СК встречается достаточно часто. СК обычно диагностируют клинически (сбор анамнеза, осмотр и дерматоскопия), также необходимо проводить дифференциальную диагностику с аногенитальными бородавками, невусом, бовеноидным папулезом, пигментированной базальноклеточной карциномой и меланомой. В более сложных случаях необходима биопсия. Множественный СК часто ошибочно диагностируют как остроконечные кондиломы.

Профессор К.С. Титов сообщил, что СК обычно не требует лечения, при этом ошибочная диагностика СК в качестве ИППП формирует у пациента чувство вины, эмоциональное расстройство, что негативно сказывается на качестве его половой жизни. Поэтому очень важно заверить пациента, что СК не является ИППП. «Верукозный СК лучше лечить кюретажем (с помощью острой одноразовой кюретки) с минимальной электрокоагуляцией под местной анестезией», – пояснил он.

Относительно диагностики и лечения пациентов с эпидермальными кистами и идиопатическим кальцинозом мошонки докладчик сообщил следующее: «При диагностике необходимо исключить нарушения метаболизма кальция, фосфора и паратгормона при наличии у пациента идиопатического кальциноза мошонки. Вскрытие кисты без ее удаления может привести к развитию реакции на инородное тело с тяжелым воспалением и клеточным инфильтратом в коже с последующим исходом в фиброз. Гистологическое исследование идиопатического кальциноза мошонки указывает на кальцифицированные кожные отложения без истинной эпителиальной выстилки. Также может наблюдаться очаговая гранулематозная реакция инородного тела с фиброзом и очаговой трансэпидермальной элиминацией отложений кальция. Основным методом лечения является оперативный: простое иссечение под местной анестезией рекомендуется для единичных кист, при множественных поражениях операцию рекомендуется выполнять под общей анестезией».

В завершение доклада профессор К.С. Титов остановился на возможностях лечения пациентов с меланомой полового члена: «Методом выбора является иссечение опухоли кожи с отступом от ее края. При наличии верифицированных метастазов паховых лимфоузлов выполняется двусторонняя паховая лимфодиссекция. Имиквимод возможно использовать при лечении пациента с меланомой полового члена *in situ,* подтвержденной данными инцизионной биопсии. Пациентов с метастатическими формами меланомы кожи лечат с использованием иммунотерапии ингибиторами контрольных точек иммунитета, таргетной терапии (при наличии в опухоли драйверных мутаций в генах *BRAF* и *C-kit*), стереотаксической лучевой терапии, а в отдельных случаях – оперативного удаления отдаленных солитарных или остаточных метастазов меланомы после консервативного лечения».

«...»

Аногенитальные остроконечные кондиломы – это вирусное заболевание, обусловленное ВПЧ и характеризующееся появлением экзофитных и эндофитных разрастаний на коже и слизистых оболочках наружных половых органов, уретры, влагалища, шейки матки, перианальной области

Эректильная дисфункция: кому, когда, что?

Темой, которая всегда вызывает неизменный интерес урологов, андрологов, психологов, кардиологов и многих других специалистов, является диагностика и лечение пациентов с эректильной дисфункцией (ЭД). На одной из сессий XVII Конгресса «Мужское здоровье» эксперты обсудили методы терапии пациентов с сексуальными расстройствами, в т.ч. сопряженными с COVID-19.

От лекарственной терапии симптомов к комбинированному патогенетическому лечению

Ведущий научный сотрудник отдела уроандрологии МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, д.м.н., профессор **Михаил Евгеньевич Чалый** напомнил, что консервативное лечение пациентов с ЭД включает в себя терапию ингибиторами фосфодиэстеразы 5 типа (ФДЭ-5), введение интракавернозных инъекций, применение вакуумной

и ударно-волновой терапии, аутоплазмы, обогащенной тромбоцитарными факторами роста (АОТ), лечение клетками стромально-васкулярной фракции (СВФ). На сегодня существует 5 потенциально селективных молекул ингибиторов ФДЭ-5 (силденафил, тадалафил, варденафил, аванафил и уденафил), имеющих разное время действия, интенсивность и эффективность, которая в целом определяется на уровне 70%. Также докладчик сказал о причинах снижения эффекта терапии пациентов ингибиторами ФДЭ-5: «Это задержание эвакуации желудочного содержимого, повышенный или сниженный метаболизм печени, сниженная работа системы кровообращения, дефицит нейрональной или эндотелиальной синтазы оксида азота (после радикальной простатэктомии, при сахарном диабете), различия в проницаемости клеточной мембраны для ингибиторов ФДЭ-5, различия в чувствительности к фосфодиэстеразе на молекулярном уровне».

Что касается интракавернозных инъекций простагландином Е1, то к их недостаткам, по мнению профессора М.Е. Чалого, следует отнести сложность обучения пациента аутоинъекциям, возможность возникновения приапизма и низкую приверженность пациента лечению. По его словам, помимо простагландина Е1, существуют би-миксты, три-миксты, а также тетра- и супер-тетра-миксты, предполагающие сочетание либо папаверина и фентоламина, либо сочетание алпростадила с фентоламином и папаверином, либо сочетание вазоактивного интестинального полипептида с фентоламином. «Наиболее эффективными (до 90%) считаются квадро- и супре-квадро-миксты, которые включают в себя папаверин, фентоламин, атропин и простагладин. Альтернативным методом является форма алпростадила в виде микросуппозиториев с внутриуретральным введением, которая не получила распространения», – сообщил докладчик.

Далее Михаил Евгеньевич подробно остановился на применении метода термического гелиокса для лечения пациентов с ЭД: «Гелий-кислородные смеси обладают низкой плотностью, высокой проникающей способностью, высокой теплопроводностью и коэффициентом теплоотдачи, низкой растворимостью в жирах и воде. К физиологическим эффектам термического гелиокса следует отнести их способность улучшать диффузию кислорода через альвеолярную мембрану за счет увеличения капиллярного кровотока легких, снижение сопротивления дыхания и уменьшение работы дыхательных мышц вследствие низкой плотности гелий-кислородной газовой смеси, расслабление гладкой мускулатуры и снижение вязкости мокроты из-за высокой теплопроводности подогретой газовой смеси».

Профессор М.Е. Чалый рассказал о клиническом опыте применения метода термического гелиокса при лечении пациентов с ЭД, который показал, что в комплексной терапии данная методика является эффективной и патогенетически обоснованной.

Ударно-волновая терапия: навязчивая реклама или единственное патогенетическое лечение?

Говоря о безопасности применения ударно-волновой терапии, заведующий урологическим отделением, врач-уролог, андролог Городской клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова Департамента здравоохранения Москвы, д.м.н., профессор **Сергей Владиславович Котов** сообщил, что после применения этой методики в срезах тканей не было отмечено разрушения артерий, артериол, перегородок и эритроцитов.

«На современном рынке существует несколько аппаратов, на которых выполняется ударно-волновая терапия, – пояснил он. – Наиболее распространенными из них являются пьезоэлектрические: в них пьезокерамические элементы встроены в сферическое устройство, погруженное в жидкую среду. Когда напряжение подается на керамические элементы, они расширяются, вызывая механическое возмущение в среде, приводящее к распространению ударной волны, при этом не используется водяное охлаждение. В электрогидравлическом аппарате наконечники электрода погружены в жидкость: при подаче напряжения жидкость испаряется, что вызывает быстрое расширение окружающей жид-

кости, приводящее к распространению ударной волны. В основе работы электромагнитного генератора находится электромагнитная катушка, которая генерирует электромагнитный импульс. При подаче напряжения в катушке возникает магнитное поле, вызывающее резкое движение металлической мембраны, что приводит к колебанию жидкости и соответствующему распространению ударной волны. Здесь используется водяное охлаждение, зачастую применяемое еще и для коррекции глубины фокусировки через полимерные линзы. Обычно глубина фокусировки регулируется водяной подушкой либо при помощи силиконовых линз. Также существуют пневматические аппараты, которые в урологии не используются».

Профессор С.В. Котов привел результаты мета-анализов нескольких исследований, где была показана эффективность и значимость применения ударно-волновой терапии при приапизме: в них было отмечено, что этот метод уменьшает размер бляшек, снижает болевой симптом, в некоторых случаях полностью избавляет от боли. В клинических рекомендациях Российского общества урологов также сказано о применении низкоэнергетической ударно-волновой терапии в качестве альтернативной первой линии терапии у пациентов с низкой степенью ЭД или при отсутствии эффекта от терапии ингибиторами ФДЭ-5 (уровень доказательности рекомендаций В). «У пациентов с ЭД ударно-волновая терапия воздействует на 5 анатомических точек: головку полового члена, тело полового члена слева, тело полового члена справа, корень полового члена, ножки полового члена с обеих сторон, – пояснил докладчик. – Если привести опыт использования ударно-волновой терапии в клинике Медси, где мы с коллегами проводили сексологическое тестирование, то исходно средний балл по шкале МИЭФ у наших пациентов составлял 16,2. После курса терапии у 21% пациентов эректильная функция восстановилась полностью, а у 30% пациентов отмечалось статистически значимое улучшение. Таким образом, общая эффективность метода в данном исследовании составила 51%».

Исходя из вышесказанного, профессор С.В Котов заключил: «Дистанционная ударно-волновая терапия является новым перспективным методом неинвазивного лечения артериогенной ЭД. И хотя на основании проведенного исследования нельзя в полной мере говорить о методе как альтернативе таблетированным препаратам первой линии (ингибиторам ФДЭ-5), однако есть надежда, что эффективным будет являться комбинированное лечение

«...»

Дистанционная ударно-волновая терапия является новым перспективным методом неинвазивного лечения артериогенной ЭД

ингибиторами ФДЭ-5 и ударно-волновой терапией у пациентов с артериогенной ЭД».

Психогенная и васкулогенная ЭД: дифференциальная диагностика, подходы к лечению

Врач-уролог, андролог клиники урологии им. Р.М. Фронштейна при Первом московском государственном медицинском университете им. И. М. Сеченова, к.м.н. **Игорь Павлович Матюхов** отметил: «В то время как в течение многих лет существовало

убеждение, что ЭД является в первую очередь психогенным расстройством, успехи и достижения в понимании физиологии эрекции за последние три десятилетия позволили установить органические причины проблемы. В настоящее время известно, что более чем у 80% пациентов с ЭД в основе диагноза лежит органическая этиология. Среди органических причин наиболее рас-

пространенной является васкулогенная ЭД, которая включает в себя как недостаточный артериальный приток, так и веноокклюзивную дисфункцию, также известную как венозная утечка».

Докладчик напомнил, что первым шагом при оценке состояния пациента с ЭД всегда должен быть сбор медицинского и сексуального анамнезов, при этом важно обеспечить пациенту комфортную обстановку. Лабораторная диагностика включает липидный профиль, определение уровня гликированного гемоглобина и гормонального статуса. Причем, пороговый уровень тестостерона для поддержания эрекции является низким, а ЭД обычно развивается при тяжелой степени гипогонадизма. Также доктор И.П. Матюхов подчеркнул, что накапливаются данные о том, что ЭД повышает риск сердечно-сосудистых катастроф, включая инфаркт миокарда, цереброваскулярные осложнения и смерть по всем причинам, заболевания с тенденцией к увеличению риска сердечно-сосудистой смертности. Вследствие этого ЭД может быть ранним проявлением поражения коронарных артерий и периферических сосудов, поэтому ее следует рассматривать не только с позиции качества жизни, но и как потенциальный маркер сердечно-сосудистых заболеваний. Динамическое дуплексное УЗИ полового члена является диагностическим методом второй линии.

Далее докладчик отметил, что ЭД часто бывает связана с другими урологическими патологическими состояниями и вмешательствами. «Получены убедительные доказательства связи между доброкачественной гиперплазией предстательной железы и сексуальной дисфункцией независимо от возраста, других сопутствующих заболеваний и образа жизни, – сказал он. – Причем степень ЭД коррелирует с тяжестью психологического расстройства, симптоматикой хронического простатита и синдромом хронической тазовой боли. Местное воспаление предстательной железы не оказывает влияния на эректильную функцию: таким пациентам показано раннее симптоматическое лечение или помощь психолога».

Резюмируя сказанное, доктор И.П. Матюхов подчеркнул, что информирование пациента с ЭД является важным компонентом лечения: оно позволяет предотвратить получение ложной информации, которая может быть основой дисфункциональных психологических процессов, обусловливающих проблему ЭД.

Сексуальные расстройства при COVID-19

Врач-сексопатолог клиники сексопатологии Ереванского государственного медицинского университета им. Мхитара Гераци **Вреж Альбертович Шахраманян** сообщил, что в период пандемии увеличиваются риски развития тревожного спектра расстройств, а точнее – вирусной тревоги, включающей в себя тревогу за здоровье и киберипохондрию как повторяющегося или чрезмерного поиска в интернете информации, связанной со здоровьем. Наличие вирусной тревоги, которая непропорциональная по своей интенсивности или продолжительности, существенно влияет на качество жизни.

«Любой стресс всегда связан с дефицитом половых гормонов, при этом половые гормоны всегда необходимы для адаптации к стрессу, – отметил доктор В.А. Шахраманян. – Стресс в первую очередь влияет на эндокринную систему, поэтому первым реагирует на стресс гормон пролактин, повышенный уровень которого в дальнейшем приводит к нарушениям и половой, и репродуктивной функций. При длительном стрессе возникает синдром гиперпролактинемии: при конкуренции с тестостероном это состояние приводит к снижению либидо. Другой ключевой гормон кортизол (также являющийся антагонистом тестостерона) вырабатывается организмом в ответ на стрессовые ситуации и болезни. Он нарушает работу сердца и иммунной системы, а также обмен веществ, более того, высокий уровень кортизола может быть жизненно опасен. Недаром в период пандемии появились работы, где было показано, что повышенная концентрация кортизола увеличивает риск летального исхода от Covid-19».

Докладчик отметил, что поскольку при хроническом стрессе тестостерон находится на низком уровне (что провоцирует замкнутость, нервозность и проблемы в сексуальной сфере), применение ингибиторов ФДЭ-5 является неэффективным. Далее доктор В.А. Шахраманян сообщил о результатах исследования, которое было проведено на базе клиники сексопатологии ЕГМУ им. Мхитара Гераци. «Целью данного исследования было изучение сексуальных расстройств у 35 мужчин в возрасте от 35 до 65 лет с Covid-19 различной степени тяжести в зависимости от уровня тестостерона, – рассказал он. – Была выявлена степень зависимости между снижением уровня тестостерона и тяжестью течения болезни, при этом максимальное снижение тестостерона отмечалось у пациентов с тяжелым течением заболевания, у которых отмечались и более выраженные сексуальные расстройства. Полученные данные позволяют предположить, что выявленный дефицит тестостерона у больных коронавирусной инфекцией может быть фактором риска развития Covid-19 у мужчин и, по всей

вероятности, усугублять тяжесть течения инфекционного процесса. Кроме того, дефицит тестостерона снижает выработку оксида азота (NO) – эндогенного газа, не только участвующего в обезвреживании микробных агентов макрофагами, но и являющегося мощным вазодилататором, а также бронходилататором. При снижении уровня тестостерона уменьшается уровень эндотелиальных NO-синтетаз, с помощью которых происходит синтез NO. Таким образом, в результате уменьшения синтеза тестостерона в организме эндотелиальные клетки будут синтезировать меньше NO в ответ на стимуляцию центра эрекции».

Доктор В.А. Шахраманян также подчеркнул, что возникающий при Covid-19 гипогонадизм связан с повышением уровней провоспалительных цитокинов. Снижение активности цитокинов или их рецепторов (антицитокиновая терапия) может быть полезной для лечения. А поскольку тестостерон способен подавлять воспаление, лечение тестостероном снижает активность интерлейкина-1 (ИЛ-1), ИЛ-6 и фактора некроза опухоли α. «Тестостерон важен для запуска и регулирования иммунного ответа у мужчин, в т.ч. в процессе борьбы с вирусными инфекциями», – резюмировал он.

> «...»
>
> ***Получены убедительные доказательства связи между доброкачественной гиперплазией предстательной железы и сексуальной дисфункцией независимо от возраста, других сопутствующих заболеваний и образа жизни***

Лечение расстройств мочеиспускания и ЭД у пациентов, перенесших трансуретральные операции по поводу ДГПЖ

Врач-уролог Городской клинической больницы №31, **Алексей Владимирович Михальченко**, говоря об актуальности проблемы, отметил, что частота встречаемости ЭД после трансуретральной резекции простаты (ТУРП) составляет от 2 до 35%. При этом одним из возможных механизмов развития послеоперационной ЭД является непрямое повреждение нервов. Он пояснил, что поражение сосудов провоцирует гипоксию тазовых органов в результате последующего оксидативного стресса. В условиях длительной гипоксии компенсаторные механизмы истощаются, и происходит дисбаланс в сторону усугубляющегося окислительного стресса, ведущего к дегенерации нервных волокон с потерей их чувствительности и, соответственно, снижение экспрессии рецепторов, ответственных за сокращение детрузора.

Далее доктор А.В. Михальченко рассказал о том, что с 2017 по 2019 г. на базе кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ выполнено 564 ТУРП. «По данным телефонного опроса прооперированных пациентов, 10,99% из них испытывали различные симптомы нарушения функции нижних мочевыводящих путей – СНМП (расстройства мочеиспускания). Все пациенты, включенные в исследование, принимали стандартную терапию α-адреноблокаторами и ингибиторами ФДЭ-5. Дополнительно им проводились физиотерапевтические методы коррекции ишемического фактора, ингаляции гелий-кислородной смеси и ударно-волновая терапия, во время которой пациент находился в литотомическом положении, с каждой стороны кавернозных тел производили по 1500 ударно-волновых импульсов. Также приподнимали мошонку пациента, после чего на область простаты производили по 1000 ударно-волновых импульсов (справа и слева от средней линии). После проведенного лечения была отмечена положительная динамика, которая отражалась в увеличении скорости максимального потока мочи и улучшении анкетных данных большинства пациентов. Что касается эректильной функции, то все пациенты отмечали субъективное улучшение, однако данные андросканирования показали, что у многих пациентов остались стойкие ишемические повреждения. По данным допплерографии было отмечено улучшение кровообращения в области простаты, которое отражалось в увеличении пиковой скорости артериального кровотока и уменьшении индекса периферического сопротивления. На основании полученных результатов можно отметить, что комплексная терапия значительно устраняет ишемию органов малого таза, активизирует спонтанные ночные эрекции и снижает выраженность СНМП. Однако эти результаты не окончательны, т.к. исследование продолжается», – пояснил Алексей Владимирович.

Нарушение формирования пола у детей: клинические наблюдения

Руководитель института детской хирургии «Научный центр здоровья детей» Минздрава России, главный внештатный специалист, детский уролог-андролог ЦФО Росздравнадзора, член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н., врач детский уролог-андролог **Сергей Павлович Яцык** в своем докладе в рамках IX Всероссийской Школы по детской урологии-андрологии привел несколько клинических наблюдений, в которых хирургам приходилось решать сложные задачи, связанные с нарушениями формирования пола у детей.

В одном из таких наблюдений у ребенка (который был зарегистрирован как девочка) в возрасте 2 года 6 месяцев по результатам молекулярно-генетического обследования была выявлена ранее неописанная, вероятно, патологическая мутация в гене *SRD5A2*, который кодирует фермент 5-α редуктазу в гомозиготном положении. При этом мутации гена *SRD5A2* вызвали псевдовагинальную перineоскротальную гипоспадию. Профессор С.П. Яцык пояснил, что этому ребенку была выполнена уретроцистоскопия, в результате чего в протоколе исследования было отмечено следующее: «Уретра короткая, широкая, семенной бугорок отсутствует. Кзади от уретры расположен слепо заканчивающийся урогенитальный синус высотой около 2–2,5 см. Емкость мочевого пузыря обычная, слизистая оболочка мочевого пузыря чистая, бледно-розовая. Устье мочеточника справа расположено типично, выброс активный, смыкается полностью. Треугольник Льето сформирован правильно, шейка мочевого пузыря смыкается полностью».

«Оценив совокупность всех методов исследования и побеседовав с родителями ребенка, мы коллегиально предложили в дальнейшем выполнить пациенту маскулинизирующую пластику с учетом пробы с хорионическим гонадотропином. С документами, полученными в нашей клинике, родители ребенка посетили паспортный стол, где была проведена процедура по перемене пола на мужской. Затем мы начали выполнять оперативную коррекцию пола, – сообщил докладчик. – Ее первым этапом стало выпрямление полового члена с созданием мочевой уретральной дорожки. На втором этапе, который мы выполнили через 5 месяцев, была сформирована неоуретра. Еще через год внешний вид полового органа ребенка был уже в норме».

Следующее клиническое наблюдение, приведенное профессором С.П. Яцыком, описывает 17-летнего пациента со смешанной дискенезией гонад, гипоспадией, промежностной формой, расщепленной мошонкой, микропенисом, состоянием после удаления дериватов Мюллеровых протоков слева (2000 г.) после маскулинизирующей пластики, евыполненной в 2007 г. В анамнезе его жизни описано, что ребенок родился от первой беременности и первых родов матери на 38-й неделе гестации. Беременность протекала физиологически, масса тела ребенка при рождении составляла 3250 г, рост — 53 см, состояние по шкале Апгар 8–9 баллов. При рождении ребенок был зарегистрирован в мужском паспортном поле. Анамнез болезни описан следующим образом: «При рождении у ребенка выявлено двойственное строение наружных гениталий: промежностная форма гипоспадии, расщепленная мошонка, правая гонада на выходе из пахового канала имела объем 1 см^3, плотно-эластическую консистенцию, левая гонада достоверно не пальпировалась.

> «...»
>
> ***Проблема формирования пола всегда является сугубо индивидуальной, при этом хирургическая коррекция является очень важной ее частью***

Пациенту было выполнено кариотипирование: 46, XY,SRY+. В возрасте 4 месяцев ребенку была выполнена операция по ревизии левого пахового канала: здесь были обнаружены и удалены streak-гонада и дериваты Мюллеровых протоков, выполнена орхипексия справа. Затем в 2007 г. ребенку была выполнена мобилизация проксимальных отделов кавернозных тел, имплантация головки полового члена на верхушку кавернозных тел с сохранением сосудисто-нервного пучка и выпрямлением полового члена». «В процессе выполнения описанных операций задача хирурга состояла в том, чтобы максимально удлинить кавернозные тела и адекватно провести маскулинизирующую коррекцию. В результате головка полового члена была полностью мобилизована и перенесена на верхушку кавернозных тел. Когда пациент попал непосредственно в нашу клинику, ему было 17 лет. Было очевидно, что у него в мошонке расположена гонада, однако за эти 17 лет молодой человек не имел мужского типа мочеиспускания. У пациента отмечались очевидные эрекции, что было достаточно важным фактором для принятия решений по нашей дальнейшей тактике ведения этого пациента», – пояснил Сергей Павлович. Далее он сообщил, что пациенту была выполнена уретроцистоскопия, после чего в протоколе исследования было отмечено следующее: «Наружные половые органы пациента сформированы по интерсексуальному типу. Мошонка не сформирована, расщеплена, половой член клиторообразный, наружное отверстие уретры расположено в промежности. В мочевой пузырь свободно введен детский смотровой цистоскоп №9,5 с 30-градусной оптикой, емкость мочевого пузыря обычная. Слизистая оболочка мочевого пузыря чистая, бледно-розовая. Устье мочеточника справа расположено типично, выброс активный, смыкается полностью. Устье мочеточника слева расположено типично, выброс активный, смыкается полностью. Семенной бугорок сформирован на межмочеточниковом валике за шейкой мочевого пузыря. Задняя уретра расширена, выполнена резекция суженной части простатической уретры в качестве подготовки к следующему этапу маскулинизирующей пластики. Пациенту выполнена синусоскопия, протяженность урогенитального синуса составляет около 5–7 см, направление расположения хода синуса левее срединной линии».

«При выполнении синусоскопии мы обнаружили нечто подобное шейке мочевого пузыря, – сообщил докладчик. – Стоит отметить, что, осуществляя оперативное лечение таких пациентов и говоря о маскулинизации, определенный ряд авторов считают, что в подобных ситуациях всегда необходимо выполнять иссечение урогенитального синуса. При этом он может быть использован как пластический материал для дальнейшего формирования уретры. Другие авторы считают, что можно не трогать эту зону и проводить маскулинизирующую пластику с сохранением урогенитального синуса. В данном наблюдении мы приняли решение сохранить урогенитальный синус и выполнили частичную резекцию места впадения урогенитального синуса в уретру, чтобы в дальнейшем не было проблем со стенозом».

Сергей Павлович также сказал о том, что у пациента были проведены и дополнительные исследования, во время которых, обнаружив на цистоскопии нечто подобное шейке матки, урологи выполнили магнитно-резонансную томографию органов малого таза. По ее результатам было обнаружено, что яичко с правой стороны расположено в мошонке, однако в полости малого таза хирурги обнаружили гипоплазированную матку размером примерно около 36 мм с шейкой и влагалищем. «Затем мы получили данные УЗИ органов мошонки и паховых каналов малого таза и продолжили наблюдать за ними в динамике. При этом на фоне применения гормональной терапии был отмечен достаточно хороший ответ тестикулярной ткани – произошло увеличение размеров яичка, – прокомментировал ситуацию профессор С.П. Яцык. – Кроме того, на УЗИ было подтверждено нахождение матки в малом тазу».

Поскольку в таких случаях формирование пола очень дискутабельно, докладчик сообщил, что они с коллегами и врачами смежных специальностей (в частности, с эндокринологом) провели немало споров по этому поводу. К тому же врачам необходимо было учесть, что 17-летний человек ощущал себя и был воспитан как юноша.

«В результате мы все же решили провести дальнейший этап маскулинизирующей пластики с формированием меатуса на головке полового члена. Через 4 месяца после хирургического вмешательства, когда молодой человек пришел на консультацию, у него появилось мочеиспускание по мужскому типу, – резюмировал профессор С.П. Яцык. – В данный момент пока невозможно говорить о фертильности этого пациента, у него отсутствуют поллюции, хотя эрекция наблюдается. И сегодня очень важна дальнейшая социализация пациента с учетом дальнейшего формирования его наружных половых органов. Если же говорить в целом, то проблема формирования пола всегда является сугубо индивидуальной, при этом хирургическая коррекция является очень важной ее частью».

Рецидивирующий цистит: как победить?

В процессе работы XVII Конгресса «Мужское здоровье», прошедшего 27–29 апреля в Сочи, урологи приняли участие в симпозиуме по поводу лечения пациентов с инфекциями нижних мочевыводящих путей и профилактики этих заболеваний. Одной из актуальных тем симпозиума стала проблема лечения пациентов с рецидивирующим циститом, о которой доложила к.м.н., доцент кафедры урологии Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента Российской Федерации, нейроуролог Научного центра неврологии Клинического медицинского центра МГМСУ им. А.И. Евдокимова **Екатерина Сергеевна Коршунова.**

Она напомнила о том, что в 1945 г. за создание пенициллина Александр Флеминг был удостоен Нобелевской премии, на вручении которой он сказал: «Возможно, наступит время, когда пенициллин можно будет купить в магазине и появится опасность, что невежественный человек примет недостаточную дозу и подвергнет собственные микроорганизмы экспозиции сублетальных концентраций препарата. Это может сделать микробы устойчивыми». Докладчик подчеркнула, что сегодня медицинское сообщество вынуждено исправлять ситуацию, которая возникла в результате бесконтрольного применения антибиотиков, ведь в соответствии со статистикой, представленной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), 26% всех причин летальных исходов в мире составляют инфекционные осложнения. «При этом ВОЗ ставит перед нами 5 задач, которые помогут справиться с проблемой растущей антибиотикорезистентности, – сообщила доктор Е.С. Коршунова. – Необходимо повысить информированность по поводу устойчивости к противомикробным препаратам, усилить эпиднадзор и проводить научные исследования, сократить число случаев заражения, оптимизировать использование противомикробных препаратов, обеспечить инвестиции на цели противодействия устойчивости к этим препаратам. И многое здесь зависит конкретно от каждого врача, назначающего антибактериальную терапию своим пациентам».

Докладчик напомнила, что еще в 2011 г. в исследовании ДАРМИС была показана необходимость аккуратного использования фторхинолонов, а спустя 7 лет в том же исследовании относительно чувствительности изолятов *Escherichia coli,* выделенных у взрослых пациентов с внебольничными инфекциями мочевыводящих путей, была отмечена частота продукции β-лактамаз расширенного спектра действия на уровне 26,8%. В результате фторхинолоны стали использоваться исключительно для терапии пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями паренхиматозных органов. Поэтому сегодня каждому врачу следует обращаться к соответствующим Клиническим рекомендациям при обдумывании своих назначений антибактериальных препаратов.

«Если говорить о возможностях сокращения случаев инфицирования наших пациентов, то в первую очередь следует вспомнить о профилактике рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей, включающих выявление и устранение факторов риска, применение методов неантимикробной и антимикробной их профилактики. Рекомендуется также изменение образа жизни, что предполагает строгое соблюдение гигиенических приемов, употребление большого количества жидкости, правильный суточный режим мочеиспусканий, принудительное мочеиспускание после полового акта, – сказала доктор Е.С. Коршунова. – При этом к неантимикробной профилактике относятся гормональные препараты, пробиотики, иммунопрофилактика, проантоцианидины, Д-манноза, растительные препараты, эндовезикальные инстилляции, бактериофаги».

Далее докладчик представила коллегам БАД Цистениум II, имеющий в своем составе сразу 3 активных компонента, действующих на одну и ту же «мишень» с разных сторон, что повышает эффективность защиты. Это D-манноза (которая блокирует прикрепление бактерий к стенкам мочевого пузыря), проантоцианидины клюквы (защищающие стенки мочевого пузыря от инфекции) и витамин С (подавляющий жизнедеятельность бактерий, создавая кислую среду). В результате применения Цистениум II повышает эффективность антибактериальной терапии, снижает вероятность развития рецидивов, при этом его можно использовать при бессимптомной бактериурии без рисков побочных эффектов.

«Урологи хорошо знают, что витамин С используется в клинической практике с целью подкисления мочи. Но кроме этого данное вещество является антиоксидантом, иммуномодулятором, способствует регенерации и ангиопротекции. Витамин С обладает эффектом инактивации: дифференцировки клеток Т-хелперов 17, путей дифференцировки клеток Т-хелперов 1 и 2, создает пути передачи сигналов рецептора В-клеток и пути передачи сигнала Toll-подобного рецептора, – отметила докладчик. – То есть витамин С начинает действовать еще на первом этапе создания специфического иммунитета. Проантоцианидины клюквы также используются для подкисления мочи и являются веществами, которые не синтезируются в организме человека. При этом существуют 2 теории, рассматривающие возможности проантоцианидинов: по одной из них эти вещества нарушают синтез фимбрий, по другой – они ингибируют активность Р-фимбрий уропатогенных штаммов. В результате этого вирулентные микроорганизмы теряют способность к адгезии на поверхности уротелия. D-манноза – это простой сахар, обнаруженный во многих растениях, в т.ч. в ясене манновом, сок которого быстро застывает на воздухе, образуя мелкие крупицы. D-манноза частично синтезируется в человеческом организме, однако слишком в малых количествах. Но при насыщении мочи D-маннозой микроорганизм связывается с ней и легко элиминируется из организма».

Также доктор Е.С. Коршунова напомнила о том, что мутная моча в анализе пациента не является поводом для назначения ему антибактериальной терапии, поэтому таким больным необходимо чаще назначать неантимикробные препараты. «Существует несколько вариантов применения Цистениума II. При остром цистите или осложненной инфекции мочевыводящих путей назначают по 1 таблетке 2 раза в сутки, для профилактики цистита – по 1 таблетке на ночь (длительность курса – минимум 14 дней). Препарат можно назначать беременным женщинам и детям старше 7 лет. При совместном применении с Цистениумом II возрастает эффективность антибактериальной терапии, препарат не вызывает резистентности бактерий, поэтому его можно применять регулярно. Он не содержит ГМО, красителей, консервантов, ароматизаторов и подсластителей и не создает дополнительной сахарной нагрузки у пациентов с сахарным диабетом и беременных», – резюмировала докладчик.

Нервосберегающая радикальная простатэктомия: ожидания и реальность

В работе Московской онкоурологической школы, которая прошла 16 апреля в режиме *on-line*, актуальной информацией и своим клиническим опытом поделились с коллегами 17 экспертов из 9 стран мира. В рамках этого мероприятия заведующий онкоурологическим отделением ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого, д.м.н., профессор кафедры урологии МГМСУ **Константин Борисович Колонтарев** рассказал о том, что следует ожидать врачу и пациенту от нервосберегающей робот-ассистирующей радикальной простатэктомии (РПЭ).

История развития РПЭ

Докладчик напомнил о том, что возрастание заболеваемости раком предстательной железы (РПЖ) в мире и России продолжается, и по аналитическим выкладкам ожидаемый прирост смертности от этого заболевания к 2040 г. составит около 30%.

Затем профессор К.Б. Колонтарев обратился к историческим данным развития РПЭ, становления этого способа лечения больных РПЖ, начиная с 1905 г., когда этот метод впервые был описан, хотя в то время данная операция отнюдь не была панацеей решения проблемы РПЖ и часто приводила к инвалидизации и смерти пациентов. Ситуация изменилась, когда в 1948 г. был предложен позадилонный доступ при выполнении РПЭ. А переломный момент в ее истории произошел в 1975 г.: в это время специалисты познакомились со способом лигирования дорзального венозного комплекса. С этого времени РПЭ стала приносить те результаты, которые можно наблюдать сегодня, и в первую очередь – это помощь и спасение пациента с сохранением его основных функций.

Докладчик отметил, что в 2020 г. авторы некоторых клинических исследований пришли к выводу о необходимости расширения показаний к выполнению РПЭ, поскольку эта техника применяется не только у пациентов с локализованным РПЖ, но и в качестве первого этапа лечения мультимодального пациента с этим заболеванием высокого риска и наличием метастазов.

Робот-ассистированная РПЭ: новые возможности

«Если говорить о робот-ассистированной РПЭ, которая внезапно ворвалась в нашу практику, то сегодня эта техника становится все более востребованной и выполняется повсеместно, – отметил докладчик. – РПЭ выполняется при помощи системы Да Винчи, а наиболее популярной моделью робота считается Да Винчи XI. В нашей стране есть 2 такие системы и обе они установлены в ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого, где мы оперируем пациентов, в т.ч. в рамках высокотехнологичной медицинской помощи. Разумеется, компании по производству хирургических роботов продвигаются вперед, и на сегодняшний день наиболее инновационной разработкой является новая модель Да Винчи SP (Single Port): в некоторых странах (в частности, в США) уже представлена эта система и на ней проводится работа».

Далее профессор К.Б. Колонтарев продемонстрировал возможности работы системы Да Винчи SP, которая позволяет выполнять РПЭ с сохранением сосудисто-нервных пучков и парауретральных тканей, что дает возможность сохранить различные функции у пациента. «Это и есть та самая ожидаемая реальность и врача, и пациента, – сказал он. – Но если обратиться к фактам, то ожидания пациентов чаще всего бывают завышенными. Сегодня нашим больным доступно очень большое количество информации, и, как правило, они получают ее из интернета. Однако, не разбираясь в деталях, пациенты приходят к специалисту с одинаково высокими ожиданиями, не осознавая того, что у каждого из них разные болезни и ситуации. Нам в свою очередь приходится давать им объяснения при помощи морфологов, которые сообщают, что, возможно, к данному больному потребуется совсем иной подход, чем он предполагал».

Чем же обусловлены реально лучшие результаты робот-ассистированной хирургии? Докладчик отметил следующее: «Конечно, опыт и знания, полученные специалистами в ходе работы, которые они передают молодым хирургам. В частности, нашей клиникой издано несколько практических пособий, в которых подробно описаны возможности робот-ассистированной хирургии, приведен разбор различных клинических наблюдений. Конечно, в них мы не забываем о «новой» хирургической анатомии, которая предполагает переходы от открытой РПЭ к лапароскопической, а затем – к робот-ассистированной хирургии, ведь недаром несколько лет назад в связи с этим был предложен термин «роботическая анатомия», включающий в себя и лучшую визуализацию, и многие другие факторы, предоставляемые роботической системой». Кроме того, докладчик подчеркнул, что сохранение наружного сфинктера и сосудисто-нервных пучков при выполнении робот-ассистированного вмешательства позволяет превратить ожидания в реальность и получить пациенту и врачу тот функциональный результат, которого они желают.

Говоря об анатомических ориентирах, профессор К.Б. Колонтарев пояснил: «Анатомия у робот-ассистированной хирургии и у открытого вмешательства, действительно, различается, а у начинающего работать на новой системе хирурга всегда возникают реальные сложности с визуализацией. При этом многие вещи предлагаются роботической системой для облегчения начала работы и поиска неких скрытых ориентиров (часто с иммунофлуоресценцией) для определения точек применения и выполнения более успешной, качественной и безопасной операции. Также применяется интраоперационный ультразвук, который демонстрирует ультразвуковую картинку непосредственно в окуляр робот-ассистированной системы. Здесь же бывает представлена оптическая биопсия с визуализацией сосудисто-нервных ганглиев, которая может выполняться интраоперационно для определения границы и более полноценного сохранения сосудисто-нервных пучков».

> «...»
>
> ***Сохранение наружного сфинктера и сосудисто-нервных пучков при выполнении робот-ассистированного вмешательства позволяет превратить ожидания в реальность и получить пациенту и врачу тот функциональный результат, которого они желают***

Возможность сохранения сосудисто-нервных пучков докладчик назвал «новой вехой» в робот-ассистированной хирургии: она была предложена в 2012 г. группой авторов во главе с профессором В.Р. Пателем из Флориды (США). Эти специалисты впервые описали анатомический сосудистый ориентир, позволяющий четко определить правильное сохранение сосудисто-нервных пучков. «Мы – не морфологи, – сказал профессор К.Б. Колонтарев. – Поэтому нам довольно сложно во время выполнения операции увидеть ту границу, которая необходима для сохранения не так хорошо видимой структуры. А доктор Патель как раз и предложил тот самый «ladmar atery» (знаковый ориентир) – артерию, позволяющую оценить процесс и эффективность выполнения операции на этапе сохранения сосудисто-нервных пучков».

Константин Борисович напомнил о том, что еще в 2003 г. известный ученый и роботический хирург Мэни Менон предложил применить технику «вуаль Афродиты» для полного сохранения сосудисто-нервных пучков. «Сегодня эта техника незаслуженно забыта, однако это не совсем справедливо, поскольку в ней был рассмотрен исключительно аспект сохранения эректильной функции, а функция удержания мочи при этом исследована не была. Мы с коллегами применяем данную технику в своей клинической практике, и данные, которые мы опубликуем в ближайшее время, покажут, что использование модифицированной техники «вуаль Афродиты» способно принести выраженную эффективность как в аспекте сохранения эректильной функции, так и в аспекте удержания мочи у пациентов. А это и есть та самая реальность, которую и мы, и наши пациенты желаем иметь», – сообщил он.

Ожидания и реальность-2021

Докладчик подчеркнул, что сегодня в подавляющем большинстве случаев робот-ассистированная РПЭ выполняется в Европе и США, при этом большое число сложных и разных пациентов приходят в российские клиники с ожиданиями, которые отечественные хирурги не всегда могут дать. «Конечно, мы должны и хотим стремиться к тому, чтобы эффективность выполненной операции была одинаковой у всех наших пациентов. Но порой этого

достичь очень сложно, ведь к нам все чаще приходят сложные больные и все реже – с нормальным индексом массы тела, объемом предстательной железы и другими параметрами, важными для исхода операции, – сказал он. – Поэтому возможность сохранения у пациентов высокого риска сосудисто-нервных пучков в полном объеме не всегда имеется. Мы с коллегами провели исследование (о котором доложили на съезде Американской ассоциации урологов) по поводу результатов выполнения робот-ассистированной РПЭ у пациентов высокого риска и сделали вывод о том, что в большинстве этих случаев ожидания пациента можно оправдать. В частности, к нам довольно часто обращаются пациенты с повышенным индексом массы тела, которых сложнее оперировать по следующим причинам: присутствует экстремально малое операционное поле, необходимо тщательно подходить к выбору «правильных» инструментов и XL-троакаров, а также тех этапов операции, на которые хирург обычно обращает меньшее внимание у пациентов с нормальной массой тела. Но проблемой, которая может помешать сохранению у пациента функции удержания мочи, поскольку имеет место склерозирование тканей, возникают трудности в определении границ шейки мочевого пузыря и другие особенности. Тем не менее, выполнив различные манипуляции, необходимые именно для пациентов данной группы, у них можно сохранить эту функцию, – подчеркнул докладчик. – При наличии брахитерапии в анамнезе пациента возможно отсутствие дифференцировки тканей, выраженный постлучевой фиброз, операция занимает больше времени, а ее функциональные результаты оцениваются хуже. Однако и такие пациенты тоже хотят иметь высокое качество жизни после операции. Конечно, у них присутствуют некоторые особенности, которые не позволяют обеспечить полный ожидаемый результат, но при наличии надлежащего опыта возможно не только избавление этих больных от РПЖ, но и сохранение у них функции удержания мочи. Приходят к нам и пациенты с очень большими размерами предстательной железы: в этом случае

«...»

Сегодня робот-ассистированная РПЭ во многих странах является «золотым стандартом», ведь уже доказаны ее эффективность и безопасность

ведь эти пациенты (так же как и все остальные) хотят сохранить функцию удержания мочи и эрекцию. При этом наши западные коллеги говорят о том, что такая операция выполнима в руках опытного хирурга даже у пациента с экстремальной массой тела».

Далее докладчик сообщил, что в 2014 г. российские специалисты рассказали о собственных результатах выполнения оперативного вмешательства у пациентов с повышенной массой тела: «Мы оценили и сравнили функциональные результаты после выполненного вмешательства у данной группы пациентов с результатами у пациентов с нормальной массой тела и увидели, что они являются схожими. Поэтому мы, как и весь мир, стремимся к тому, чтобы наши ожидания переросли в реальность и чтобы мы могли помогать всем пациентам, независимо от имеющихся у них сопутствующих заболеваний».

Еще одной сложной анатомической особенностью, по словам профессора К.Б. Колонтарева, является анатомически узкий таз пациента: в этом случае необходимо контролировать равномерно-суженную установку портов при использовании робота, область «третьей руки» является резко ограниченной, возникает инструментальный конфликт и необходимость удаления третьего инструмента после формирования шейки мочевого пузыря, возникает риск контактных кровотечений. Но и с такой ситуацией при наличии опыта возможно справиться.

«Наличие у больного в анамнезе перенесенной трансуретральной резекции простаты является довольно серьезной существует ограниченная визуализация и маневренность, смещение сосудисто-нервных пучков, сглаженность операционного поля, смещение семенных пузырьков. Но применение зажима «кобра» позволяет оправдать ожидания и таких пациентов. При оперировании больных со средней долей у хирурга возникают трудности в выборе слоя диссекции, контроля устьев мочеточников, широком применении «третьей руки»: решить подобные проблемы позволяет использование зажима «кобра» и применение фиксирующего шва».

Резюмируя сказанное, Константин Борисович отметил, что сегодня робот-ассистированная РПЭ во многих странах является «золотым стандартом», ведь уже доказаны ее эффективность и безопасность. При этом особый фокус внимания хирурга смещен именно на функциональный результат, отсутствие и недостаточность которого расценивается как функцинальное осложнение у пациента. «Сложные больные ожидают тех же самых результатов, что и обычные пациенты. Поэтому показания к РПЭ расширяются, ведь это вмешательство востребовано и специалистами, и пациентами. И совсем не на последнем месте стоит диалог с морфологом, который обязательно ведется на этапах выполнения и оценки результатов биопсии у больных РПЖ и на этапе прогнозирования и планирования дальнейшего возможного лечения в случае варианта мультимодального лечения при помощи робот-ассистированной РПЭ», – подчеркнул он.

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 № 3073-р от 23.11.2020 «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2021 год». **2.** Инструкция по медицинскому применению препарата Профлосин® от 19.03.2020. **3.** Akin Y. et al. //International Urology and Nephrology, 2013 Vol. 45, Issue 1, pp 45-51. **4.** Государственный реестр предельных отпускных цен производителей на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов (по состоянию на 18.11.2020) (Электронный ресурс) – URL: http://grls.rosminzdrav.ru/pricelims.aspx (дата обращения 19.11.2020).

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

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ СОДЕРЖИТСЯ В ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ПРОФЛОСИН® ОТ 19.03.2020.

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-08-2020_V1_print. Дата утверждения материала: 17.12.2020

РЕКЛАМА

Хронический первичный пиелонефрит. Новый подход к пониманию патогенеза и лечению

М.Д. Кузьмин
Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН – обособленное структурное подразделение ОФИЦ УрО РАН, Оренбург
Лаборатория по изучению механизмов формирования микробных биоценозов; ГАУЗ «ООКБ», Оренбург

Целью данной работы было выявление механизма развития хронического первичного пиелонефрита и улучшение результатов лечения. Были обследованы 92 пациента с диагнозом хронический пиелонефрит. Проводили обследование всех органов урогенитального и желудочно-кишечного (ЖКТ) трактов, а также хронических очагов инфекции. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от органических и функциональных расстройств уродинамики и нарушений функционирования ЖКТ. Из дальнейшей работы пациенты с вторичным хроническим пиелонефритом были исключены. Была разработана схема лечения хронического первичного пиелонефрита с учетом дисбиотических нарушений кишечной микрофлоры. Для ускорения элиминации микроорганизмов из мочевыводящих путей и снижения персистентного потенциала использовали отечественный растительный препарат Фитофрон по 2 таблетки 3 раза в сутки в течение 3 месяцев. Больные наблюдались в течение 1 года. В результате исследования у 55 (59,7%) пациентов были выявлены органические и функциональные расстройства уродинамики. Вторую группу составили пациенты (37,5%), у которых нарушения уродинамики выявлены не были, но были проблемы со стороны ЖКТ. Пациенты первой группы имели более яркую клиническую картину по сравнению с пациентами второй группы. В анализах мочи были обнаружены микроорганизмы группы энтеробактерий (кишечная палочка, клебсиелла, протей). Таким образом, наиболее вероятно, что инфицирование почек при первичном пиелонефрите происходит лимфогематогенным путем при дисбиозе, особенно при повышении внутрикишечного давления (транслокация). Коррекция дисбиотических нарушений кишечной микрофлоры позволяет надеяться на значительный прогресс в терапии данного заболевания. Применение растительных препаратов (Фитофрон) дает возможность снизить персистентный потенциал микроорганизмов, что ускорит элиминацию последних из мочевыводящих путей.

М.Д. Кузьмин, д.м.н., ведущий научный сотрудник Института клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН, врач-уролог высшей квалификационной категории, консультант ГАУЗ «ООКБ», заслуженный врач РФ и республики Мордовия

Хронический первичный пиелонефрит довольно распространенное заболевание, но только у 15–30% больных устанавливается прижизненный диагноз [1]. Болезнь характеризуется бедностью клинических симптомов и часто годами протекает в скрытой форме. Ее обнаруживают случайно, когда выявляются те или иные осложнения вследствие длительного латентного течения. Больные на этом фоне нередко поступают в лечебные учреждения с признаками почечной недостаточности и артериальной нефрогенной гипертензией. Это связано с поражением интерстициальной ткани почек с исходом в нефросклероз [2]. В силу этого весьма большое значение приобретает своевременное выявление и лечение хронического пиелонефрита в скрытой фазе. Пиелонефрит может быть вызван любыми эндогенными или экзогенными микроорганизмами, проникающими в почку. В 90% случаев причиной болезни являются грамотрицательные микроорганизмы, из них в 50% – *Escherichia coli*. Инфекционные агенты могут попасть в почку тремя путями: гематогенным, восходящим уриногенным, восходящим по субэпителиальным пространствам стенки мочеточника [1].

При хроническом первичном пиелонефрите более реалистичным выглядит лимфогематогенный перенос микроорганизмов из мест их постоянной дислокации в почки с последующим инфицированием почечной паренхимы и проникновением в мочу. О принципиальной возможности инфицирования из пищеварительного тракта через лимфокровеносную систему организма почки свидетельствует обширный фактический материал по транслокации микроорганизмов из кишечника [3–5]. Это показано в работах В.А. Гриценко [6, 7] и Г.И. Подопригора [8], которые свидетельствуют о том, что данный процесс сопряжен с дисбиозом. Микробиота желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) представляет собой сложную экосистему, участвующую в многочисленных нутритивных, физиологических и иммунологических функциях [9].

Главным источником возбудителей выступает не очаг соответствующей инфекции, а кишечный микробиоценоз, способный аккумулировать в себе различную уропатогенную флору, а затем экспортировать ее в органы мочевыделительной системы. Инфицирование почек и уротракта очевидно может многократно повторяться, периодически инициируя эпизоды инфекции мочевыделительной системы или проявляясь рецидивами бактериурии без клинической симптоматики, что в конечном счете зависит от уропатогенного потенциала микрофлоры и состояния макроорганизма [10–13]. Сегодня стоит вопрос об улучшении результатов диагностики и лечения хронического первичного пиелонефрита в скрытой фазе.

Были обследованы 92 пациента с диагнозом хронический пиелонефрит. В данной работе учитывали результаты обследования всех органов урогенитального тракта и ЖКТ и выявленных хронических очагов инфекции. Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от функциональных и органических расстройств уродинамики и нарушения функционирования ЖКТ. Первую группу составили 55 (59,7%) пациентов, у которых были выявлены функциональные и органические расстройства уродинамики, вторую группу – 37 (40,2%) пациентов, у которых нарушений уродинамики не было, но были проблемы со стороны ЖКТ. Пациенты отмечали различные симптомы колита (кратковременные или длительные запоры, а нередко чередование поносов и запоров, боли распирающего, схваткообразного характера, нередко возникающие до стула, метеоризм, боль в прямой кишке, в заднем проходе и т.д.). Клинически эти группы отличались друг от друга. Пациенты первой группы имели более яркую клиническую картину по сравнению с пациентами второй группы. В то же время в большинстве случаев пациенты второй группы отмечали расстройства со стороны ЖКТ. Из исследования были исключены больные вторичным пиелонефритом.

С учетом патологических изменений ЖКТ, обнаружения в анализах мочи пациентов второй группы энтеробактерий, в т.ч. кишечной палочки, клебсиеллы, протея и представителей других видов семейства энтеробактерий мы не могли исключить инфицирования почек лимфогемотогенным путем из кишечника, что подтверждается рядом авторов [11, 12, 14]. Попавшие в мочу бактерии могут колонизировать уроэпителий, но из-за сложившегося баланса в системе (уропатоген-хозяин) они не способны вызвать в почках «полноценный инфекционно-воспалительный процесс», который в этом случае принимает латентный характер, что приводит к развитию хронического пиелонефрита. Транслокация микроорганизмов происходит из кишечника при дисбиотических нарушениях, которые могут быть спрово-

«...»

Применение растительных препаратов (Фитофрон) даст возможность снижать персистентный потенциал микроорганизмов, что ускорит элиминацию последних из мочевыводящих путей

цированы бесконтрольным применением антибактериальных средств, химиотерапией, экзотоксинами и другими факторами, а также при повышении внутрикишечного давления, что бывает при ряде заболеваний ЖКТ. При обнаружении бактериурии у относительно здоровых людей (без признаков инфекции мочевыводящих путей) следует проявлять определенную настороженность. Иногда бактериурия (независимо от ее степени) является одним из немногих сигналов латентно текущего инфекционно-воспалительного процесса в органах мочевыделительной системы. В исследованиях В.А. Гриценко [7] показано, что такая бактериурия, как правило, выявляется не в виде случайного эпизода, а систематически, т.е. относится к рецивирующему или персистирующему типу течения и характерна для больных хроническим пиелонефритом, в частности при неполной клинико-лабораторной ремиссии. Подобные состояния могут проявляться периодическими эпизодами бактериурии без клинической симптоматики, часть микроорганизмов погибает, столкнувшись с гуморальными и клеточными факторами противоинфекционной резистентности (в частности, с системой комплемента, лизоцима и фагоцитами и т.д.). Продолжительность преморбидного этапа у больных хроническим рецидивирующим пиелонефритом может длиться годами, соответствуя периоду ремиссии заболевания.

Рядом авторов показана диагностическая ценность определения у уроизолятов отдельных персистентных характеристик, в частности антилизоцимного, антиинтерцидного и антикомплементарного признаков [15]. В силу этого весьма большое значение приобретают своевременное выявление и лечение хронического пиелонефрита в скрытой фазе. Сегодня схемы и методы лечения этой болезни абсолютно неудовлетворительны по эффективности и это несмотря на то, что к настоящему времени накоплен огромный арсенал антибактериальных препаратов. Практиковавшиеся ранее длительные профилактические курсы приема антибактериальных средств из-за их низкой эффективности и возможной селекции полиантибиотикорезистентных микроорганизмов находят больше противников, чем сторонников [16]. При этом предпочтение следует отдавать препаратам и средствам, обладающим эффектом подавления персистентных свойств возбудителей, поскольку это вносит существенный вклад в формирование уропатогенного потенциала микроорганизмов [17].

В данном исследовании была разработана схема лечения больных хроническим пиелонефритом с учетом нарушения функции ЖКТ. Антибактериальную терапию назначали только после определения чувствительности к антибиотикам. Одновременно проводили коррекцию дисбиотических нарушений кишечной микрофлоры и уменьшение внутрикишечного давления. Для ускорения элиминации микроорганизмов из мочевыводящих путей и снижения персистентного потенциала использовали отечественный растительный препарат Фитофрон по 2 таблетки 3 раза в сутки в течение трех месяцев.

Больные наблюдались в течение одного года. Все больные отмечали улучшение. Жалоб со стороны мочеполовой системы не предъявляли, у 5 больных, которые не принимали полный курс Фитофрона, сохранялась бессимптомная бактериурия (*E. coli*).

Таким образом, наиболее вероятно, что инфицирование почек при первичном хроническом пиелонефрите происходит лимфогенно-гемотогенным путем при дисбактериозе, особенно при повышении внутрикишечного давления (наступает транслокация). Лечение больных хроническим пиелонефритом должно быть комплексным, направленным на устранение причин и механизмов его развития. А коррекция дисбиотических нарушений кишечника позволяет надеяться на значительный прогресс в терапии больных данным заболеванием. Применение растительных препаратов (Фитофрон) даст возможность снижать персистентный потенциал микроорганизмов, что ускорит элиминацию последних из мочевыводящих путей. Подобные препараты можно использовать для профилактики и метафилактики хронического пиелонефрита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Урология. Под ред. Ю.Г. Аляева. М., 2005, 294 с.
2. Урология: учебник. Под ред. Д.Ю. Пушкаря, 2-е изд. перераб. и доп. М., 2017. 143 с.
3. Алмагамбетов К.Х., Горская Е.М., Бондаренко В.М. Транслокация кишечной микрофлоры и ее механизмы. Журн. Микробиологии. 1991;7:74–9.
4. Горская Е.М. Механизмы развития микробиологических нарушений в кишечнике и новые подходы к их коррекции. Дисс. докт. мед .наук. М., 1994.
5. Berg R.D. Bacterial translocation from gastrointestinal tract. Медицинские аспекты микробной экологии. М., 1993/1994. Вып. 7/8. С. 53–69.
6. Гриценко В.А., Брудастов Ю.А., Журлов О.С., Чертков К.Л. Свойство эшерихий, выделенных из организма мышей при бактериальной транслокации после иммобилизационного стресса. Журн. микробиологии. 2000;1:37–41.
7. Гриценко В.А., Брудастов Ю.А., Шухман М.Г. и др. Характеристика энтеробактерий, выделенных от больных с урогенитальной патологией. ЖМЭИ, 2001;4:107–11.
8. Подопригора Г.И. Медицинская гнотобиология. М., 2003. 272 с.
9. Ruhe Z.C., Low D.A., Hages C.S. Bacterial contect – dependent growth inhibition. Trends Microbiol. 2013;25(5):230–7.
10. Гриценко В.А., Вялкова А.А., Бухарин О.В. Патогенетическое обоснование клинико-микробиологической классификации бактериурии. Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. 1997;5:43–8.
11. Гриценко В.А., Дерябин Д.Г., Брудастов Ю.А., Бухарин О.В. Механизмы уропатогенности бактерий. Журн. микробиологии. 1998;6:93–7.
12. Бухарин О.В., Гриценко В.А., Вялкова А.А. Факторы уропатогенности бактерий: роль в патогенезе и значение в диагностике пиелонефрита. Нефрология и диализ. 2002;4:469–75.
13. Sobel J.D. Pathogenesis of urinary tract infection. Role of host defenses. Infect. Dis.Clin. North Am. 1997;11(3):531–49.
14. Вялкова А.А., Гриценко В.А. Роль инфекции в развитии соматической патологии у детей. Соматические болезни у детей. Руководство для врачей. Под общей ред. М.С. Игнатовой. М., Оренбург, 2002. С. 40–73.
15. Зыкова Л.С. Факторы персистенции уропатогенов в диагностике, прогнозировании и лечении пиелонефрита у детей. Дисс. докт. мед. наук. Оренбург, 1998.
16. Яковлев С.В. Пиелонефрит в практике врача-терапевта. Университеты практического врача: инфекции в амбулаторной практике. М., 2002. Вып. 1. С. 74–81.
17. Бухарин О.В., Валышев А.В., Гильмутдинова Ф.Г. и др. Экология микроорганизмов человека. Под ред. О.В. Бухарина. Екатеринбург, 2006. С. 389–471.

Фитофрон®

таблетки, покрытые оболочкой, № 60

РУ ЛП-005333

Диуретическое средство растительного происхождения

Применяется:

- в комплексной терапии при лечении хронических инфекций мочевого пузыря (цистита) и почек (пиелонефрита)
- при неинфекционных хронических воспалениях почек (гломерулонефрит, интерстициальный нефрит)
- в качестве средства, препятствующего образованию мочевых камней (также после удаления мочевых камней).

Мочегонное, противовоспалительное, антимикробное и спазмолитическое действие

Разрешен с 6 лет

Высокое качество по стандартам GMP

РЕКЛАМА

Информация для специалистов

Эмболизация почечных артерий

В.К. Карпов [1,3], С.А. Капранов [3], Б М. Шапаров [1,2]

[1]Кафедра урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

[2]МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

[3]ГБУЗ «ГКБ №31 ДЗМ», Москва, Россия

Мы продолжаем работу нашей новой рубрики, посвященной рентгенэндоваскулярным методам диагностики _ и лечения в урологии. Темой сегодняшнего обсуждения будет селективная и суперселективная эмболизация почечных артерий в диагностике и лечении заболеваний почек.

В.К. Карпов, к.м.н., врач-уролог ГКБ №31 ДЗМ, доцент кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им.ени М.В. Ломоносова

С.А. Капранов, д.м.н., врач-рентгенэндоваскулярный хирург ГКБ №31 ДЗМ, профессор НИИ клинической хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Б.М. Шапаров, врач-уролог МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, аспирант кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова

Эмболизация почечных артерий – это минимально инвазивная рентгенэндоваскулярная операция, которая применяется при лечении больных различными урологическими заболеваниями, включая осложненные кровотечением [1, 2]. Последние разработки в области рентгенэндоваскулярных технологий делают эмболизацию одним из эффективных и безопасных методов предоперационной подготовки пациентов с неопластическими заболеваниями почек. Эта операция вызывает все больший интерес из-за способности окклюзировать не только проксимальные, но и дистальные почечные сосуды с низкими рисками осложнений. Основными преимуществами метода являются: возможность выполнения вмешательства сразу во время диагностической ангиографии, быстрый гемостатический эффект, отсутствие необходимости в выполнении разреза и доступа с целью выделения поврежденного сосуда. Более того, для отдельной категории пациентов эмболизация артерий является практически безальтернативным методом лечения. Это касается коморбидных пациентов с опухолями и отягощенным соматическим статусом, у которых анестезиологический риск делает невозможным открытое или лапароскопическое оперативное лечение, а эмболизация может уменьшить симптоматику, улучшить качество жизни таких пациентов и продлить их жизнь.

Эмболизация почечной артерии – это эффективный, минимально инвазивный хирургический метод, который был разработан в 1970-х гг. Необходимо отметить, что эмболизация почечных артерий делится на селективную (эмболизация проксимальных крупных ветвей почечной артерии) и суперселективную (эмболизация мелких дистальных ветвей). Технический прогресс, а именно появление и совершенствование микрокатетеров и эмболизириущих агентов, а также постоянный прогресс визуализирующих возможностей, привел к значительному расширению показаний к эмболизации почечных артерий. На сегодняшний день она может быть выполнена по поводу ангиомиолипом, сосудистых мальформаций, ятрогенных кровотечений, травм почек и осложнений после их трансплантации, для паллиативного лечения больных раком почек, а также как предоперационная подготовка.

Эмболизация почечных артерий при почечно-клеточном раке

Почечно-клеточный рак (ПКР) – наиболее частая злокачественная опухоль почек. Ежегодно в мире выявляют около 210 тыс. новых случаев ПКР, что составляет около 2% в структуре онкологической заболеваемости, причем две трети больных выявляют в развитых странах. В структуре злокачественных новообразований ПКР в России составляет 4,6% у мужчин и 3,2% у женщин. Обычным показанием к эмболизации почечных артерий является предоперационная подготовка больного опухолью почки перед нефрэктомией, резекцией или аблацией. Эмболизацию также можно рассматривать в паллиативных целях для уменьшения объема опухоли и купирования тотальной макрогематурии.

При тотальной макрогематурии эмболизация почечной артерии является наиболее эффективным и безопасным методом достижения стойкого гемостаза. Данный вид лечения позволяет добиться остановки кровотечения в кратчайшие сроки, не требует анестезиологического пособия и зачастую позволяет избежать органоуносящей операции.

Исследования показали, что предоперационная эмболизация позволяет облегчить выполнение резекции почки и снизить интраоперационную кровопотерю. В результате суперселективной эмболизации формируется демаркационная линия на границе между опухолью и нормальной тканью, что облегчает выполнение резекции почки. Данная методика позволяет выполнить резекцию почки без пережатия почечной артерии или сократить длительность тепловой ишемии, а также ведет к снижению интраоперационной кровопотери (рис. 1) [3, 4].

Предоперационная эмболизация почечной артерии позволяет отодвинуть сроки радикальной нефрэктомии у пациентов с выраженными сопутствующими заболеваниями, не влияя при этом на частоту рецидивов, длительность безрецидивного периода и показатели выживаемости больных [5].

Одной из особенностей ПКР является способность роста по просвету венозных сосудов (венозная инвазия) без обязательного прорастания сосудистой стенки. Опухолевые тромбы распространяются по почечной и нижней полой венам, иногда достигая правого предсердия. После эмболизации может наблюдаться ретракция опухолевого тромба, что может повлиять на объем дальнейшего оперативного лечения, а также предотвратить миграцию опухолевых клеток (рис. 2).

Существуют также единичные наблюдения применения суперселективной эмболизации почечных артерий у неоперабельных пациентов с опухолью почки, для которых данный вид лечения является практически безальтернативным вариантом. Возможно выполнение селективной эмболизации почечных артерий у неоперабельных больных с целью профилактики кровотечения [6].

Эмболизация почечных артерий при ангиомиолипоме

Ангиомиолипомы (АМЛ) – это доброкачественные сосудистые опухоли, которые содержат элементы гладких мышц и жиро-

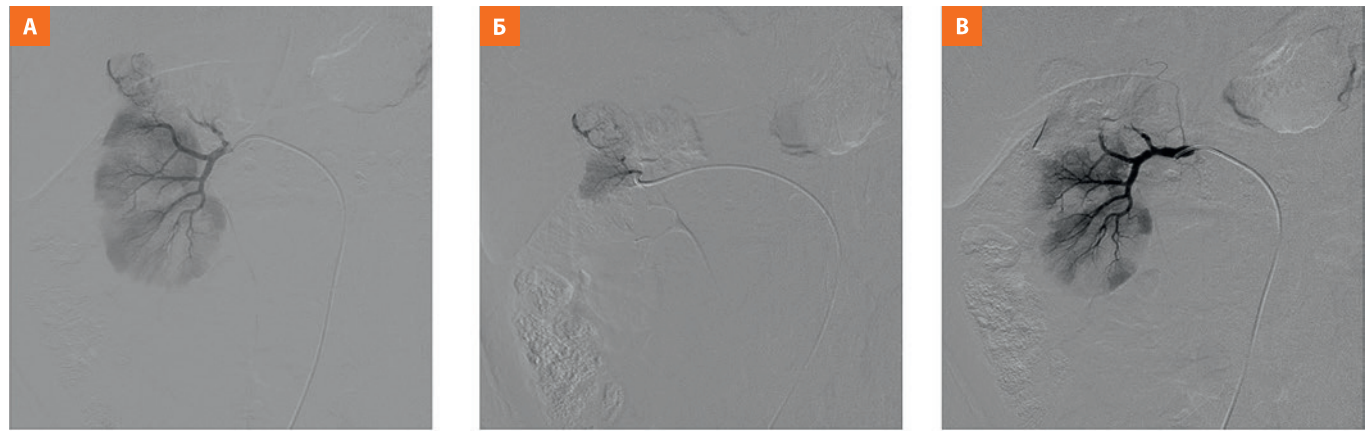

Рис. 1. **Суперселективная эмболизация почечной артерии у пациента с опухолью правой почки перед выполнением робот-ассистированной резекции правой почки**
а) – катетеризация почечной артерии: в верхнем сегменте визуализируется патологическая артериальная сеть опухоли; б) – суперселективная катетеризация опухолевой артерии, эмболизация опухоли; в) – контрольная ангиография – контрастирования опухоли не происходит.

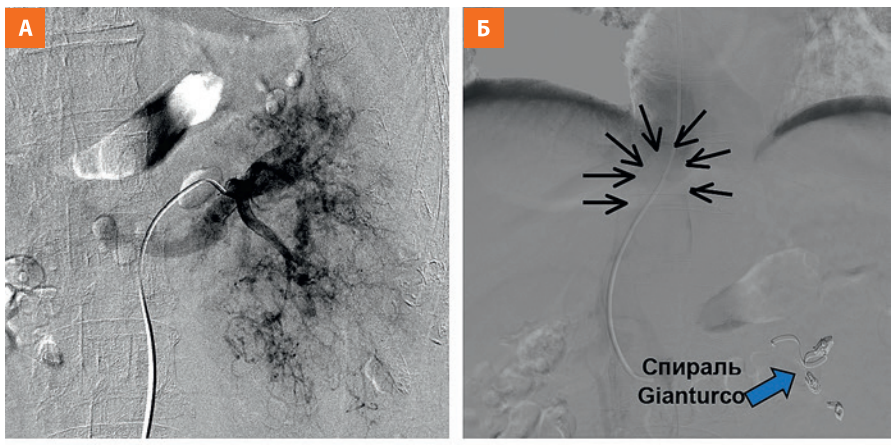

Рис. 2. **Артериография левой почки**
а) – почечная артериография слева у пациента с крупной опухолью левой почки и опухолевым тромбом почечной вены с распространением на нижнюю полую вену
б) – контрольная артериография после эмболизации левой почечной артерии спиралью Gianturco, стрелки указывают на контур крупного опухолевого тромба в нижней полой вене.

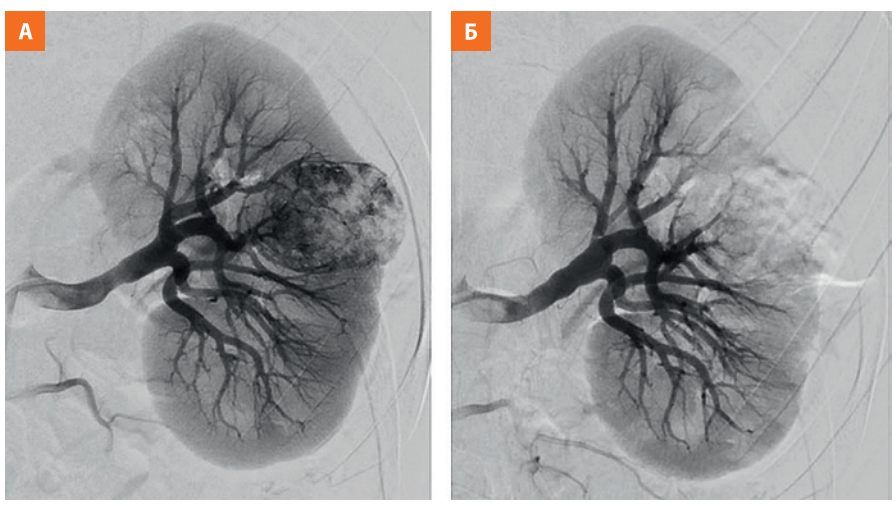

Рис. 3. **Ангиограммы левой почки**
а) – почечная ангиограмма слева; б) – почечная ангиограмма слева после суперселективной эмболизации по поводу крупной ангиомиолипомы.

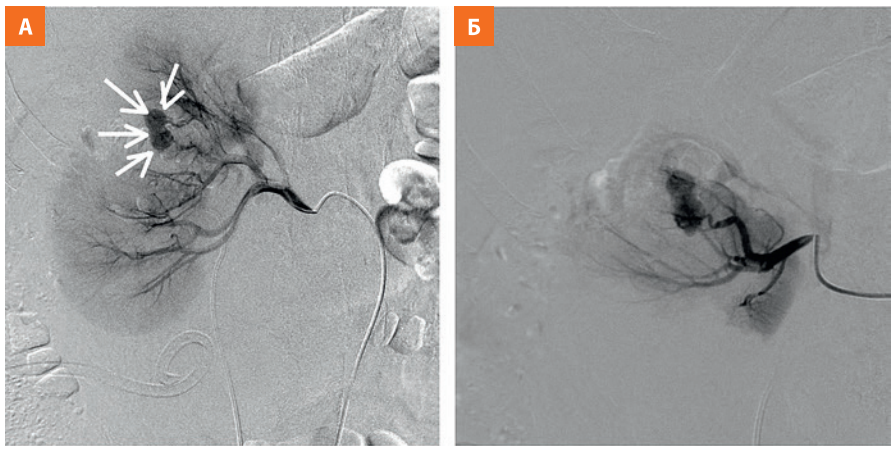

Рис. 4. **Селективная почечная ангиография справа**
а) – стрелки указывают на мешотчатые аневризмы сегментарной ветви правой почечной артерии; б) – суперселективная катетеризация и эмболизация аневризм.

вую ткань. Они могут вызвать гематурию, боль в поясничной области, кровотечение в паранефральную клетчатку. Среди предикторов развития кровотечения при АМЛ: опухоль размером более 4 см, наличие аневризм (более 5 мм), беременность, прием эстроген-содержащих противозачаточных средств, а также туберозный склероз. Эмболизация почечных артерий для лечения пациентов с АМЛ является признанной терапией первой линии. Экстренная эмболизация почечных артерий доказала свою эффективность для остановки активного кровотечения из опухоли. Однако обычно эмболизация при АМЛ выполняется профилактически с целью предотвращения кровотечения в будущем. АМЛ размером более 4 см имеют более высокую предрасположенность к спонтанным кровотечениям (50–60%) и связаны с такими клиническими симптомами, как боль и/или гематурия (80–90%). Поэтому профилактическая эмболизация показана при АМЛ размером более 4 см. После такого лечения пациента с АМЛ, как правило, не происходит потери функции почек [7]. Примеры ангиограмм, демонстрирующих кровоток в почке до и после суперселективной эмболизации, выполненной по поводу ангиомиолипомы, приведены на рис. 3.

Эмболизация почечных артерий при артерио-венозных фистулах и псевдоаневризмах

В последние годы в урологии значительно увеличилось число перкутанных и органосохраняющих операций, таких как нефростомия, перкутанная нефролитотрипсия, резекция почки, а также биопсия по поводу малых опухолей, поэтому увеличилась и частота возникновения ятрогенных артериовенозных фистул (АВФ), которые составляют 75–80% всех почечных артериовенозных мальформаций. Большинство исследователей отмечают крайне высокую эффективность эндоваскулярного гемостаза. Эндоваскулярные вмешательства не наносят значительного ущерба почечной функции даже в случае формирования крупных АВФ. В качестве эмболизирующего агента при артериальных повреждениях обычно используют спирали Gianturco, достигая при этом успеха в 93% случаев при неотложных вмешательствах (рис. 4) [8]. Эффективность суперселективной эмболизации при АВФ и псевдоаневризмах достигает от 71 до 100%, исчезновение симптомов имеет место в 57–88% случаев [9].

Заключение

Эмболизация почечной артерии является современным и безопасным минимально инвазивным хирургическим методом, обладает высокой эффективностью и широким спектром клинического применения. В качестве предоперационной подготовки суперселективная эмболизация почечной артерии позволяет уменьшить интраоперационную кровопотерю, радикально и абластично выполнить резекцию почки, а также сократить время выполнения операции. Благодаря малой инвазивности эмболизация почечной артерии может быть применена в качестве метода купирования макрогематурии. У пациентов группы высокого анестезиологического риска эмболизация почечной артерии может быть применена в качестве монотерапии. Правильная тактика применения данного метода позволяет добиваться значительного клинического эффекта при минимальных осложнениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лопаткин Н.А., Морозов А.В. Эмболизация и окклюзия почечной артерии в клинике. Урология и нефрология. 1982;1:3–5.
2. Рябинский В.С., Степанов В.Н., Перельман В.М. и др. Эмболизация почечной артерии конусообразной металлической спиралью. Урология и нефрология. 1985;(4):9–12.
3. Сорокин Н.И. Суперселективная окклюзия почечных артерий. Дисс. докт. мед. наук. М., 2016.
4. Камалов А.А., Карпов В.К., Капранов С.А. и др. Резекция почки с предварительной суперселективной эмболизацией ветви почечной артерии. XI конгресс Мужское здоровье (сборник трудов). Сочи, 2015. С. 151–2.
5. Суворова Ю.В. Роль рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечении больных раком почек, мочевого пузыря и шейки матки. Дисс. докт. мед. наук. СПб., 2010.
6. Карпов В.К., Камалов Д.М., Шапаров Б.М. и др. Роль суперселективной эмболизации почечных артерий в лечении опухолей почек. Материалы XX конгресса российского общества урологов. 2020. 5 с.
7. Halpenny D., et al. The radiological diagnosis and treatment of renal angiomyolipoma-current status. Clin. Radiol. 2010;2(65):99–108.
8. Gianturco C., Anderson J.H., Wallace S. Mechanical device for arterial occlusion. AJR. 1975; 124:428–35.
9. Nakatani T., et al. Renal allograft arteriovenous fistula and large pseudoaneurysm. // Clin. Transplantat. 2003;1(17):9–12.

Операция Мармара при варикоцеле: возможен ли лапароскопический аналог?

В процессе проведения IX Всероссийской Школы по детской урологии-андрологии, которая состоялась в формате *on-line* 1–2 апреля, детский уролог-андролог, проктолог, д.м.н., врач высшей категории клиники «Медицинский центр Мечников+» (Владивосток) **Юрий Александрович Кравцов** поделился с коллегами собственным мнением и опытом о том, возможен ли лапароскопический аналог для операции Мармара при варикоцеле.

Докладчик сообщил, что вмешательство по поводу варикоцеле остается достаточно частым в практике детского уролога-андролога, несмотря на современную тенденцию снижения показаний к операции и переносу ее выполнения по достижении пациентом более старшего возраста. «Тем не менее потребность в оперативном вмешательстве сохраняется, а число пациентов с варикоцеле, которые оперируются в детских урологических отделениях, остается стабильно высоким», – отметил он.

Далее доктор Ю.А. Кравцов упомянул о классификации возможных методов оперативной коррекции варикоцеле. По его словам, к обструктивным методам относятся операции Иваниссевича, Паломо, лапароскопическая варикоцелэктомия, трансфеморальная эмболизация яичковой вены, микрохирургическое лигирование вен семенного канатика из мини-доступа (операция Мармара). К необструктивным методикам относится формирование микрохирургических венозных анастомозов – тестикуло-нижнеэпигастрального и тестикуло-сафенного.

«Современные лапароскопические способы лечения пациентов с варикоцеле по сути являются аналогами известных открытых операций, – сообщил доктор Ю.А. Кравцов. – К примеру, лапароскопическая окклюзия яичковой вены выполняется по принципу операции Иваниссевича (1918), при которой пересекаются и лигируются яичковые вены. Такой же лапароскопический аналог существует и для операции Паломо».

Докладчик отметил, что многие методы, применяемые раньше при операции по поводу варикоцеле, уже уходят в прошлое. И затем привел материалы исследований, в которых была показана доля пациентов с рецидивами после различных способов лечения у них варикоцеле: наибольшее число рецидивов было отмечено после выполнения операции Иваниссевича (52,7%), после рентгенэндоваскулярного метода их доля составила 26,3%, после лапароскопической окклюзии – 21%. «Также известны случаи упорных рецидивов (двух- и трехкратные, по нашим данным) варикоцеле после традиционных лапароскопических операций. При этом необходимо отметить склонность к рецидивированию у пациентов с наличием синдрома аорто-мезентериальной компрессии и дисплазией соединительной ткани», – пояснил доктор Ю.А. Кравцов.

Однако, как отметил докладчик, с появлением техники операции Мармара ситуаций с рецидивами стало гораздо меньше, а те, которые все же возникали, были гораздо менее выраженными. Предложенная Мармаром операция подпаховым доступом или микрохирургическая варикоцелэктомия обрела значительную популярность в России, в т.ч. у пациентов детского возраста. «Технически правильное ее выполнение с применением оптического увеличения и микрохирургического инструментария должно, казалось бы, полностью исключить повреждение лимфатических сосудов и яичковой артерии. Тем не менее, выполняя эту операцию у пациентов-детей с начала 2000-х гг., могу сказать, что после такого вмешательства возможны (хотя и редкие) случаи атрофии яичка и проблема стойкого его отека. Кроме того, на мой взгляд и моих коллег, существует проблема идентификации артерии, которая часто бывает скрыта и малозаметна у детей. В результате для ее визуализации необходимо использовать определенные технические приемы: расширение спазмолитиками, оптическое увеличение. Но иногда эта ситуация остается неконтролируемой. Еще одной проблемой после выполнения варикоцелэктомии по Мармару может стать отек полового члена и мошонки (в частности, такая ситуация может быть связана с коронавирусной инфекцией), при котором определяются расширенные и даже тромбированные подкожные сосуды», – сказал докладчик.

> ***«...» Предлагаемая методика отвечает главным принципам детской хирургии и характеризуется малоинвазивностью и малотравматичностью, минимальной кровопотерей, невыраженностью болевого симптома после операции, эффективностью и хорошим эстетическим эффектом***

Юрий Александрович рассказал об исследовании, которое было проведено на базе института хирургии Тихоокеанского государственного медицинского университета и Краевого клинического центра специализированных видов медицинской помощи материнства и детства (Владивосток): «Целью нашей работы было улучшение результатов лечения пациентов с варикозным расширением вен семенного канатика путем разработки и внедрения в клиническую практику минимально инвазивной методики оперативной коррекции варикоцеле. У наших пациентов были проанализированы результаты лечения варикоцеле в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах по трем методикам путем физикального, спермиологического (по возможности), ультразвукового и допплерографического обследований. Были прооперированы 18 пациентов с варикоцеле 2–3-й стадий новым способом – лапароскопическим аналогом операции Мармара (ЛАМ, по этому методу авторами методики был получен патент РФ). Сущность метода ЛАМ состоит в том, что при этом сочетаются 2 оперативных подхода для лечения пациентов с варикоцеле: лапароскопическая окклюзия яичковой вены (в типичном, стандартном варианте, за исключением расширения объема резекции), затем выполняется прокол на мошонке в проекции семенного канатика и через мини-доступ проводится склеротерапия наиболее расширенной, варикозно измененной вены как в проксимальном, так и в дистальном направлениях с использованием типичных склерозантов для венозной хирургии. После склеротерапии вена перевязывается, и на этом процедура заканчивается. В группу сравнения вошли 50 пациентов с варикоцеле, оперированных методом лапароскопической окклюзии яичковой вены слева. В качестве второй контрольной группы были отобраны еще 30 пациентов с варикоцеле, оперированных способом Мармара (микрохирургическая варикоцелэктомия). Результаты сравнения показали высокую эффективность лапароскопического варианта операции по поводу варикоцеле, выполненной по методике ЛАМ. Следует отметить, что у этих пациентов был снижен болевой порог в ближайшие часы и дни послеоперационного периода, что было выявлено при их опросе по шкале болевых ощущений (ВАШ). Средняя протяженность койко-дня у пациентов составила 1,7, при этом у прооперированных пациентов не наблюдалось индуративного отека яичка в послеоперационном периоде».

Далее докладчик сообщил, что в период послеоперационного наблюдения (1 год) рецидивов у лиц, прооперированных с помощью методики ЛАМ, не наблюдалось. В контрольных группах рецидивы составили 2,9% (способ Мармара) и 6,3% (лапароскопическая окклюзия по Иваниссевичу).

«На наш взгляд, у предлагаемого нами способа ЛАМ существуют определенные преимущества. Во-первых, достаточно высоко и полно обеспечивается окклюзия яичковой вены на всем ее протяжении. Во-вторых, снижается риск повреждения артерий, питающих яичко. В третьих, данный способ по эффективности и малотравматичности является сопоставимым с известными современными способами оперативных вмешательств у пациентов с варикоцеле. Все это позволяет использовать способ ЛАМ наряду с другими операциями в качестве оперативного вмешательства при этом заболевании. Проведенная сравнительная оценка эффективности предлагаемого оперативного вмешательства (лапароскопическая окклюзия яичковых сосудов в сочетании со склеротерапией варикозных вен гроздевидного сплетения) подтверждает, что предлагаемая методика отвечает главным принципам детской хирургии и характеризуется малоинвазивностью и малотравматичностью, минимальной кровопотерей, невыраженностью болевого симптома после операции, эффективностью и хорошим эстетическим эффектом», – резюмировал доктор Ю.А. Кравцов.