



Актуальные темы:

1. Борьба за живучесть специальности
2. Мужское бесплодие.
Что мы знаем об этом?
3. Мужской гипогонадизм:
современные подходы к
диагностике, скринингу и
фармакотерапии



ФГБУ "НИИ урологии"
Минздрава России



Урологическое
телевидение



ОБРАЗОВАНИЕ
в Урологии
UroEdu.ru



ИНТЕРНЕТ ФОРУМ
УРОЛОГОВ



UroWeb



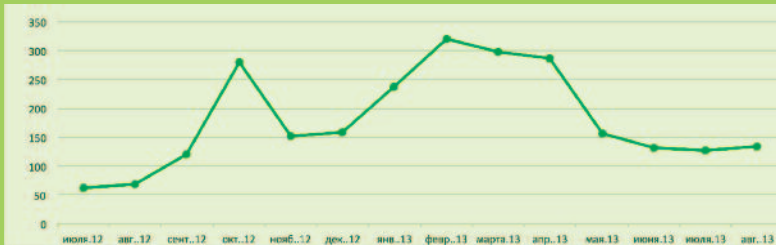
**Обновленная версия Uro.TV работает
не только на компьютерах и ноутбуках,
но также на мобильных устройствах,
включая iPhone и iPad!**



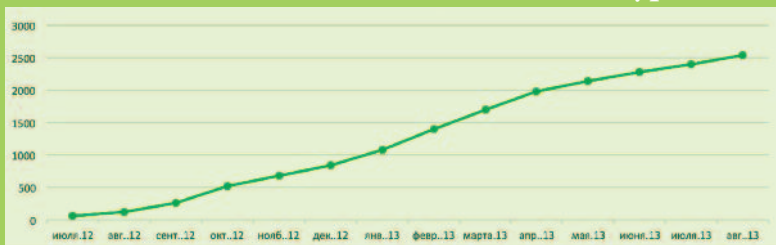
Тема номера:

»» Борьба за живучесть специальности	2
»» Мужской гипогонадизм: современные подходы к диагностике, скринингу и фармакотерапии	14
»» Мужское бесплодие. Что мы знаем об этом?.....	26
»» Может ли донорство быть бесплатным?	38
»» Злоупотребления американских врачей.....	44
»» Где мера, там и вера.....	46
»» Расширяем горизонты: коралловидный литиаз	48
»» Трансректальная биопсия предстательной железы на фоне антикоагулянтной терапии	53
»» Свои среди чужих, чужие среди своих	58
»» Курсы по функциональной урологии.....	66
»» Как создаются легенды	68

Подписка на Дайджест урологии по месяцам



Рост количества подписчиков Дайджеста урологии



Борьба за живучесть специальности



А.В. Казаченко
заведующий отделом
образования ФГБУ
«НИИ урологии»
Минздрава России



И.А. Шадеркин
Шеф-редактор
проекта «Дайджест
урологии»



В.А. Шадеркина
руководитель
проекта «Дайджест
урологии»

Ни в одной из многочисленных профессий последипломное образование так необходимо, как в медицине. Появление новых технологий в диагностике и лечении заболеваний, новых лекарственных препаратов требует от современного специалиста постоянного совершенствования своих знаний.

Система непрерывного профессионального образования

Речь в этой статье пойдет не о базовом профессиональном образовании, а о непрерывном (продолженном) профессиональном образовании – системе образовательных программ для тех, кто уже имеет оконченное высшее образование, позволяющей поддерживать высокий профессиональный уровень и качество подготовки специалиста. Под образовательными программами последипломного образования мы подразумеваем блоки профессиональной

информации, направленные на совершенствование и систематическое повышение профессионального уровня.

Сегодня в России в качестве продолженного профессионального образования специалистам предлагаются сертификационные курсы продолжительностью 144 часа, которые должны пройти все врачи 1 раз в 5 лет. Наличие сертификата является своего рода гарантией наличия у его обладателя профессиональных качеств и умений. Курсы тематического усовершенствования можно пройти за 72-144 часа и чаще, чем раз в 5 лет, по окончании которых выдается свидетельство о повы-

Последипломное образование – целенаправленный процесс обогащения знаний и умений выпускника высшего профессионального учебного заведения в различных видах деятельности, так или иначе сопряженных со сферой занятости, и сориентированный на непрерывный профессиональный рост и личностное развитие специалиста.

шении квалификации. Для врачей бюджетных учреждений прохождение таких курсов бесплатное. Врачи, работающие в частных клиниках и центрах, оплачивают учебу либо самостоятельно, либо за них платит работодатель.

Такая сложившаяся годами в нашей стране система последипломного образования в медицине сегодня уже не отвечает современным требованиям подготовки и совершенствования специалистов. С 2016 года Министерство здравоохранения планирует ввести всеобщую аккредитацию врачей, предусматривающую получение перечня личных допусков на конкретные виды помощи, которые сможет оказывать медработник. Такая система аккредитации, действующая во всем мире, подразумевает модульный принцип построения образовательной программы и модульный принцип получения допуска к разным видам оказания медицинской помощи. Несомненно, такой шаг станет поворотным во всей системе профессионального образования.

Заставить врачей, работающих в регионах, постоянно повышать свой уровень профессионального образования очень сложно без серьезной на то мотивации –

для этого им надо лично посетить учреждения постдипломной подготовки специалистов, которые, как правило, находятся в крупных городах. Этот процесс сопровождается существенными экономическими затратами на проезд, проживание, питание. Кроме того, на частое посещение образовательных курсов не согласится руководство учреждения, в котором работает врач. Причины такого поведения ясны всем – отсутствие ценного, а иногда единственного специалиста на рабочем месте, недовольство по этому поводу пациентов, недовольство врачей смежных специальностей, на которых будет возложена необходимость приема пациентов, затраты из бюджета лечебного учреждения на обучение специалистов. В таком случае главный врач больше озабочен бесперебойным функционированием своего учреждения, соблюдением трудового распорядка, а компетентность специалистов, к сожалению, отходит на второй план. Сегодня в России более 620 000 врачей. Посчитано, что если каждый из них будет периодически отрываться от работы для усовершенствования своих знаний, примерно 10 000 врачей одновременно должны оставить работу для учебы, а это практически население небольшого ■

города. Если большая часть врачей выражат желание проходить обучение хотя бы 1 раз в год, то, учитывая дефицит кадров в регионах (около 40000 специалистов), то это парализует работу всей системы здравоохранения и оказания медицинской помощи.

Кроме курсов повышения квалификации и сертификационных курсов для повышения своего уровня врачи могут посещать профессиональные мероприятия – конференции, съезды, конгрессы, круглые столы, Школы и т.д. Но всем известен уровень проводимых ныне конференций – часто полная ангажированность фармкомпаниями, открытое лоббирование их интересов, организация фармкомпаниями собственных ме-

роприятий и, так называемых, «вебинаров» с приглашением врачей, участие в организации профессиональных мероприятий различных бизнес-структур, не относящихся к медицине и озабоченных лишь развитием своего бизнеса. Кроме того не может не насторожить огромное количество проводимых мероприятий в течение года. Так, например, по данным урологического интернет-портала UroWeb.ru в 2013 году на территории России разными организаторами запланировано проведения более 50 мероприятий для урологов.

В своей практике мы рассматриваем конференции как часть продолженного профессионального образования, но при такой расстановке сил, которая описана выше, образовательная и научная ценность конференций становится крайне низкой. Несомненно, пока еще сохранились отдельные мероприятия, которые могут порадовать настоящих профессионалов новизной рассматриваемых вопросов, актуальностью обсуждаемых тем, неординарностью подачи научного и практического материала.

Какое может быть предложено решение в России уже сейчас, целью которого станет преумножение профессиональных качеств специалистов и которое бы удовлетворило всех – и государство, и руководство лечебных учреждений, и самих врачей?



Врачебная аудитория и интернет

Выход из ситуации мы видим в развитии дистанционного образования.

В настоящее время в России бурными темпами развивается интернет и каналы связи, распространяются мобильные устройства. Какова активность врачебной аудитории в интернете? По данным ©Synovate Comcon в 2008 году постоянным основным источником информации интернет назвали 14% врачей 6-ти специальностей. Недавно эта же компания представила результаты синдикативного исследования MEDI-Q "Мнение практикующих врачей", а также проведенной в 2012 году качественной части комплексного исследовательского проекта "Digital sources, современное информационное пространство и эволюция каналов получения профессиональной информации для врачей". Данные исследования MEDI-Q основываются на апрельской волне 2012 года, прошедшей в 21 крупном городе, с участием более 2 840 врачей 6-ти специальностей (терапевты, кардиологи, неврологи, гастроэнтерологи, дерматовенерологи, урологи). По данным на апрель 2012 года для получения профессиональной информации интернет используют 64,2% врачей. Эволюции подвергается и мнение врачей об интернете, как о важном источнике качественной профессиональной информации (2008 г – 48%, 2012 – 61% отметили важность интернета).

Среди врачей шести специальностей (кардиологи, гастроэнтерологи, неврологи, дерматологи, терапевты, урологи) представители нашей специальности являются наиболее активными пользователями сети – 73% урологов пользуются интернетом в профессиональных целях, более 46% пользователей оценивают качество получаемой информации (сайты популярных медицинских изданий, специализированные сайты по тематикам и нозологиям, сайты профессиональных сообществ) как высокое, оценка «5» по пятибалльной шкале. Наибольшим спросом пользуются данные клинических исследований (55%), обзорные статьи по проблемам (53%), новости медицины (58%).

Мы провели собственный опрос более 1800 врачей, пользующихся доступными для нашей оценки урологическими интернет-ресурсами, о том, какую информацию они считают актуальной. Мнения распределились следующим образом: статьи по урологии 67,6%, новости урологии 64,1%, профессиональная литература 48,1%, дистанционные образовательные курсы 57,7%.

Мы установили, что более половины урологов нуждаются и желали бы воспользоваться интернет-ресурсами в образовательных целях. Преимущества такого способа обучения именно в России очевидны: огромная территория страны – 17 098 246 км², между городами Долинском (Россия, Сахалин) и Балтийском ■

(Россия, Калининградская обл.) расстояние составляет 7483 километров (это расстояние по прямой), 9 часовых поясов, низкая плотность населения (общая по России – 8,7 км/км²) практически во всех регионах Восточной Сибири и Дальнего Востока (Республика Саха, Ямало-Ненецкий округ, Чукотский автономный округ – 0,03 до 0,3 чел/км²). В таких условиях врачам и, в частности, урологам, работающим в регионах сложно ездить на образовательные курсы, которые базируются, как правило, в крупных городах европейской части России. Поэтому выходом для постоянного поддержания квалификации и профессиональных навыков и знаний может стать дистанционное образование с помощью современных интернет-технологий.

Опыт НИИ урологии

В ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России имеется уникальный опыт организации и проведения дистанционных образовательных курсов. В 2011 году был создан проект UroEdu.ru – Образование в урологии, где каждый желающий уролог может бесплатно, самостоятельно пройти образовательные циклы. В 2012-2013 гг был проведен дистанционный обучающий курс по андрологии, включающий в себя 60 лекций, прочитанный лидерами российской урологии-андрологии. Большой интерес вызвал курс по теме «Инфекции

мочевых путей», в котором приняли участие 254 урологов России и стран СНГ. В качестве преподавателей привлекаются ведущие отечественные специалисты в области урологии и смежных специальностей. Опыт демонстрации «живой хирургии» с привлечением компьютерных технологий использовался во время проведения Всероссийских Школы по детской урологии-андрологии, семинара «Гольмиевый лазер в урологии», конференций «Фотодинамическая диагностика и терапия заболеваний мочеполовых органов», «Малоинвазивные технологии в онкоурологии». Сейчас такая форма проведения мероприятий в НИИ урологии стала повседневной практикой.

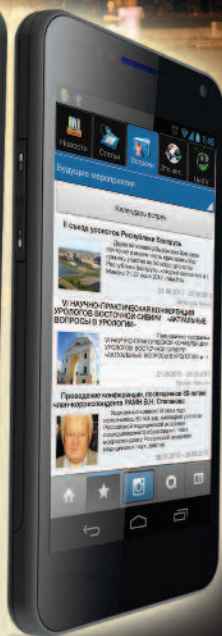
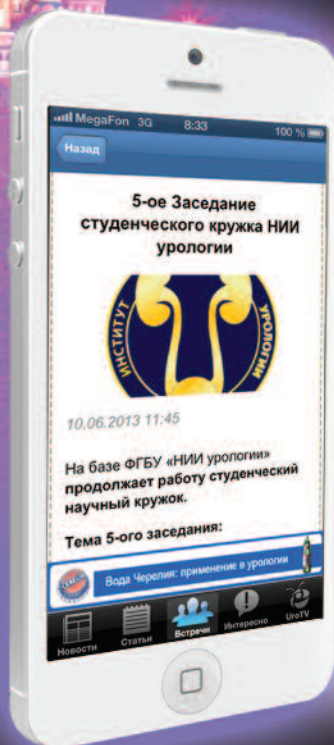
Важными моментами в дистанционных образовательных курсах, проводимых под эгидой НИИ урологии, являются возможность обратной связи как с организаторами курсов, так и с лекторами; возможность оценки проводимых курсов по 10-балльной шкале, проведение обучения в удобное для врача время, возможность проведения исходного и контрольного тестирования.

В создании технической площадки для дистанционного образования в НИИ урологии принимала участие команда IT-специалистов, реализовавшая инновационные технические стороны процесса обучения. Кроме названного выше проекта UroEdu.ru, в 2013 году разработаны и внед-



Первое русскоязычное приложение для урологов

Доступно
для загрузки из



Новости, статьи, информация об образовательных курсах,
мероприятиях в урологии – теперь в Вашем мобильном!

*Непрерывный доступ
к профессиональным
интернет-ресурсам!*

рену мобильные приложения для телефонов Uro+ на базе операционных систем Android и iOS, на которых специалисты могут ознакомиться с новостями в урологии, в том числе анонсами курсов дистанционного образования и другой профессиональной информацией.

На сегодняшний день, аналогов такого мобильного приложения, как Uro+, в российской медицине нет.

Различные научные и профессиональные сообщества, учебные организации все шире используют в своей образовательной среде дистанционное обучение с применением информационно-телекоммуникационных сетей. Однако полностью реализованных проектов дистанционного обучения в области урологии в России на сегодняшний день пока, к сожалению, не существует. Некоторыми учебными заведениями заявлены дистанционные образовательные курсы, которые при близком ознакомлении таковыми не являются и требуют того или иного очного участия – например, необходимо приехать, чтобы заполнить форму заявки на обучение, где требуется личная подпись курсанта, или для получения сертификата и т.д. На наш взгляд, ценность дистанционного образования в том и заключается, чтобы все этапы – от регистрации на курсах до получения документа об их прохождении – осуществлялись без личного участия курсантов.

Исходя из нашего опыта, программа дистанционного образования:

- должна быть построена по модульному принципу, т. е. иметь в своем составе блоки по нозологиям, видам оказания медицинской помощи (консервативное/оперативное лечение) и т.д.;
- иметь четко определенные временные границы;
- контроль исполнения (тесты, ситуационные и клинические задачи, опросы и т.д.);
- должна иметь возможность оценки по балльной системе;
- заканчиваться выдачей официального документа, который также можно получить дистанционно.

Построенное по таким принципам дистанционное образование в последующем может быть интегрировано в систему аккредитации.

Законодательная база

Главным фактором, не способствующим прогрессивному развитию дистанционных форм обучения, является отсутствие достаточной законодательной базы в этой области.

В настоящее время документом, регламентирующим применение дистанционных образовательных технологий (ДОТ), является Приказ от 6 мая 2005 г. №137 «Об использовании дистанционных образова-

УРОЛОГИЯ



Не тердай ритм в профессии!
Не тердай ритм в профессии!



Дистанционные образовательные курсы в урологии

UroEdu.ru

тельных технологий». В этом Приказе указывается, что образовательное учреждение при реализации образовательных программ с использованием ДОТ вправе вести учет результатов образовательного процесса и внутренний документооборот в электронно-цифровой форме в соответствии с Федеральным законом от 10 января 2002 г. N 1-ФЗ "Об электронной цифровой подписи", но тут же делает оговорку о том, что сохранение сведений об итоговой, государственной (итоговой) аттестации и личных документах обучающихся на бумажном носителе является обязательным, что полностью исключает дистанционный характер общения врача и учреждения, проводящего обучение. Это означает, что все документы (дипломы, сертификаты, выданные ранее) могут быть предоставлены только лично, равно как и документы, подтверждающие прохождение образовательных курсов. Также согласно этому Приказу применение дистанционного обучения не исключает возможности проведения учебных, лабораторных и практических занятий, практик, текущего контроля, промежуточной и итоговой аттестаций путем непосредственного взаимодействия преподавателя с обучающимся. Соотношение объема дистанционного и непосредственного взаимодействия преподавателей и курсантами определяется самим образовательным учреждением. Несомненно, что

при таком подходе теряется смысл дистанционной формы обучения.

Основные принципы реализации образовательных программ с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий отражены в статье № 16 нового Федерального закона от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации", который вступит в силу с 1 сентября 2013 года. Однако следует отметить, что на этом весь законодательный механизм использования дистанционного обучения и заканчивается.

Сложности переходного периода

Разумеется, в организации дистанционного образования в урологии есть свои сложности:

- Отсутствие у российских ВУЗов достаточного практического опыта в организации полного цикла дистанционного образования;
- Отсутствие достаточного практического опыта у преподавателей организации и проведения дистанционных курсов;
- Отсутствие как полной программы ДО, освещающей основные тематики в урологии, так и ее отдельных модулей;
- Сложность создания IT-команды (юридические, экономические, этические, профессиональные), не ангажированной фармацевтическими компаниями и дру-

гими бизнес-структурами;

- Сложность материально-технического обеспечения IT-команды необходимым оборудованием для обеспечения проведения дистанционного обучения;

- Сложность обеспечения взаимодействия IT-команды и преподавателей;

- Невозможность выдачи официального документа о прохождении дистанционных образовательных курсов (невозможность применения электронной подписи, отсутствие быстрой обратной связи с курсантами, невозможность и, порой, нежелание учреждений проводить прием документов и сдачу экзаменов дистанционно – возможно это связано с отсутствием такового опыта, т. к. законом это не запрещено);

- Отсутствие достаточной законодательной базы, которая бы предусматривала все аспекты организации, проведения и развития дистанционных технологий в медицине.

Пример того, как сейчас реализуется дистанционное обучение, можно провести аналогию с известной фотографией записи на прием к врачу через Интернет (рис. 1) в поликлинике одного из регионов. Для того, чтобы записаться к врачу якобы через Интернет, надо прийти в поликлинику в указанные в объявлении дни и время с документами! Это хорошая демонстрация того, как можно исказить факты.



Рис. 1. Подмена понятий записи на прием через Интернет.

Выводы

Какие выходы можно предложить из этой ситуации?

- Обратить внимание на опыт зарубежных стран, главным образом на опыт Национальных профессиональных сообществ, таких стран, как США, Франция, Германия.

Дистанционное образование стремительно набирает популярность в США как способ обучения на любом уровне – от краткого профессионального курса до докторской степени. Многие университеты сейчас предлагают постдипломные программы получения степеней с помощью методов дистанционного образования. ■

В модели дистанционного образования студенты не посещают аудиторию в университетском городке, а вместо этого лекции доставляются к ним «дистанционно» посредством таких технологий, как интернет, спутниковое телевидение, видеоконференции и другие электронные способы передачи информации. Для иностранных студентов это означает, что они могут обучаться на получение американской степени, не покидая своей страны.

- Привлечь к организации дистанционного обучения национальные профессиональные общественные организации.

Наряду с образовательными медицинскими учреждениями (университеты, кафедры, научно-исследовательские институты) большая роль в становлении дистанционных образовательных технологий должна отводиться профессиональным общественным организациям, лидеры которых определяли бы стратегию и перспективы развития специальности. Знания, полученные дистанционно, могут быть продолжены посредством образовательных центров.

- Сохранить решающую роль государства в:

- утверждении требований к программам дистанционного образования,
- стандартизации и систематизации образовательного процесса с точки зрения полноценного осуществления дистанционных технологий;

- выдаче сертификатов государственного образца, имеющих юридическую силу,

- выдаче грантов учреждениям, преуспевшим в развитии ДО,

- лицензировании программ ДО и аккредитации центров или учреждений, которые осуществляют ДО.

- Поиск дополнительных источников финансирования – гранты, фонды, работодатели – лечебные учреждения, клиники, сами врачи. Однако надо понимать, что сейчас лишь малый процент врачей готов оплачивать свое образование. Возможно, наличие методов стимулирования со стороны государства и профессиональных сообществ сможет изменить эту ситуацию. ■

Существующие сегодня тенденции к внедрению дистанционных технологий в последипломное образование открывают широкие возможности для инновационного, качественного и самое главное непрерывного образования врачей, вне зависимости от места их трудовой деятельности, что особенно актуально для Российской действительности с ее необъятными просторами. Но для полноценной организации образовательного процесса необходимо скорейшее создание правовых механизмов и нормативной базы процесса дистанционного обучения.



ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России

105425 г. Москва,
ул. 3-я Парковая, д. 51, стр. 4

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ

УРОЛОГИЯ

ECUro.ru



www.ecuro.ru

Аккредитация ВАК
№ 22/49 от 25.05.12

Профессиональное издание для урологов, онкологов, урогинекологов, андрологов, детских урологов, фитизиоурологов и врачей смежных специальностей, научных работников, ординаторов, аспирантов.

Информация о современных методах профилактики, диагностики и лечения урологических заболеваний, результаты клинических исследований, научные аналитические обзоры, оригинальные дискуссионные статьи по фундаментальным и прикладным проблемам урологии, материалы конференций и съездов, лекции ведущих российских и зарубежных специалистов, эксклюзивные клинические случаи, новые медицинские технологии.

Абстракты на английском языке в печатной версии журнала.

Независимое рецензирование и открытый бесплатный доступ на сайте журнала www.ecuro.ru.

Мужской гипогонадизм: современные подходы к диагностике, скринингу и фармакотерапии



И.А. Тюзиков
К.м.н., профессор РАЕ,
(Ярославль)

Обзор Руководства Европейского общества урологов 2013 года и нового российского стандарта 2013 года.



Гиподиагностика дефицита тестостерона у мужчин: случайность или закономерность?

Как известно, андрогены играют ключевую роль в функционировании мужского организма на

всех стадиях его развития, начиная с внутриутробного периода и заканчивая глубокой старостью. Генетически детерминированный уровень тестостерона – основа не только мужской сексуальности и репродукции. Это ключевой предиктор многих заболеваний мужчин, начиная от эндотелиальной дисфункции и заканчивая углеводным и липидным обменом. Между этими физиологическими таргетами тестостерона у мужчин стоят такие современные медицинские проблемы, как эректильная дисфункция, мужское бесплодие, остеопороз, депрессии, уrolитиаз, заболевания предстательной железы, онкологические и, безусловно, кардиоваскулярные заболевания, составляющие сегодня наи-



большой удельный вес мужской заболеваемости и летальности. Исследование MMAS (2006) выявило, что в популяции современных мужчин прогрессивно снижается средний уровень тестостерона и одним из объяснений этому является безудержный рост ожирения (Kupelian et al., 2006). Частота дефицита тестостерона (гипогонадизма, или андрогенного дефицита) увеличивается с возрастом, но при наличии у мужчины сопутствующих заболеваний риск развития гипогонадизма в более раннем возрасте существенно повышается (Калинченко С.Ю., Тюзиков И.А., 2009). Согласно результатам недавно опубликованного пилотного эпидемиологического исследования (Ярославское исследование), у каждого третьего пациента, обращающегося в первичные лечебные учреждения России, можно выявить при скрининге возможные симптомы гипогонадизма и/или низкий уровень общего тестостерона при однократном исследовании образцов крови (Тюзиков И.А., 2013). При этом данная тенденция наблюдается вне зависимости от возраста пациента и специализации врача, к которому он обращается. Все это – отражение катастрофического состояния здоровья российских мужчин, у которых большинство соматических заболеваний сегодня протекает на фоне невы-

явленного гипогонадизма, что усложняет излечение таких пациентов (Тюзиков И.А., 2013). Но врачи по-прежнему «не видят» мужского гипогонадизма по целому ряду причин, что обуславливает отсутствие назначения патогенетической гормональной терапии более, чем 90% мужчинам, которые в ней нуждаются. Сегодня не вызывает сомнений, что гипогонадизм у мужчин – междисциплинарная проблема, решением которой в нашей стране занимаются единичные энтузиасты из врачебного сословия.

Почему российские врачи так плохо выявляют гипогонадизм у мужчин?

Причин может быть несколько:

- **Исторические страхи перед андрогенами** (страх рака предстательной железы), созданный в 1941 году после опубликования результатов исследования Haggins и Hudge, впоследствии получивших Нобелевскую премию за самый страшный миф XX века. Сегодня же точка зрения на взаимоотношения андрогенов и рака предстательной железы совершенно иная (Калинченко С.Ю., Тюзиков И.А., 2012; Gorbachinsky et al., 2010; Morgentaler, 2009, 2011).

- **Эпидемиологические мифы о том, что андрогенный дефицит** – это заболевание пожилых мужчин, хотя современ-

ные данные наглядно свидетельствуют об обратном (Тюзиков И.А., 2013).

• **Патофизиологические непонимания сущности гипогонадизма.** Можно однозначно сказать, что это последствия неполноценности подготовки врачей в медицинских ВУЗах. Занятия на цикле эндокринологии подразумевают изучение, прежде всего, сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы как наиболее актуальных эндокринологических проблем современной медицины. На заболевания половых желез или гипопиза времени обычно не остается. Что касается урологии, то все урологи хорошо знают, что цикл обучения на кафедре (курсе) урологии за 6 лет обучения составляет 36 часов, при этом, будучи субспециальностью хирургии, студенты изучают, прежде всего, урологические заболевания соответствующего направления, а на вопросы клинической физиологии и эндокринологии яичек просто не остается времени. В итоге российский врач выходит абсолютно не подготовленным в вопросах мужской эндокринологии.

• **Сложности клинической диагностики гипогонадизма,** которые являются отражением универсальных физиологических андрогенов, что делает мужской гипогонадизм «заболеванием-маской» (Калинченко С.Ю., Тюзиков И.А., 2012). Одной из клинических про-

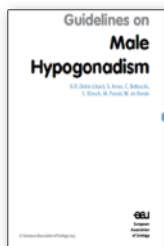
блем является то, что многие врачи считают андрогенный дефицит чем-то гипотетическим и эфемерным. Однако, согласно большинству четких определений, мужской гипогонадизм – это клинико-лабораторный синдром недостаточности синтеза и/или эффектов андрогенов (ISSAM, 2008; EAU, 2013). При этом он имеет свой шифр МКБ-10: E. 29.1- гипофункция яичек.

• **Кошмары лабораторной диагностики дефицита андрогенов у мужчин.** Это отдельный и долгий разговор, но суть его можно коротко сформулировать так: не нужно лечить цифры показателей тестостерона в крови, нужно лечить пациента с клиническими симптомами возможного гипогонадизма, обязательно подтвержденного корректными повторными лабораторными исследованиями с определением не только уровня тестостерона, но и одновременной оценкой эффектов других гормонов, активно участвующих в реализации эффектов андрогенов (в частности, пролактина, ЛГ, ТТГ, инсулина, кортизола, эстрадиола и т.д.). Только комплексная оценка андрогенного статуса мужчины позволяет не только уточнить вид гипогонадизма, но и выявить возможные гормональные дискорреляции уже при первичном обследовании большинства пациентов. Это важно для выбора метода коррекции андрогенного дефицита.

• **Споры о том, какой специалист должен заниматься выявлением андрогенного дефицита у мужчин** – еще одна проблема нашего непонимания сущности гипогонадизма. Эффекты андрогенов у мужчин универсальны, а потому врач любой специальности может увидеть клинические маски дефицита андрогенов в рамках своей специальности (Тюзиков И.А., 2012).

Однако, с появлением в 2013 году нового Руководства Европейского общества урологов и нового российского стандарта по мужскому гипогонадизму мы в состоянии объективно ответить на этом и еще целый ряд практических вопросов. Именно эти два документа являются сегодня регламентирующими документами, определяющими стратегию и тактику ведения мужчин с андрогенным дефицитом.

Руководство Европейского общества урологов по мужскому гипогонадизму (2013): четкие формулировки и новые



междисциплинарные подходы

Согласно определению ЕАУ (2013), мужской гипогонадизм – это клинический синдром

недостаточности андрогенов, который негативно сказывается на функции большинства органов и качестве жизни мужчины. Гипогонадизм является следствием тестикулярных нарушений (первичный гипогонадизм) или нарушений на любом уровне гипоталамо-гипофизарно-тестикулярной системы (вторичный гипогонадизм). Основные причины мужского гипогонадизма представлены в таблице 1.

Крайне важным позитивным моментом нового Руководства ЕАУ (2013) по мужскому гипогонадизму следует признать наличие в нем ПЕРЕЧНЯ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА У МУЖЧИН, что будет способствовать улучшению его выявления в рутинной клинической практике. Дело в том, что в 2005 году Международное общество изучения вопросов старения мужчин (ISSAM) для выявления возможных клинических симптомов андрогенного дефицита у мужчин предложило специальный опросник Aging Male Score (AMS), который содержал 17 вопросов. В зависимости от суммы баллов, которые пациент получал в результате ответов на все вопросы, судили о наличии или отсутствии возможных симптомов дефицита андрогенов, а также о степени его выраженности. Но в 2008 году ISSAM отказалось рекомендовать дальнейшее использование опросника AMS в клинической практике, так как сочло его недостаточно валидным и мало-

Таблица 1. Основные виды мужского гипогонадизма и их причины

Первичный гипогонадизм		Вторичный гипогонадизм	
Заболевания	Причины	Заболевания	Причины
Крипторхизм и эктопия яичка	Нарушения структуры яичка, в 85% случаев имеет идиопатический характер	Гиперпролактинемия	Опухоли, медикаменты
Орхиты	Вирусы, бактерии	Изолированный гипогонадотропный гипогонадизм	Дефицит Гн-РГ
Приобретенная анорхия	Травма, воспаления, опухоли, перекрут яичка, хирургия, ятрогенные нарушения	Синдром Калмана (частота 1: 100000)	Генетический дефект гена <i>Kal1</i> с аносмией
Вторичная тестикулярная дисфункции	Медикаменты, токсины, системные заболевания	Вторичный дефицит Гн-РГ	Медикаменты, токсины, опухоли, системные заболевания
Врожденная анорхия (частота: билатеральная - 1:20000, молатеральная в 4 раза чаще)	Нарушения эмбриогенеза	Аденома гипофиза	Гормоно-секретирующая опухоль гипофиза
46 XY нарушения (мужской псевдогермафродитизм)	Нарушения синтеза тестостерона вследствие дефектов энзимов биосинтеза стероидов	Синдром Вилли-Прадера (частота 1: 10000)	Врожденное нарушение секреции Гн-РГ
Дисгенезия гонад	Мутации генов	Врожденная гипоплазия надпочечников с гипогонадотропным гипогонадизмом (синдром Мэдока) (частота 1: 12500)	Хромосомные нарушения
Синдром 46XX Male (синдром Де Ла Шапеля)	Хромосомные нарушения	Синдром Паскулиани	Изолированный дефицит ЛГ гипофиза
Синдром 47XY (частота 1: 2000)	Нарушения стадии мейоза в половых хромосомах		
Синдром Нунан (частота 1:1000-5000)	Генетические нарушения		
Мутации, приводящие к инактивации ЛГ-рецепторов яичек (частота 1: 20000-1000000)	Мутации клеток Лейдига		



информативным. До 2013 года нового опросника предложено не было, что существенно затрудняло выявление симптомов дефицита тестостерона в рутинной клинической практике. В новом Руководстве ЕАУ (2013) четко прописано, КАКИЕ СИМПТОМЫ СЕГОДНЯ СЛЕДУЕТ РАССМАТРИВАТЬ КАК СИМПТОМЫ МУЖСКОГО ГИПОГОНА-

ДИЗМА (Таблица 2).

Ключевым прорывом в современном понимании междисциплинарного характера мужского гипогонадизма является тот факт, что ЕАУ (2013) рассматривает **ожирение, метаболический синдром, инсулинорезистентность и сахарный диабет 2 типа как клинические симптомы дефицита тестостерона у мужчин.**

Таблица 2. Клинические симптомы мужского гипогонадизма (ЕАУ, 2013)

Задержка пубертата
Маленькие яички
Мужской фактор семейного бесплодия
Уменьшение роста волос
Гинекомастия
Уменьшение мышечной массы тела и физической выносливости
ВИСЦЕРАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ
Уменьшение минеральной плотности костей (остеопороз) и переломы
Снижение либидо и сексуальной активности
Эректильная дисфункция
Отсутствие ночных эрекций
Приливы
Изменения настроения, повышенная усталость, гнев
НАРУШЕНИЯ СНА
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ
ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА
НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Ранее в газете «Урология сегодня» (№6 за 2012 год) нами была сформулирована основная концепция мужской эндокринологии в урологической практике, которая отражала теснейшую патогенетическую связь андрогенного дефицита, ожирения и нарушений углеводного обмена, и была заявлена как «золотое правило мужской эндокринологии» XXI века (Тюзиков И.А., Калинин С.Ю. Трагедии и парадоксы хронического простатита. Урология сегодня. 2013;6:12-3.). Таким образом, мы очень рады, что эта идея не просто немного раньше была озвучена в России, но мы более рады тому, что теперь урологи начнут заниматься патогенетическими вопросами андрогенного дефицита уже согласно регламентирующим документам.

Симптомы гипогонадизма у мужчин варьируют в зависимости от возраста, длительности и степени выраженности дефицита андрогенов. Нижней границей референтных значений является 12,1 нмоль/л для общего тестостерона и 243 пкмоль/л для расчетного свободного тестостерона. У мужчин 40-79 лет уровень общего тестостерона 8 нмоль/л ассоциируется со снижением сексуальной активности, уровень общего тестостерона 8,5 нмоль/л связан с эректильной дисфункцией, 11 нмоль/л ассоциируется со снижением частоты

утренних эрекций, при общем тестостероне 13 нмоль/л уже могут быть симптомы, связанные со снижением энергии и астенией (Vesper et al., 2009).

Наиболее значимыми предикторами мужского гипогонадизма в этой возрастной группе являются или три сексуальных симптома (снижение либидо, урежение утренних эрекций и эректильная дисфункция), или уровень общего тестостерона крови < 8 нмоль/л, или уровень общего тестостерона крови 8-11 нмоль/л и уровень расчетного свободного тестостерона < 220 пкмоль/л. Эти данные основаны на измерении утреннего наиболее высокого в течение суток уровня тестостерона в крови (Bremner et al., 1983). Гипогонадизм не всегда связан с низким уровнем тестостерона крови. Для уточнения характера гипогонадизма (первичный или вторичный) требуется одновременное определение в крови уровня ЛГ. КАК УРОВЕНЬ ЛГ, ТАК И УРОВЕНЬ ТЕСТОСТЕРОНА В КРОВИ У ПАЦИЕНТА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОПРЕДЕЛЕНЫ КАК МИНИМУМ ДВАЖДЫ (Таблица 3).

Таким образом, согласно Рекомендациям ЕАУ (2013), в России наконец-то следует начать определение тестостерона всем мужчинам с сахарным диабетом 2 типа, как это сделала еще в 2006 году Американская Эндокринологическая



ассоциация, так как андрогенный дефицит выявляется у каждого третьего мужчины с сахарным диабетом 2 типа и существенно влияет на качество жизни, ее продолжительность и все про-

гнозы пациентов. Это крайне важный шаг еще и потому, что в новом российском стандарте по оказанию медицинской помощи больным сахарным диабетом 1 и 2 типов (2013) лабора-

Таблица 3. Рекомендации по ведению пациентов с мужским гипогонадизмом (ЕАУ, 2013)

Рекомендации	Уровень достоверности LE	Уровень рекомендации GR
Диагноз дефицита тестостерона должен быть заподозрен у мужчин с персистирующими симптомами возможного дефицита мужских половых гормонов (Таблица 2)	3	C
Уровень общего тестостерона крови должен быть определен как минимум дважды с использованием адекватного метода у мужчин в следующих ситуациях: А) при уровне общего тестостерона крови 8-12 нмоль/л необходимо производить расчет свободного тестостерона Б) при подозреваемом или известном ненормальном уровне ГСПС также необходимо рассчитывать уровень свободного тестостерона	1	A
Использование опросников недостаточно информативно для выявления клинических симптомов андрогенного дефицита у мужчин	3	C
Определение уровня тестостерона рекомендовано мужчинам при заболеваниях, клиническое течение или лечение которых может вызвать дефицит андрогенов: - опухоли гипофиза, в том числе после хирургического лечения и лучевой терапии, и любые другие заболевания гипофизарной системы; - терминальные стадии хронических заболеваний почек на гемодиализе; - лечение медикаментами, снижающими уровень тестостерона (кортикостероиды, ОПИАТы); - умеренная и тяжелая форма ХОБЛ; - остеопороз и ассоциированные с ним переломы; - бесплодие; - ВИЧ-инфекция с сакропенией - САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА	2	B
Определение уровня ЛГ крови рекомендуется для дифференциальной диагностики первичного, вторичного и возрастного мужского гипогонадизма		

торная диагностика андрогенного дефицита у пациентов-мужчин по-прежнему не предусмотрена, что является отражением непонимания важности проблемы дефицита половых гормонов даже ведущими российскими эндокринологами, составляющими государственные стандарты! Поэтому очень надеемся, что российские урологи внесут свой большой вклад в раннее выявление андрогенного дефицита у своих пациентов с сахарным диабетом 2 типа и, таким образом, помогут не одной тысячи российских мужчин. Еще одним шоком для тех, кто изучил новые российские стандарты 2013 года по диабету, стал тот факт, что только 10% пациентов с сахарным диабетом в России подлежат консультированию урологами! Это просто ужас, если учесть, что понимающие врачи

знают, что за этим скрывается...

Показаниями для назначения препаратов тестостерона в настоящее время являются (ЕАУ, 2013):

- Нарушения полового развития (идиопатические или по типу синдрома Калмана)
- Синдром Клайнфельтера
- Сексуальная дисфункция при доказанном низком уровне тестостерона
- Снижение плотности и массы костной ткани при доказанном низком уровне тестостерона
- Взрослые мужчины с симптомами гипогонадизма (снижение либидо, эректильная дисфункция, сакропения, снижение массы костной ткани, депрессии, уменьшение роста волос на теле, приливы, потеря энергии)

Зарегистрировано в Минюсте России 22 января 2013 г. N 26656

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 9 ноября 2012 г. N 780н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СТАНДАРТА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГИПОГАНАДИЗМЕ

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446) приказываю:

Утвердить стандарт первичной медико-санитарной помощи при гипогонадизме согласно приложению.

Министр
В.И.СКВОРЦОВА



- Гипопитуитаризм
- Тестикулярная дизгенезия при доказанном низком уровне тестостерона

Противопоказаниями для назначения препаратов тестостерона в настоящее время являются (ЕАУ, 2013):

- Рак предстательной железы
- Уровень ПСА > 4 нг/мл
- Рак грудной железы
- Тяжелое апноэ во сне
- Мужское бесплодие
- Гематокрит > 50%
- Тяжелые СНМП на фоне ДГПЖ

Выбор препаратов для андрогенозаместительной терапии заключается в следующем (ЕАУ, 2013):

• Пациент должен быть информирован о положительных эффектах и побочных явлениях ВСЕХ ПРЕПАРАТОВ ТЕСТОТЕРОНА. Выбор препарата тестостерона является результатом решения информированного пациента и его врача (1aA).

• Препараты короткого действия могут оказаться предпочтительнее депонированных на начальном этапе терапии тестостероном (3B).

• Препараты ЧХГ могут быть рекомендованы только мужчинам при получении ими терапии, стимулирующей сперматогенез (1bB).

Риски андрогено-заместительной терапии (ЕАУ, 2013):

• Нет достоверных доказательств того, что андрогено-заместительная терапия

(АЗТ) повышает риск рака грудной железы у мужчин (3).

• Рандомизированные контролируемые исследования подтверждают гипотезу, что АЗТ не приносит изменения в гистологическую структуру предстательной железы (1b).

• АЗТ не связана с вновь возникшими кардиоваскулярными рисками (1a).

• Нет доказательств связи АЗТ и синдрома обструктивного ночного апноэ (3).

• Перед началом АЗТ необходимо оценить кардиоваскулярные, гематологические риски и риски, связанные с грудными железами и предстательной железой (1aA).

• Во время АЗТ рекомендуется мониторинг гемоглобина и гематокрита крови, уровня ПСА крови, состояния предстательной (ПРИ простаты) и грудных желез (1aA).

• Пациенту, оперированному по поводу локального рака предстательной железы, АЗТ может быть назначена при наличии клинико-лабораторных признаков дефицита андрогенов (т.е., при наличии показаний) через 1 год после простатэктомии при условии полной ремиссии ПСА крови (4B).

Российский стандарт по оказанию медицинской помощи больным с гипогонадизмом (2013): есть ли свет в конце туннеля российской гиподиагностики андрогенного дефицита у мужчин?

Появление в 2013 году нового российского документа (Приказ МЗ РФ от 9 ноября 2012 года № 780н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при гипогонадизме». Зарегистрирован в Минюсте России 22 января 2013 года № 26656) внесло определенную долю ясности в самый насущный практический вопрос: какие специалисты должны заниматься выявлением гипогонадизма в нашей стране? В стандарте четко прописано, что основным специалистом при первичной диагностике мужского гипогонадизма является эндокринолог (100% участие), но при этом 50% пациентов должны обследоваться с участием уролога.

Сразу возникает несколько противоречий.

Первое: если эндокринолог лечит 100% пациентов с андрогенным дефицитом, а участие уролога запланировано, согласно стандарта, только у 50% из них, то как следует проводить мониторинг простатической безопасности андрогено-заместительной терапии (ПРИ простаты, интерпретация ПСА крови), ведь эндокринологи не имеют навыков оценки урологического статуса пациентов? Значит, все равно все 100% эндокринологов должны будут привлекать, как минимум, к процессу мониторингования 100% урологов, так как простатический мониторинг показан всем 100% больных, а не

50%, как в российском стандарте (см. Рекомендации ЕАУ по мужскому гипогонадизму (2013)).

Второе: эндокринология – не очень близкая мужчинам специальность, конечно, если мужчина не страдает каким-либо эндокринологическим заболеванием. Российская практика показывает, что ПОДАВЛЯЮЩЕЕ БОЛЬШИНСТВО МУЖЧИН С ЛЮБЫМИ УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ ПРОБЛЕМАМИ, ЯВЛЯЮЩИМИСЯ АНДРОГЕН-ЗАВИСИМЫМИ МУЖСКИМИ ФУНКЦИЯМИ, ОБРАТИТСЯ НА ПРИЕМ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, К УРОЛОГУ! Поэтому участие урологов в диагностике и лечении мужского гипогонадизма, заявленное в Стандарте как 50%, выглядит совершенно не обоснованным как с точки зрения клинической практики, так и с точки зрения фундаментальной современной науки. Урологи – не аппендикс диагностики, лечения и мониторингования дефицита мужских половых гормонов, а самые активные участники этого процесса, отражением которого является известный факт, что 92% ПРЕПАРАТОВ ТЕСТОСТЕРОНА В РОССИИ НАЗНАЧАЮТ ИМЕННО УРОЛОГИ, А НЕ ЭНДОКРИНОЛОГИ.

Но благо уже в том, что как минимум участие двух специалистов (эндокринолога и уролога) в процессе выявления и лечения мужского гипогонадизма позволит в России начать оптимизацию



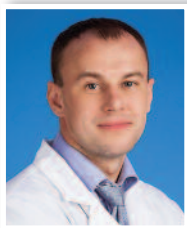
процесса ранней диагностики гипогонадизма у мужчин, что для нашей страны в определенной степени можно назвать прорывом. Не зря говорят: ум хорошо, а два лучше. Таким образом, в России диагностикой и лечением андрогенного дефицита у мужчин должны заниматься и урологи, и эндокринологи. Это чрезвычайно важное новшество, которое должно, наконец, ликвидировать споры врачей и направить их энергию в более важное русло и на решение конкретных клинических задач пациентов. Вообще, с учетом клинических масок андрогенного дефицита его выявлением должны заниматься врачи любых специальностей, которые имеют подготовку в области мужской эндокринологии и гормонозаместительной терапии (Тюзиков И.А., 2012). К сожалению, жизнь в «отсеке своей специализации» в России не позволяет на это надеяться. «Узкая специализация – большое горе для врача, для больного, для здравоохранения, для общества. Горизонт такого специалиста узок до патологии, особенно в лабораторно-инструментальных концепциях» (Е.М. Тареев). Но мы оптимисты и ищем позитив во всем. Несмотря на методологическое несовершенство имеющегося нового российского стандарта по гипогонадизму у мужчин (2013), сам факт постановки вопроса о необходимости выявления дефицита половых гормонов у мужчин уже является великим благом для российского здраво-

охранения. Андрогенный дефицит уже не представляется в виде некоего спирита, такого «призрака коммунизма, бродящего по Европе». Он бродит не только по Европе, его много и в России и в мире, поэтому оформление стандарта по оказанию помощи при данном заболевании, имеющего к тому же свой код в МКБ-10 (E.29.1.- гипопункция яичек) в нашей стране, конечно, пришлось ко времени. Теперь только дело за обучением врачебных кадров искусству диагностики и терапии андрогенного дефицита у мужчин.

Заключение

Следует признать, что в 2013 году тема андрогенного дефицита у мужчин получила свое дальнейшее признание с точки зрения доказательной медицины, что нашло отражение в конкретных рекомендациях ЕАУ по мужскому гипогонадизму. Выход российского стандарта, посвященного аналогичной теме, безусловно, в целом, следует оценить как позитивное явление в сфере здравоохранения. Признание андрогенного дефицита у мужчин медицинской проблемой в России и создание специального стандарта для практических врачей – это огромное достижение. Остается только посоветовать врачам, которые занимаются этой проблемой, активно брать все позитивные моменты из обоих регламентирующих документов, чтобы достойно решать сложные вопросы здоровья наших рос-

Мужское бесплодие. Что мы знаем об этом?



М.Н. Коршунов
К.м.н., ассистент
кафедры клинической
андрологии

Во все времена от семейной пары ждали продолжения потомства, и отсутствие наследников являлось одним из самых больших несчастий, зачастую воспринимаемое, как проклятие рода. Тысячелетиями в бесплодном браке (ББ) обвиняли женщину, за что подвергали ее гонениям. Однако, с развитием медицины, диагностики, высоких технологий, стало очевидно, что в данной проблеме не последнее место занимает мужской фактор, а зачастую имеет место сочетанное бесплодие.

Бесплодный брак является важной медико-социальной проблемой мирового масштаба. По данным ВОЗ за последние 50 лет отмечена четкая тенденция к снижению рождаемости с 33,3% до 16,4-12,3%. И рост бездетности продолжается до сих пор. Статистика показывает, что, если в 70-х годах число бесплодных пар в мире составляло около 5%, то на данный момент эта цифра приближается к 15%. Это отчетливо показывает насущность и актуальность проблемы.

Общепризнано, что на сегодняшний день доля мужского фактора в ББ составляет от 40 до 50% и научные работы показывают, что последние десятилетия отмечены падением уровня мужской фертильности.

Бесплодие – неспособность супружеской пары к зачатию при регулярной по-

ловой жизни без предохранения в течение 12 месяцев.

По данным мировых исследований к прогностическим факторам бесплодия относятся:

- анамнез бесплодия
- первичность или вторичность проблемы
- результаты спермиологического исследования
- возраст и фертильный статус половой партнерши

Известно, что, начиная с 25 до 35 лет, фертильный потенциал женщины снижается на 50%, а к 40 годам составляет около 25%. И, тем не менее, в большинстве развитых стран семейные пары склонны откладывать первую беременность до получения полноценного образования, развития карьеры и достижение социаль-



ных благ. Данная ситуация не может не сказываться на здоровье популяции в целом.

Сперматогенез – саморегулируемый, гормонозависимый процесс мужского организма. Размножения и утилизация (апоптоз, фагоцитоз) клеток является примером физиологии эволюции. Известно, что у репродуктивно-здорового мужчины за сутки вырабатывается до 200 млн. сперматозоидов. При этом, эякулят содержит гораздо меньшее количество половых клеток. Это связано с частичной их гибелью в тестикулах и семявыносящих путях.

За последние два десятилетия появился ряд фундаментальных работ, подчеркивающих сложность системы регуляции репродуктивной функции, включая гистоиммунный, генетический, гормональный и другие компоненты. Именно многогранность и сложность патогенеза мужского бесплодия обуславливает трудности его диагностики и лечения. Выбор адекватной терапии напрямую зависит от точного понимания патологических механизмов нарушения сперматогенеза.

К сожалению, в урбанизированных городах нам нередко приходится испытывать негативные воздействия электромагнитных излучений мобильных телефонов и компьютеров, генетически модифицированных пищевых продуктов, повышенного радиационного фона, загрязнений воздуха, воды, почвы токсичными продуктами. Так называемый «синдром ме-

неджера» приводит к истощению иммунной системы и создает стрессовые условия для работы организма. Безусловно, все вышеперечисленные факторы не могут не влиять на репродуктивную функцию человека. Таким образом, многофакторность данной проблемы очевидна.

Не секрет, что в бесплодном браке многие женщины проявляют повышенную настойчивость в лечении мужа, чаще даже более выраженную, чем у самого супруга. Один из наиболее волнующих вопросов – будет ли лечение успешным? Непрерывная сдача анализов, диагностические и лечебные процедуры, многочисленные попытки зачать и ожидания нередко вводят или настраивают на уже имеющиеся психоэмоциональные расстройства. Это приводит к тому, что пациенты в бесплодном браке часто испытывают расстройства депрессивного характера, приводящие к социальной и личностной дезадаптации, семейным конфликтам, а нередко – к разрывам, что в свою очередь усугубляет тяжесть депрессии.

Исследования показывают, что бесплодие приводит к стрессу, и, в свою очередь, стресс признан причиной патоспермии. Диагноз «бесплодие» уже в себе несет фактор депрессивного состояния. Формируется патологический замкнутый круг!

В этой связи, в бесплодном браке большое значение имеет характер взаимоотношений партнеров и внутрисемейный ■



климат. Если результаты обследования показывают, что оба супруга в той или иной степени ответственны за отсутствие детей, то это известие должно их сплотить. Забота и внимательное отношение друг к другу, бесспорно, увеличивает шансы на излечение бесплодия.

Первым шагом для исключения мужского фактора в бесплодном браке является сдача спермограммы. Но, вопреки бытующему мнению, оценка качества эякулята не является 100% показательным тестом на возможность иметь детей в паре. Даже при идеальных параметрах спермограммы, единственным показателем плодovitости можно считать наступление беременности. И это связано со многими индивидуальными биологическими особенностями мужчины и женщины, и в прогнозе беременности объединяется, как единое целое.

Особое место занимает правильная подготовка к сдаче спермограммы и ее интерпретация. Для исследования рекомендуется использовать образцы спермы, полученные методом мастурбации или в процессе естественного полового акта с использованием, не содержащего спермициды, презерватива. Важным является период полового воздержания составляющий 2-5 дней. Артефакты в виде стресса, тепловых процедур (сауна, баня), употребление накануне алкоголя, антибиотиков, длительное или незначительное половое воздержание могут существенно отразиться на результате анализа. Немаловажное значение имеет

место сбора эякулята, так как нарушение условий и времени (более 1 часа) доставки материала в лабораторию, нередко приводит к ухудшению его качества. Поэтому лучшим местом для получения образцов эякулята является сама лаборатория. Тем не менее, первичный неудовлетворительный результат спермограммы всегда требует повторного проведения анализа через определенный промежуток времени для получения объективной информации.

Последние несколько лет отмечены снижением нормативных показателей спермограммы в соответствии со стандартами ВОЗ. Эта четкая тенденция связана со снижением репродуктивного потенциала мужчины на фоне урбанизации, экологических проблем и прочих вредных воздействий.

Причины мужского бесплодия могут локализоваться на разных этапах созревания сперматозоидов и их продвижения по семявыносящим путям.

Классификация Stephen F. Shaban, ориентируясь на генез, выделяет 3 формы мужского бесплодия: претестикулярное, тестикулярное и субтестикулярное.

Претестикулярная форма включает синдромы гипо- и нормогонадотропного гипогонадизма.

Нарушение функции гипоталамо-гипофизарной системы приводит к дефициту стимуляции яичек гонадотропными гормонами, вследствие чего нарушается гормонпродуцирующая и спермобразующая функции тестикул.





Этиология включает врожденные (синдром Калмана, Прадера-Вилли и др.) и приобретенные (опухоли, травмы, инфекционные поражения) заболевания гипофиза и гипоталамуса, нарушения функции щитовидной железы, надпочечников, гиперпролактинемия.

Для данного состояния характерны уменьшение размеров яичек, низкие уровни гонадотропинов в крови, тяжелая олиго – или азооспермия.

К тестикулярному бесплодию относятся синдромы гипергонадотропного гипогонадизма, а также изолированные нарушения герминативной функции яичек, приводящие к тяжелой патоспермии:

- Врожденный первичный гипогонадизм,
- Первичные и вторичные герминативные нарушения
- Приобретенный первичный гипогонадизм вследствие травмы, и инфекционного поражения яичек

Врожденное секреторное бесплодие, обусловленное отсутствием яичек (анорхизм), встречается довольно редко и выявляется при осмотре неонатологом. Другая врожденная аномалия — монорхизм — характеризуется наличием только одного яичка, которое при нормальном развитии сохраняет свою эндокринную и герминативную функции.

Крипторхизм, при котором происходит неопущение одного или обоих яичек, – нередкая патология у детей. В норме к 9-му месяцу внутриутробного развития

яички мигрируют из брюшной полости в мошонку. В 10-15% случаев имеет место нарушение данного процесса. Это может быть следствием воспалительных, вирусных и гормональных заболеваний в периоде внутриутробного развития, травм и генетической патологии со стороны беременной женщины.

Кожа мошонки, сокращаясь при охлаждении и, расслабляясь при повышении температуры тела и окружающей среды, создает для сперматогенеза оптимальные условия, требующие стабильной температуры в районе 33—34°. Находясь вне полости мошонки, яичко подвергается воздействию теплового фактора, что при длительной экспозиции может повлечь за собой его атрофию или создать опасность злокачественного перерождения. Двусторонний крипторхизм является особо неблагоприятным прогнозом фертильности мужчины.

Генетическая патология половой системы с нарушением репродуктивной функции имеет место при таких заболеваниях, как синдром Кляйнфельтера, Шерешевского-Тернера и др.

Аплазия герминативного эпителия (синдром Дель Кастилио, Сертоли-клеточный синдром) – генетически детерминированное заболевание, приводящее к абсолютному бесплодию. Впервые описан в 1947 г. у бесплодных мужчин с азооспермией, нормальным мужским фенотипом и кариотипом и сохранной половой функцией. На фоне аплазии сперматогенного эпителия, уменьшенные в ■

диаметре семенные канальцы, содержат только поддерживающие клетки Сертоли. Синдром включает азоосперию, невыраженную гипоплазию яичек и изолированный высокий уровень фолликулостимулирующего гормона.

Блокада сперматогенеза имеет такую же гистопатологическую картину и может быть следствием генетической патологии или экзогенного токсического воздействия. Блокада сперматогенеза в большинстве случаев имеет двусторонний характер и выявляется при исследовании гистологического материала.

Первичные генетические причины так же имеют место при трисомии, сбалансированных аутосомных аномалиях, делециях Y-хромосомы. Вторичная блокада является следствием токсических воздействий (лучевая и химиотерапия, антибиотики, высокие температуры), а также результатом системных заболеваний (печечно-почечная недостаточность, болезни крови).

Причиной генетически обусловленного мужского бесплодия является мутация в одном из локусов хромосомы Y. Этот локус определен, как фактор азооспермии (AZF).

На коротком плече хромосомы Yp11 локализован ген SRY (Sex-determining Region Y), определяющий пол ребенка. На длинном плече Y-хромосомы картируются гены, ответственные за репродуктивную функцию. Ген, контролирующий гаметогенез расположен в эухроматиновой части длинного плеча хромосомы Y и

называется фактором азооспермии. У пациентов с микроделециями данных локусов выявляются глубокие нарушения сперматогенеза.

В зависимости от потери определенного участка, выделяют AZFa, AZFb и AZFc-факторы. Следствием данных нарушений является азоо- или олигозооспермия тяжелой степени. Частота встречаемости AZF-фактора при азооспермии составляет 5-10%. При этом, патология локуса AZFc обнаруживаются значительно чаще. Гистологическая картина характеризуется очаговым или тотальным асперматогенезом. В случае выявления AZF a и b лечебные мероприятия эффекта не принесут – мужчина абсолютно бесплоден. При наличии AZFc делеции возможно получение сперматозоидов методом пункционной или открытой биопсии яичка с последующим использованием в программах ЭКО/ИКСИ. При рождении мальчика существует риск передачи ему данной генетической аномалии.

Особой наследственной формой бесплодия является синдром неподвижных ресничек, для которого характерна тотальная акинезия сперматозоидов. Данные электронно-микроскопического исследования эякулята регистрируют отсутствие динеиновых ручек, связывающих между собой микротрубочки. Это приводит к неподвижности жгутика сперматозоида. Синдром неподвижных ресничек можно рассматривать, как проявление первичной реснитчатой дискине-



зии. Заболевание характеризуется ослабленной или отсутствующей подвижностью ресничек в дыхательных путях. Патология проявляется с детского возраста в виде рецидивирующих инфекций дыхательных путей с формированием вязкой мокроты. Спермограмма показывает дискинезию сперматозоидов на фоне нормального объема эякулята и морфоструктуры половых клеток. Заболевание имеет генетическую природу и имеет определение синдрома Картагенера. Обнаружение синдрома у братьев также свидетельствует о его генетической природе.

Глобулозооспермия – синдром округлых головок с агенезией акросомы. Патология выявляется при электронномикроскопическом исследовании эякулята, и заключается в нарушении развития акросомального аппарата, ответственного за процесс проникновения сперматозоида в яйцеклетку. При этом можно выделить два варианта развития патологии головки сперматозоидов. Первый – характеризуется полной потерей акросомы и нарушением упаковки хроматина. При втором – акросома сформирована, однако хроматин деконденсирован. Заболевание имеет генетическую природу и приводит к необратимому бесплодию.

Преодолеть данные формы бесплодия позволяют процедуры ВРТ (вспомогательные репродуктивные технологии). Важным моментом является оценка степени риска передачи потомству генетической патологии.

Травмы половых органов являются нередкой причиной мужского бесплодия в связи особой чувствительностью ткани яичка к нарушению кровоснабжения. Рубцовые изменения после операции на яичке, семенном канатике или после грыжесечения также нередко приводят к бесплодию.

Опухоли яичек – наиболее часто встречающиеся злокачественные заболевания мужчин репродуктивного возраста. Патология нередко выявляется при обследовании инфертильного партнера. При этом, крипторхизм, приводящий к бесплодию, одновременно увеличивает риск развития рака. Лечение заключается в удалении пораженного яичка и, при необходимости, проведении химиотерапии (с предварительной криоконсервацией спермы). При раннем выявлении опухоли, прогноз благоприятный.

Варикоцеле – расширение вен яичка вследствие обратного тока крови (рефлюкса) по системе тестикулярной вены. Встречается у 15% мужчин. В 80–98 % случаев варикоцеле локализуется слева, в 3–8 % – справа и 2–12 % случаев – имеет двусторонний характер. По данным мировой литературы у 60 % больных отмечаются нарушение сперматогенной функции яичек, и у 40 % мужчин, обследуемых по поводу бесплодия, обнаруживают варикоцеле.

Выделяют следующие факторы бесплодия при варикоцеле:

- Локальная гипертермия
- Венозный застой, лимфостаз и гипоксия яичка ■

- Заброс биологически активных медиаторов из почек, надпочечников в яички

- Активация оксидативного стресса
- Повреждение гематотестикулярного барьера с развитием аутоиммунных процессов

Как правило, своевременная оперативная коррекция позволяет добиться фертилизации мужчины.

Патология спермы нередко является следствием перенесенных инфекционных заболеваний (тиф, корь, краснуха, малярия, пневмония, бруцеллез и даже грипп). Особое место занимает эпидемический паротит (свинка), когда почти у половины переболевших мужчин отмечаются необратимые изменения сперматогенного эпителия.

Среди прочих факторов, угнетающих функцию яичек, можно выделить интоксикации химическими веществами (ртуть, свинец, марганец, сероуглерод). Бессистемный прием антибиотиков, гормональных и стероидсодержащих препаратов, ионизирующее излучение, дефицит витаминов в пище также оказывает негативное влияние на сперматогенез. Выраженные и часто необратимые изменения сперматогенного эпителия обнаруживаются при наркотической, никотиновой и алкогольной интоксикации организма.

Посттестикулярное бесплодие включает:

- Экскреторное бесплодие
- Иммунное бесплодие

- Мужское бесплодие на фоне инфекционно-воспалительных заболеваний репродуктивной системы

- Нарушения выделения спермы:

1. Соматические препятствия эмиссии спермы (стриктуры уретры, гипоспадия, фимоз, искривления полового члена)

2. Эректильная дисфункция

3. Эякуляторная расстройство

Экскреторная форма бесплодия вследствие полной или частичной непроходимости семявыносящих путей приводит к азоо- или олигозооспермии. Патология может иметь первичный и вторичный генез и классифицируется по уровню локализации обструкции.

Врожденное отсутствие семявыносящего протока вследствие муковисцидоза встречается в 1—2% наблюдений у бесплодных мужчин и является одним из наиболее распространенных аутосомно-рецессивных заболеваний белой расы. Причиной являются мутации гена CFTR (cystic fibrosis transmembrane regulator). Избыточное выделение хлоридов приводит к гиперсекреции густой слизи в клетках эндокринной части поджелудочной железы, эпителия бронхов, слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта. Аплазия семявыносящего протока является результатом врожденной аномалии вольфова протока. В 95% случаев у мужчин выявляют обструктивную азооспермию.

Характерна двусторонняя врожденная непроходимость семявыносящего



протока. Тело и хвост придатков яичек, как правило, гипоплазированы, головки – обычно сохранены и заметно расширены. Семенные пузырьки аплазированы или гипоплазированы. Объем эякулята уменьшен, в нем отсутствует фруктоза и α -гликозидаза. При биопсии можно получить сохраненный тестикулярный материал с последующим проведением ЭКО/ИКСИ.

Синдром Юнга, представляющий обструктивную азооспермию, встречается достаточно часто в структуре мужского бесплодия. Отличительным признаком синдрома является сочетание бесплодия с поражением синусов и бронхов. Несмотря на некоторое сходство его проявлений с муковисцидозом, этот синдром имеет клинические и этиологические отличия. Гистологическая картина характеризуется закупоркой канальцев придатков яичек густым и плотным секретом в виде аморфных масс и сохраненным сперматогенезом. Характерно отсутствие структурных аномалий семявыносящих путей. Объем эякулята и содержание в нем фруктозы сохраняются в норме, что является еще одним отличительным признаком от муковисцидоза. Азооспермия при синдроме Юнга может возникать у пациентов, которые уже имеют детей. Это позволяет предположить, что окклюзия развивается постепенно, вследствие выработки сгущенного секрета. Мужчины в детстве часто болеют бронхитами, но к подростковому возрасту заболевание

регрессирует. Потовые и панкреатические функции не страдают. Методом выбора в лечении бесплодия данной группы пациентов, как и при муковисцидозе, является проведение ЭКО/ИКСИ.

Поликистозная болезнь часто имеет системный характер и, наряду с многочисленными кистами почек, печени и селезенки, кистозные образования могут быть найдены в придатке яичка и семенных пузырьках. Кисты вызывают компрессию семявыносящих протоков, что приводит к обструктивной азооспермии.

Мюллерова киста и киста уrogenитального синуса встречается в 1-3% случаев экскреторной азооспермии. Киста может вызвать латеральную окклюзию эякуляторных протоков, в ряде случаев сперматозоиды опорожняются непосредственно в кисту.

К приобретенным формам обструктивного бесплодия относится двусторонний эпидидимит. Воспаление придатков яичек часто осложняется рубцеванием ткани, что приводит к сужению или полной облитерации канала придатка. Нередко этиологическим фактором выступает гонорея (*Neisseria gonorrhoeae*), которая при затяжном течении приводит к склерозированию тканей, что заканчивается окклюзией. Наиболее неблагоприятной является локализация воспалительного процесса в области хвоста придатка, так как сохранность его проходимости после ■

перенесенного воспаления крайне низкая. Следствием хронизации процесса является обструктивная азоо- или криптозооспермия.

Мужская контрацепция в виде вазорезекции широко используется во многих странах. По разным данным около 5% мужчин со временем решают восстановить свою фертильность. В течение первых двух лет после вазорезекции в 80-90% случаев микрохирургическая операция по восстановлению проходимости протоков имеет благоприятный исход. Но, чем больше проходит времени после вазэктомии, тем менее благоприятен прогноз. Если после стерилизации проходит более 5 лет, то, несмотря на восстановление проходимости семявыносящего протока, способность сперматозоидов к оплодотворению практически отсутствует. Это связано с развитием антиспермального иммунитета, развивающегося на фоне хронической обструкции и застоя сперматозоидов в придатках яичек.

Лечение заключается в проведении реконструктивной операции на семявыносящих путях с формированием анастомозов. Эффективность данной процедуры по разным данным составляет от 25-40% и напрямую зависит от квалификации хирурга. Метод биопсии придатка или яичка (PESA, TESA, TESE) с получением нормальных сперматозоидов позволяет получить хорошие результаты в программе ЭКО/ИКСИ.

Обструктивный везикулит развива-

ется вследствие воспаления семенных пузырьков, приводя к их частичной или полной непроходимости. Патология проявляется в виде постепенного снижения концентрации сперматозоидов вплоть до олиго- и азооспермии. Диагностическую ценность имеет пункция семенных пузырьков с аспирацией их содержимого.

Полученные сперматозоиды можно использовать в процедурах вспомогательных репродуктивных технологий.

Иммунное бесплодие характеризуется образованием антиспермальных антител, которые представлены иммуноглобулинами классов G, A или M. Антитела могут быть фиксироваться к разным участкам сперматозоидов – головке, телу, хвосту. Формирование спермы начинается в период полового созревания и специфические антигены спермы не распознаются как «свои» иммунной системой. Однако сперматозоиды не атакуются иммунной системой, поскольку защищены от контактов с клетками иммунной системы биологическим барьером между семенными каналами и кровеносными сосудами, так называемым гематотестикулярным барьером. Повреждения гематотестикулярного барьера возникают вследствие травмы, инфекционно-воспалительных процессов, варикоцеле или оперативных пособий, таких, как вазорезекция. При таких условиях циркулирующие антитела вызывают аутоиммунную блокаду сперматозоидов.



К развитию иммунного бесплодия приводят:

- Генитальные травмы
- Варикоцеле
- Обструкция семявыносящих путей
- Инфекции полового тракта
- Опухоли яичек
- Крипторхизм
- Операции на репродуктивных органах

Антиспермальные антитела приводят к агглютинации («склеиванию») и иммобилизации сперматозоидов. Прогноз фертильности зависит не только от титра антиспермальных антител, но также от места их фиксации. Наиболее неблагоприятным местом является головка сперматозоида, что блокирует проникновение в яйцеклетку. При наличии антиспермальных антител у мужа или жены ухудшается качество образующихся зародышей, что снижает вероятность благоприятно исхода в процедурах ЭКО/ИКСИ.

Инфекционно-воспалительные заболевания половой сферы являются важным этиопатогенетическим фактором мужского бесплодия. За последние несколько лет отмечен рост инфекционно-воспалительных заболеваний у мужчин (уретрит, простатит, везикулит, эпидимит, орхит), приводящих к патологии спермы.

Микробные агенты, включая специфическую инфекцию, передающуюся половым путем (хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, гонорея), поражают

уретру, добавочные половые железы и яичко. Это приводит к нарушению как секреторной, так и эвакуаторной функций. На фоне хронических воспалительных процессов полового тракта ухудшается качество спермоплазмы, обеспечивающей поддержание жизнедеятельности сперматозоидов. Вследствие этого активируются свободнорадикальные процессы в семенной плазме. Создается дефицит микроэлементов, витаминов, иммуноглобулинов и ферментов, нарушается вязкость эякулята.

Исследователи отводят пристальное внимание изучению влияния оксидативного стресса на фертильность мужчины и эмбриональное развитие плода. Эндогенные реактивные формы кислорода (РФК), к которым относят перекись водорода, ионы кислорода, свободные радикалы, в норме являются продуктами метаболизма O_2 клетки. Они несут роль медиаторов внутриклеточных сигнальных путей.

Дисбаланс между выработкой РФК и их захватом семенными антиоксидантами приводит к окислительному стрессу. По разным оценкам у 25% бесплодных мужчин выявляются высокие уровни радикалов в семенной жидкости. Хотя контролируемая выработка РФК требуется для физиологии спермы (гиперактивация спермы, капацитация и акросомная реакция) и естественного оплодотворения, избыточная выработка свободных радикалов незрелыми зародышевыми клетками и лейкоцитами ■

приводит к патологическим процессам. Следствием является патоспермия и нарушение структуры ДНК сперматозоидов.

Противовоспалительная и антибактериальная терапия, с учетом чувствительности микрофлоры, как правило, улучшает показатели спермограммы. Кроме этого, в лечении нередко используются препараты с антиоксидантным механизмом действия и трофопротекторы.

Нарушение эмиссии спермы вследствие анатомических изменений полового члена может препятствовать попаданию эякулята в половые пути женщины. Причиной являются врожденные и приобретенные заболевания: гипо- и эписпадии, фимоз, стриктуры уретры, девиация полового члена. Оперативная коррекция позволяет устранить механические препятствия и, при условии сохранного сперматогенеза, добиться восстановления фертильного статуса мужчины.

Эректильная дисфункция не самая распространенная причина бесплодного брака. По этиологии подразделяется на психогенную и органическую. Лабораторные и инструментальные методы позволяют провести дифференциальную диагностику между этими формами. В большинстве случаев современные препараты позволяют восстановить эректильную функцию пациента и добиться нормализации сексуальной активности. При неэффективности прибегают к фаллопротезированию.

Расстройства эякуляции (анэякуля-

ция, аноргазмия, ретроградная эякуляция) могут быть следствием заболеваний спинного и головного мозга, рассеянного склероза, перенесенных травм, операций на органах малого таза и забрюшинного пространства. Препараты из групп нейролептиков, антидепрессантов, прием некоторых антигипертензивных средств, алкоголя также могут стать причиной данной патологии.

К эффективным методам лечения ретроградной эякуляции можно отнести установку баллонного катетера, препятствующего попаданию спермы в мочевой пузырь. Также нередко используется техника сбора посторгазменной мочи с последующей центрифугацией и использованием полученного материала в ВРТ. При функциональной ретроградной эякуляции препараты из группы симпатомиметиков (мидодрин) позволяют добиться положительного результата. Однако, как правило, нормальная эякуляция имеет временный характер и побочные эффекты ограничивают использование данных лекарственных средств.

Для получения эякулята у больных с поражением спинного мозга наиболее часто используют методы вибростимуляции или трансректальной электроэякуляции.

При неэффективности данных методов прибегают к оперативной аспирации сперматозоидов (PESA, TESA, TESE) с последующим их использованием в процедурах ЭКО/ИКСИ.



Криоконсервация спермы

Криоконсервацией – метод хранения биологических материалов при температуре близкой к абсолютному нулю. При температуре -196°C замедляются или прекращаются биохимические процессы клеточного метаболизма, лежащие в основе гибели клетки.

Впервые криоконсервация спермы была использована в ветеринарии в 1940-х гг. Первая беременность с использованием размороженной спермы была описана в 1954 г.

Криоконсервацию используют для хранения эякулята, тканей яичка, яйцеклеток и эмбрионов на ранних стадиях развития.

Показания к криоконсервации эякулята:

- Молодые лица со злокачественными заболеваниями (рак яичка, болезнь Ходжкина, лейкозы, опухоли костной ткани), пациенты, которым планируется лучевая или химиотерапия

- Заболевания, лечение которых может сказаться на качестве спермы, особенно в случаях проведения гормоно-, химио- или лучевой терапии

- Операции, влияющие на мужскую фертильность (орхэктомия, вазотомия, резекция шейки мочевого пузыря и пр.)

- Эндокринные и соматические заболевания, угнетающие репродуктивную функцию мужчины (гигантские аденомы гипофиза, краниофарингеомы, хронические нефропатии, декомпенсированный сахарный диабет, рассеянный

склероз)

- Пациенты с травмами спинного мозга или периферической полинейропатией, у которых в 95% утрачивается способность к эякуляции и сперма может быть получен с помощью трансректальной электростимуляции

- Гипогонадотропный гипогонадизм после корригирующей гормонотерапии

- В случаях получения сперматозоидов хирургическим способом (TESA, TESE, PESA, MESA) для использования в программах ВРТ

- Мужчинам, профессия которых связана с высоким риском утраты репродуктивного здоровья (контакт с органическими и неорганическими веществами, работа в условиях высоких и низких температур, ионизирующего излучения), при экстремальных видах работ (автогонщики, испытатели, военнослужащие в период военных действий)

- Криоконсервация донорской спермы

В заключении хочется отметить, что эффективность лечения бесплодной пары во многом зависит от правильной постановки диагноза и выбора метода коррекции в каждом конкретном случае. При этом, важным моментом в решении проблемы является междисциплинарный подход с обязательным участием гинекологов, урологов-андрологов, репродуктологов, эмбриологов, а также генетиков и специалистов других дисциплин. ■

Может ли донорство быть бесплатным?



А. Паевский
Специальный
корреспондент
«Дайджеста урологии»

С 2013 года в стране действует новый закон о донорстве, породивший много разговоров, слухов и толкований. Правда ли то, что в нашей стране донорство будет только бесплатным и возможно ли сделать так, чтобы бесплатное донорство было успешным?

Новый закон

20 января 2013 года в силу вступил новый Федеральный Закон Российской Федерации от 20 июля 2012 года N125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов». После этого и пресса, и интернет взорвались заголовками. «Донорство станет бесплатным», «Есть ли будущее у бесплатного донорства?», и так далее.



Главный тезис, который декларировали авторы публикаций и блоггеры, был таков: закон N125-ФЗ вводит исключительно бесплатное донорство.

Как ни странно, этот тезис неверен. Скорее всего, это связано с тем, что многие начали комментировать закон по новостям в СМИ, не удосужившись прочитать сам его текст. Впрочем, неудивительно: даже на официальном сайте Службы крови [1] в разделе «официальные документы» [2] (который еще надо на сайте найти, что непросто) на момент написания данной статьи (май 2013 года), текста самого закона не было.

Откроем же сам текст закона, опубликованный 23 июля 2012 года в «Российской газете» и на ее сайте [3], и с тех пор доступный всем желающим, не ленимся пользоваться поиском в Интернете.

Вот два ключевых пункта в этом законе. Статья 4:

Донорство крови и (или) ее компонентов основывается на следующих принципах:

- 1) безопасность донорской крови и ее компонентов;*
- 2) добровольность сдачи крови и (или) ее компонентов;*
- 3) сохранение здоровья донора при выполнении им донорской функции;*
- 4) обеспечение социальной поддержки и соблюдение прав доноров;*
- 5) поощрение и поддержка безвозмездного донорства крови и (или) ее компонентов.*

То есть – о безвозмездном донорстве говорится, но не как об обязательном условии, а лишь о том, что принципы донорства в нашей стране будут основаны на поощрении и поддержке “бесплатного” донорства.

Читаем дальше. Статья 12, часть 2 оговаривает, что донор имеет право:

[...] 1) На сдачу крови и (или) ее компонентов безвозмездно или за плату в соответствии с настоящим Федеральным законом; [...]

То есть, выходит, Закон вовсе не запрещает плату за донорство!

Более того, судя по всему, нынешний ФЗ впервые говорит о возможности платы за сдачу крови. Ведь ранее об этом в самом законе не говорилось, а плата формально была «компенсацией за питание».

И вот, 8 мая 2013 года на сайте

Минздрава был опубликован [4] приказ от 26 апреля 2013 г. № 265н. Приведем его текст дословно.

В соответствии с пунктом 6 части 2 статьи 9 Федерального закона от 20 июля 2012 г. № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 30, ст. 4176) приказываю:

1. Установить, что замена бесплатного питания донора крови и (или) ее компонентов (по установленному пищевому рациону донора крови и (или) ее компонентов) денежной компенсацией возможна в случае донации крови и (или) ее компонентов с использованием мобильных комплексов заготовки крови, в случае донации крови и (или) ее компонентов в помещениях, предоставленных в соответствии с пунктом 3 статьи 26 Федерального закона от 20 июля 2012 г. № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов», а также в случае подачи донором письменного заявления о замене бесплатного питания денежной компенсацией.

2. Установить, что размер денежной компенсации в случаях, указанных в пункте 1 настоящего Приказа, составляет 5 % от действующей на дату сдачи крови и (или) ее компонентов величины прожиточного минимума трудоспособного населения, установленной в субъекте Российской Федерации, на территории которого совершена донация крови и (или) ее компонентов.

Министр В.И. Скворцова ■

Казалось бы, вопрос закрыт. Но, тем не менее, стоит поговорить о некоторых вопросах, часто возникающих в дискуссии о донорстве:

- Зачем вообще нужна система донорства? Какова ситуация с ним в России и в мире?

- Возможно ли в принципе организовать бесплатную систему донорства?

- Как эффективнее всего организовать донорство в нашей стране?

Ситуация с донорством

Ежегодно в донорской крови в нашей стране нуждается около полутора миллионов человек. Помимо того, что донорская кровь требуется в случаях аварий и катастроф, многие современные медицинские технологии и операции требуют большого количества донорской крови и ее компонентов. В связи с тем, что **безопасное количество сдач крови донором в год ограничено пятью для мужчины и четырьмя для женщины**, специалисты считают, что для нормального функционирования системы здравоохранения нужно хотя бы 25 доноров на тысячу человек донороспособного населения.

И это число на фоне реальности выглядит очень безрадостным. К концу 2000-х годов ситуация с донорством в России сильно ухудшилась. За десять лет, **с 1998 по 2008 годы количество доноров в стране уменьшилось более,**

чем вдвое: с 4 миллионов до 1,8 миллионов человек. На 1000 человек в стране было всего 12 доноров. Для сравнения, в развитых странах на 1000 человек приходится 35-60 доноров. Неужели это достигается исключительно за счет платы за сдачу крови?

С 1998 по 2008 годы количество доноров в стране уменьшилось более, чем вдвое: с 4 миллионов до 1,8 миллионов человек. На 1000 человек в стране было всего 12 доноров. Для сравнения, в развитых странах на 1000 человек приходится 35-60 доноров.

Бесплатное донорство в мире

Как ни странно, но в большинстве стран, достигших хороших и отличных результатов (более 30 доноров на 1000 населения), донорство исключительно безвозмездное и добровольное.

Возьмем, для примера, США, на которые сейчас принято равняться – в этой стране количество доноров составляет 60 человек на 1000 населения. Донорство там тоже бесплатное, но там сбором крови доноров заняты некоммерческие организации с лицензией на осуществление фармацевтической деятельности (в США донорская кровь считается лекарством). Сами организации существуют за счет поставок крови в больницы. Донорство в США бесплатное, поэтому организациям приходится конкурировать за донора, как за чело-



В России

Прежде чем начать теоретизировать о будущем бесплатного донорства в России, нужно отметить интересную деталь: лучших результатов удалось добиться тем регионам, где количество «платных» доноров было минимальным.

Психологи свидетельствуют: **наш народ в целом очень отзывчивый и всегда готов сделать доброе дело. Это очень по-русски.** Поэтому в случаях катастроф, терактов или опасности для жизни близких, знакомых, люди сами идут сдавать кровь.

Однако сдавать кровь «вообще», «просто так», «абстрактно» – это сложнее. Более того, даже появившийся в результате полученной информации о том, что кровь нужна всегда, благородный порыв очень быстро гаснет, когда выясняется, что для того, чтобы сдать кровь нужно:

а) провести поиск информации о том, как это сделать, в интернете (при этом нужный результат выдастся явно не в три клика),

б) возможно, дозвониться до пункта сдачи крови и записаться – или просто уточнить месторасположение пункта,

в) самому поехать туда, потерять кучу времени – ведь часто необходимо через весь город, по пробкам, перед работой...

Маркетологи прекрасно знают, что если для совершения покупки человеку нужно самому совершить множество действий, человек покупку не сделает. О чем говорить, если многим из нас часто лень ■

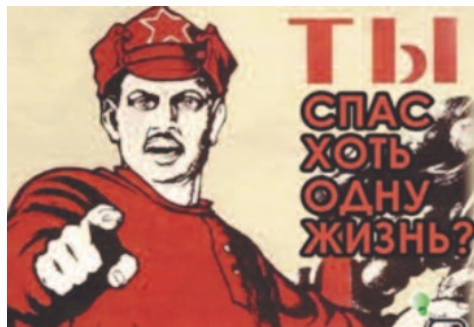
века, от которого зависит их благополучие.

Поэтому, во-первых, поиском доноров и общением с ними занимаются профессионалы: вербовщики доноров, а не медицинский персонал. Во-вторых, **система поиска доноров построена по всем правилам маркетинга** и организуется специалистами. Именно поэтому, к примеру, проводятся выездные акции по сбору крови: в гостиницах, торговых центрах, пожарных станциях и так далее.

Ну и, разумеется, всемерные почёт, уважение и бесконечные персональные «поглаживания» (в терминах психологов) для каждого донора – сувениры, наклейки, футболки, благодарственные письма, списки на сайтах.

В других странах организации, занимающиеся сбором донорской крови, могут быть государственными, но принципы организации работы – схожи.

забить поисковой запрос о законе в строку поиска в Яндексe и проверить высказывания журналистов! Гораздо проще нажать кнопку «репост» около очередной записи с просьбой сдать кровь – и поставить себе галочку: «доброе дело сделано».



Итак, что же нужно сделать, чтобы бесплатное донорство в нашей стране было эффективно?

1. Повсеместная активная пропаганда донорского движения и донорства. При этом рекламировать донорство нужно не только с упором на то, что это почетно, благородно, модно и престижно (хотя и это нужно), нужно показывать конкретные примеры: «Вот, друзья, Иван Петрович Сидоров. Вы его не знали, но именно ваша кровь спасла ему жизнь».

2. Отдельно стоит задуматься о широкой «раскрутке» звания «почетный донор». Не пафосно-официозной, «для галочки», но прививающей реальное уважение этим людям, сдавшим кровь более 40 раз или плазму крови более 60 раз. Кстати, с 2013 года почетный донор ежегодно получает выплату в 11138 рублей. Но вот пример того, как звание пока «не

работает»: формально в Москве его обладатель имеет право на 50% скидку в аптеках, но реально почти ни один сотрудник аптек не в курсе о ней.

3. Дать возможность сдать кровь на работе, или повинуюсь импульсному влечению (то есть, грубо говоря, увидеть плакат «Сдай кровь!», подойти и быстро сдать кровь). А это означает большое количество передвижных пунктов сдачи крови и постоянная их работа.

4. Получать личные небольшие льготы – отгул на работе, преференции по проезду в транспорте и т.д. При этом некоторые льготы – есть, и предусмотрены даже Трудовым кодексом (к примеру – отгулы предусматривает статья 186), но о них люди, еще не принявшие решение стать донорами, мало знают. Так что льготы мало предоставить, о них нужно еще и информировать.

5. Преференции от государства работодателю, организующему сдачу крови сотрудниками на рабочих местах.

Кое-что в этом направлении делается с 2008 года, когда Минздравсоцразвития России и Федеральное медико-биологическое агентство запустило Программу развития добровольного донорства крови.

Определенных результатов достичь удалось: количество доноров в стране немного выросло (с 12 до 14 на 1000). Но сделать предстоит еще очень много. ■

Ссылки:

1. <http://www.yadonor.ru/>
2. <http://www.yadonor.ru/ru/service/program/docs/>
3. <http://www.rg.ru/2012/07/23/donorstvo-dok.html>
4. <http://rosminzdrav.ru/docs/mzsr/orders/1417>

Авторы:



Антонов Алексей Витальевич

Доктор медицинских наук.
Руководитель Центра эндоурологии Санкт-Петербургской
Городской Мариинской больницы
доцент кафедры урологии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова,
профессор кафедры хирургии им. Н.Д.Монастырского
СЗГМУ им. И.И.Мечникова



Аль-Шукри Сальман Хасунович

Заслуженный врач РФ
Доктор медицинских наук, профессор
Заведующий кафедрой урологии
Санкт-Петербургского государственного
медицинского университета им. акад. И.П.Павлова



Эндовидеохирургические операции на почках и верхних отделах мочеточников

Руководство для врачей

**Книга профессора Антонова Алексея Витальевича
и профессора Сальмана Хасуновича Аль-Шукри
выйдет в июле 2013 года**

Все вопросы Вы можете задать Анне Голубевой
по электронной почте golubeva@uromedia.ru

**Издательский дом “УроМедиа”
Москва
2013**

Злоупотребления американских врачей

Газета USA TODAY («США сегодня») обнародовала результаты исследования, проведенного Центром по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) о назначении антибиотиков американскими врачами.



Как оказалось, антибиотики являются излюбленным назначением. Но именно их чрезмерное применение является одной из причин того, что они теряют свою эффективность, делая инфекционные заболевания все более трудноизлечимыми, а их возбудители – устойчивыми к препаратам.

Тревогу забил профессор фармакологии Университета штата Иллинойс (Чикаго) Кейт Родволд, который проанализировал применение антибиотиков в каждом штате.

С 1940-х годов антибиотики творили чудеса, спасая жизни пациентов. Но бактерии, возбудители инфекционных забо-



леваний, стали приспосабливаться, вырабатывать факторы защиты, делающие их устойчивыми к антибиотикам. Развитию резистентности к антибиотикам способствует нарушение рекомендаций их приема – применение не по показаниям, несоблюдение дозы длительности приема. По данным CDC, в настоящее время существует, по меньшей мере, двадцать устойчивых к антибиотикам бактериальных штаммов.

Исследователи CDC проанализировали практику назначения антибиотиков в 2010 г. Результаты их работы опубликованы в журнале *New England Journal of Medicine*.

В 2010 г. в США врачи назначили 258 млн доз антибиотиков на 309 млн населения. Получается, что в среднем на 1000 человек пришлось 833 рецепта на антибиотики.

Однако, в разных штатах ситуация различается. Так, например, в Западной Вирджинии, Кентукки и Теннесси уровень назначения антибиотиков составляет 1,2 тыс. рецептов на 1 тыс. человек. На Аляске, в Орегоне и Калифорнии этот показатель на уровне 600 и менее на 1 тыс. человек. Доктор Лора Хикс из CDC, один из авторов исследования, считает, что причина такого различия в том, что южане чаще страдают от инфекционных заболеваний, чем жители других регионов США. Кроме того, в южных штатах выше уровень распространенности ожирения и сахарного диабета, а диабетики более подвержены инфекциям, чем здо-

ровые люди. Во многих случаях, считает она, назначение антибиотиков, скорее всего, оправдано.

По данным исследования, проведенного учеными из Питтсбургского университета (штат Пенсильвания) в 2012 г., на юге США также больше распространены респираторные инфекции, в частности бронхиты. Исследователи CDC выяснили, что самым популярным у американских врачей антибиотиком является азитромицин, который широко назначают именно при бронхите. В этом и кроется проблема. Ведь в большинстве случаев бронхит развивается из-за вирусной инфекции, а антибиотики азитромицинового ряда для борьбы с вирусами не предназначены. Поэтому, авторы исследования призвали к тому, чтобы антибактериальные препараты назначались врачами строго по показаниям.

Рост резистентности можно было бы не воспринимать так драматически, если бы в арсенале врачей имелись новые препараты. Однако разработка новых антибиотиков является очень дорогостоящей, и приносит фармацевтическим компаниям гораздо меньше прибыли, чем производство любых других препаратов.

В заключение надо отметить, что в России, в отличие от США, практически любой антибиотик можно купить в аптеке без рецепта и применять его без назначения врача. Уже в 2012 году антибиотикорезистентность названа угрозой национальной безопасности. ■

Где мера, там и вера

Врачи стали меньше доверять клиническим исследованиям, проведенным при финансовой поддержке фармацевтических компаний, говорится в новом исследовании Harvard Medical School.



В журнале New England Journal of Medicine был опубликован доклад о том, что среди врачей давно уже существует предубеждение против подобных исследований. В ходе своего собственного исследования ученые из Harvard Medical School просили врачей прочитать абстракты исследова-

ний, рассказывающих о перспективных клинических данных для нескольких новых препаратов (тезисы были фальшивками, написанные группой исследователей, но врачи об этом не знали). Абстракты отличались друг от друга в зависимости от того, насколько строго были оформлены исследования. Разли-



чия также давали понять, связано ли финансирование исследований с Национальным институтом здоровья (National Institutes of Health – NIH), или с фармацевтической компанией, в которой автор имел финансовый интерес, или проводились без источника вовсе. Врачей просили описать, насколько точным было исследование, доверяли бы ли они результатам, если бы у них была возможность назначать исследуемый препарат.

Как и ожидалось, врачи, в основном, правильно понимают, насколько доказательным было исследование. Но в каждой категории, вера доктора в результаты находилась под сильным влиянием информации об источнике финансирования: только половина докторов готова выписывать лекарства, исследования которых финансировались фарминдустрией в отличие от исследований, финансируемых Национальным институтом здоровья.

Компании вливают миллиарды долларов в клинические исследования ежегодно. Как отмечают авторы в своем докладе: «Несмотря на случайные научные и этические упущения в исследованиях, проводимых фармацевтическими компаниями, необходимо понимать, что фармкомпании поддерживают много крупных исследований, которые имеют особую клиническую

важность. Чрезмерный скептицизм в отношении поддержанных фармпромышленностью исследований может препятствовать надлежащему использованию результатов исследований на практике».

Но как показывает практика, врачи скептически относятся к новейшим лекарствам, пока они считают, что их безопасность не доказана независимыми исследованиями в полной мере. Такое предубеждение может также препятствовать прогрессу в разработке лекарственных препаратов. Исследователи предполагают, что фармкомпании должны упорно трудиться, чтобы укрепить свой авторитет.

В сопроводительной редакционной статье, главный редактор New England Journal Medicine пишет, что информация, предлагаемая врачам, должна содержать полный отчет об исследовании и его результатах. Редакция журнала заявила, что таким исследованиям можно доверять.

Как показывает практика, врачи скептически относятся к новейшим лекарствам, пока они считают, что их безопасность не доказана независимыми исследованиями в полной мере.

По материалам сайта medpred.ru

Расширяем горизонты: коралловидный литиаз



С.С. Бровкин
врач - уролог



Н.К. Гаджиев
к.м.н., уролог

ВЦЭРМ им А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург

Надо признать, друзья, мы живем в эпоху бурного развития научно-технического прогресса, который не обходит стороной и медицину. Урология, как медицинская специальность, одна из первых вбирает в себя плоды этого прогресса, что в свою очередь активно сокращает число заболеваний, представляющих собой трудноразрешимые задачи.

Ящик Пандоры

С внедрением в современный арсенал уролога таких методов лечения мочекаменной болезни, как ретроградная интратрениальная литотрипсия и перкутанная хирургия, проблема коралловидного литиаза перестала представлять из себя «ящик пандоры». Так, на сегодняшний день, согласно различным данным, эффективность эндоурологического лечения коралловидных камней варьирует от 70 до 92%.

Итак, подходя к решению вопроса о лечении пациента с коралловидным камнем, в арсенале практикующего уролога

имеется несколько возможностей: консервативная тактика, медикаментозная тактика лечения, открытая/лапароскопическая хирургия и малоинвазивные методы, включающие в себя перкутанную нефролитотомию как в монорежиме, так в комбинации с ретроградной нефролитотрипсией/дистанционной литотрипсией.

Несмотря на доказанное превосходство оперативного метода лечения коралловидных камней, все еще остаются центры и клиники, неоправданно рекомендуемые консервативную тактику, при этом наивно полагая, что почку уже не спасти и операция сделает ситуацию



только хуже. При этом в наблюдениях Blandy и Singh за 185 пациентами с коралловидными камнями были сделаны следующие выводы: 10-летняя смертность в группе прооперированных по поводу коралловидного литиаза пациентов составила 7,2% по сравнению с 28% у пациентов, находящихся под наблюдением, и подобных заключений в литературе не мало.

Применение медикаментозной тактики в виде перкутанного хемолиза имеет весьма ограниченные показания: струвитные, цистиновые камни, камни из мочевой кислоты. При этом существует реальный риск развития жизнеугрожающих состояний, таких как уросепсис, гипермагнезиемия и т.д. А если учесть, что этот метод еще и не из дешевых и требует значительных временных затрат, то не удивительно почему хемолиз не получил широкого распространения.

Операционная травма как мерило эффективности

Рассмотрим ситуацию, когда все же решено оперировать пациента. Но какой способ выбрать?

На одной чаше весов открытая/лапароскопическая анатрофическая нефролитотомия – один продольный разрез и камень у нас, дело сделано! На другой чаше весов – малоинвазивные способы: перкутанная нефролитотомия с или без ретроградной нефролитотрипсии. В настоящее время согласно руководству по

лечению коралловидных камней Американской ассоциации урологов перкутанная нефролитотомия является методом выбора у большинства пациентов с коралловидными камнями. Основания – результаты мета-анализа, проведенного экспертной группой по коралловидному литиазу. Полученные данные демонстрируют более высокую эффективность перкутанной хирургии – 78% против 71% при открытой хирургии, а также меньшую длительность операции, меньшую длительность госпитализации и более раннее возвращение к труду.

Конечно все еще остается вопрос о функциональном вкладе операционной травмы при открытой или перкутанной хирургии, так как нет возможности обобщить функциональные исследования для проведения систематического обзора (нет гомогенности – используются разные радиоизотопы (DMSA, DTPA, MAG3), имеющие различные механизмы выведения, не определены временные интервалы, в которых необходимо оценивать функцию прооперированной почки, и т.д.). В целом предварительные данные говорят об относительной безопасности перкутанных методов лечения коралловидного литиаза. Так в одном из исследований с использованием DMSA было показано, что один перкутанный ход приводит к рубцеванию и выключению из функции до 4% коркового слоя, что на общем вкладе в функцию почки никак не сказывается. Чего не скажешь об анатрофической литотомии – снижение ■

почечной функции по некоторым данным достигает до 30% у оперированных пациентов, и это при условии технически правильного исполнения (поиск и разрез вдоль аваскулярной линии Бродля или Цондека, заключительный осмотр полостной системы почки фиброуретоскопом для поиска и удаления резидуальных фрагментов и т.д.).

Несмотря на все вышеперечисленное, остаются центры, пытающиеся не только практиковать нефролитотомические способы, но и активно их пропагандировать, что не может не растраивать.

Конечно, для любого уролога, практикующего перкутанные методы лечения коралловидных камней, особую сложность представляют так называемые полные коралловидные камни (K4 – по Мартову, B1 – по Sampaio, 3-ий тип по Desai и т.д.).

Сложность их заключается в следующем:

- продолжительное время нефроскопии, порой занимающее 2-2,5 часа, что в случае со струвитным литиазом неизбежно увеличивает риск уросепсиса. Было показано, что частота уросепсиса прямо пропорциональна длительности нефроскопии при относительно безопасном периоде до 2 часов;

- частая необходимость выполнения большого количества перкутанных ходов, повторных операций для достижения полного удаления фрагментов камня. Так по данным уже упоминавшегося выше метаанализа, для окончательного очище-

ния почки от камня требуется в среднем 1,9 процедур.

Работа по стандартам

Говоря об эффективности перкутанной хирургии, хочется сказать и о стандарте, который применяется в нашем центре – выполнение низкодозной МСКТ почек на следующие сутки после операции. При индексе массы тела не более 30 лучевая нагрузка редко превышает 0,6 мЗв. Для сравнения, обзорная рентгенограмма мочевыводящих путей «весит» от 0.5 до 1 мЗв. При этом доказано, что МСКТ в низкой дозе имеет более высокую точность диагностики резидуальных камней по сравнению с комбинацией УЗИ и нативной рентгенографии, применяющейся во многих центрах. О низкодозном протоколе МСКТ обещаем написать в нашем следующем сообщении.

В нашей клинике имеется небольшой, но достаточно успешный опыт выполнения перкутанных операций, которым мы бы хотели поделиться. Возможно, это позволит укрепить веру наших коллег как в собственные возможности, так и в нереализованные возможности перкутанных способов оперативного лечения коралловидных камней.

Ниже приведены снимки до и после операций пациентов с полными коралловидными камнями.

В заключение хотелось бы сказать, что перкутанная хирургия коралловидных камней, а в особенности самой тя-

СОНИРИД ДУО

0,4 мг тамсулозин + 5 мг финастерид



Мужской набор

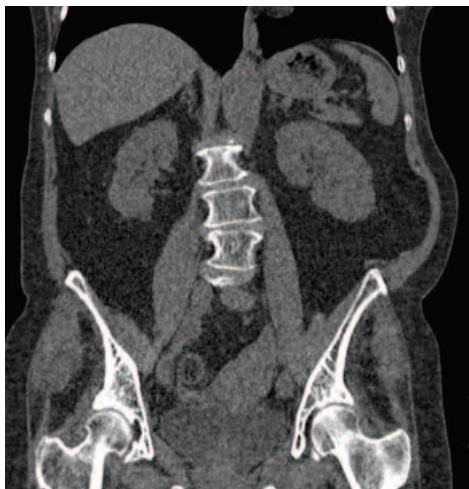
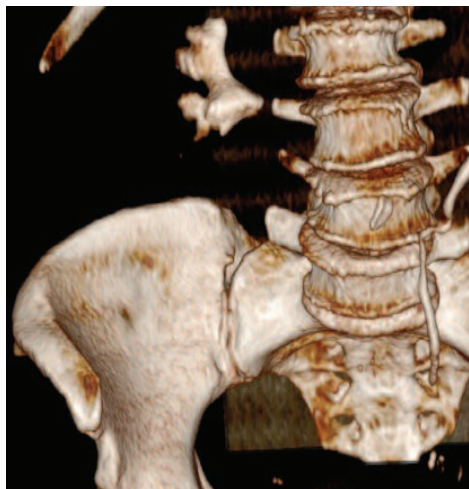
Комбинированное
лечение ДГПЖ
без лишних затрат!



ГЕДЕОН РИХТЕР

реклама

Пациент № 1 Полный коралловидный камень правой почки. 1 ПНЛ, 1 доступ



Пациент №2 Полный коралловидный камень 2 сеанса ПНЛ, 3 доступа



желой категории, такой как полные коралловидные камни, подчас представляет собой весьма непростую задачу, как для клинициста, так и для пациента. Лечение таких случаев требует максимальной концентрации, самоотвержен-

ности и готовности к неудачам. Однако сохраненная функционально почка и значительное улучшение качества жизни подчас сполна компенсируют все имевшиеся в процессе лечения трудности. Удачи нам всем! ■



Трансректальная биопсия предстательной железы на фоне антикоагулянтной терапии



А.В. Сивков
врач - уролог

ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России



Г.А. Ковченко
врач - уролог

Трансректальная биопсия предстательной железы (БПЖ) относится к довольно безопасной диагностической процедуре в онкоурологической практике. Как известно, данная процедура выполняется пациентам с подозрением на рак предстательной железы (РПЖ). Среди возможных осложнений БПЖ стоит отметить гематурию (35-44%), ректальное кровотечение (22-26%), гематоспермию (8-14%), сепсис (0,1-0,5%), острую задержку мочеиспускания (1-3%). Неоспорим тот факт, что клинические признаки, подозрительные на РПЖ, чаще проявляются среди категории пациентов пожилого возраста, однако в то же время у данной категории пациентов растет частота сердечно-сосудистых заболеваний.

100 лет на службе здоровья

У подавляющего большинства пожилых мужчин, где риск атерогенеза и тромбообразования может стать причиной серьезных сердечно-сосудистых осложнений, с целью вторичной профилактики патогенетиче-

ски оправдано проведение длительной антитромботической терапии. В данном случае основная роль в патогенетической терапии принадлежит препаратам, ингибирующим функцию тромбоцитов.

Ацетилсалициловая кислота (АСК) используется в медицинской практике более 100 лет, а в последнее время ■

широко применяется в качестве ингибитора функции тромбоцитов и противовоспалительного средства в комплексной терапии коронарной (ишемической) болезни сердца (ИБС), ишемий мозга, связанных с атеросклеротическим поражением сосудов, диабетической ангиопатии, гипергомоцистеинемии и тромбофилий различного генеза.

Основными показаниями к профилактическому приему АСК являются:

- нестабильная стенокардия,
- острый и подострый инфаркт миокарда (в том числе подозрение на инфаркт миокарда),
- стабильная стенокардия,
- постинфарктный кардиосклероз,
- транслюминальная баллонная коронарная ангиопластика и стентирование,
- эндартерэктомия сонных артерий,
- динамическое нарушение мозгового кровообращения,
- ишемический инсульт в анамнезе,
- стенозирующий атеросклероз периферических артерий,
- шунтирование артерий нижних конечностей,
- артерио-венозное шунтирование у больных, находящихся на гемодиализе,
- экстракорпоральное кровообращение,
- послеоперационный тромбоз глубоких вен нижних конечностей,
- мерцательная аритмия, состояние

после пересадки искусственных клапанов.

У перечисленных категорий больных назначение АСК позволяет снизить частоту инфарктов миокарда и инсультов (первичных и повторных), риск тромбоэмболических осложнений и смертность.

В настоящее время широко известно, что для вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациентам со стабильной стенокардией достаточно назначение малых доз (75–100 мг/сут.) АСК. Убедительным подтверждением эффективности малых доз АСК являются результаты клинических исследований. Например, по данным метаанализа по вторичной профилактике ИБС, проведенного и опубликованного в британском медицинском журнале, применение АСК в дозах 75 мг или 160–325 мг/сут давало даже больший эффект в снижении риска осложнений, чем его использование в дозах 500–1500 мг/сут.

Перерыв в антикоагулянтной терапии – допустимо или нет?

В руководстве Европейской Ассоциации Кардиологов (ЕАК) указывается на 3-х-кратное увеличение риска серьезных кардиальных осложнений при прерывании систематической терапии АСК. Отмена АСК у больных, которым предполагаются хирургические вмешательства



ства, должно производиться только в случае, если риск кровотечения преобладает над риском кардиологических осложнений. С осторожностью стоит подходить к отмене антиагрегантов у пациентов перед эндоскопическими или малыми хирургическими вмешательствами. В руководстве ЕАК приводятся данные метаанализа, проведенного в 2001 году. Согласно данному крупномасштабному исследованию, которое включало 49590 пациентов, периоперационный риск кровотечения у пациентов, принимающих АСК, увеличивается лишь на 1,5 раза, так же в данном исследовании было отмечено, что АСК не приводит к увеличению степени тяжести кровотечения.

Среди клинических урологов бытует мнение о необходимости отмены препаратов группы антиагрегантов, более чем за 5-7 дней до выполнения хирургических манипуляций, в том числе БПЖ, однако данные литературы, указывающие на осложнения в виде выраженного кровотечения у данной группы пациентов, относительно скудны.

Опыт НИИ урологии

Мы провели собственное наблюдение, в котором сравнили наличие и характер осложнений после БПЖ у пациентов, которые постоянно принима-

ют АСК по кардиологическим показаниям, и у пациентов, которые не получают соответствующую терапию.

Целью нашего исследования явилось определение возможности безопасного выполнения трансректальной БПЖ у пациентов, систематически (не менее 6 месяцев) принимающих препараты, содержащие АСК в низкой дозе 75-100 мг, а также сравнить полученные результаты с группой пациентов, не принимающих данные препараты.

В исследование было включено 168 мужчин, средний возраст которых составил 67,3 (49 – 83) лет, с показаниями для выполнения БПЖ на основании данных ПСА, пальцевого ректального исследования, ТРУЗИ, МРТ органов малого таза, гистосканирования или эластографии. Пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу, в которую вошли 83 больных, составили мужчины, длительное время (от 6 мес.) находившиеся на терапии препаратами, содержащие АСК в дозе 75-100 мг. Вторую группу (контрольную группу), составили 85 пациентов с показаниями для биопсии простаты, которые по меньшей мере 3 месяца до проведения БПЖ не принимали препараты, обладающие антиагрегантными свойствами.

Пациентам обеих групп была выполнена трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы из 12 точек (по 6 точек из каждой доли ■

Механизм действия АСК заключается в необратимом ингибировании циклооксигеназы тромбоцитов с последующим уменьшением синтеза тромбоксана А2 и простаглицлина этими клетками. Завершение цикла инактивации занимает до 10 дней, что связано с длительностью жизни самого тромбоцита. Не существует единого мнения относительно того, нужно ли отменять прием низких доз ацетилсалициловой кислоты до операции. По данным литературы риск кровотечения во время операции увеличивается в среднем в 1,5 раза, при этом, однако, следует тщательно оценивать риск сердечно-сосудистых осложнений в виде тромбоза легочной артерии и ее ветвей, инфаркта миокарда у данной категории пациентов. В одном из проведенных исследований было показано, что отмена ацетилсалициловой кислоты увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений на 10,2%, которые проявлялись: острым нарушением мозгового кровообращения через 14.3 ± 11.3 дней, острым коронарным синдромом через 8.5 ± 3.6 дней, тромбозом периферических сосудов через 25.8 ± 18.1 дней.

согласно единому протоколу). Во всех случаях БПЖ выполнялась с использованием трансректального датчика. Для забора биопсийного материала использовался автоматический пистолет (Pro-Mag I 2,5), игла диаметром 18 gauge. В качестве анестезии применялось введение промедола 2%-1 мл внутримышечно за 40 мин до операции, а также внутрипрямокишечное введение 12,5 мг геля, содержащего лидокаин (2%) за 10 мин до операции. Всем пациентам за 60-120 минут до биопсии был назначен ци-

профлоксацин 500 мг. В дальнейшем, после операции пациенты продолжали принимать цiproфлоксацин по 500 мг 2 раза в день в течение 4 дней. Всем пациентам после БПЖ предлагалось на протяжении 7 дней заполнять опросник, где необходимо было указать данные о наличии и интенсивности гематурии, ректального кровотечения, гемоспермии. Кроме этого предлагалось заполнить температурный график и указать интенсивность болевых ощущений по десятибалльной шкале. В отдельной графе



больной должен был отмечать прием тех или иных медицинских препаратов.

Не было отмечено сложности в повторных визитах пациентов через 7 дней, так как данный визит совпадал с выдачей гистологического заключения. Полученные опросники обрабатывались с подсчетом средних величин.

Согласно полученным результатам общее число гематурий в I группе было отмечено у 52/83 (43%) пациентов, где также оценивалась степень гематурии (Grade I – у 49 пациентов, Grade II – у 3 пациентов), в то время как во II группе гематурия была отмечена у 46/85 (39%) пациентов (Grade I у всех пациентов в данной группе). Гемоспермия была выявлена в I группе у 4/83 (3%) пациентов, по сравнению со II группой, где число гемоспермий было отмечено у 6/85 (5%) пациентов (Grade I в обеих группах). Ректальное кровотечение в I и во II группе было отмечено с частотой 33/83 (27%) и 27/85 (23%) соответственно (Grade I в обеих группах).

Боль в той или иной степени отметили 40/83 пациентов (33,2%) в I группе и 47/85 пациентов (40%) во II группе. Только у 5 (4%) пациентов I группы был выявлен подъем температуры до субфебрильных цифр (37,1-37,9°C) с манифестацией 3-4 дня, в то время как во второй группе подъем температуры был обнаружен у 8 (7%) исследуемых (37,3-

37,9°C) с манифестацией 2-4 дня.

Ни в одном случае не было отмечено выраженного ректального кровотечения или уретроррагии, требующих госпитализации, также ни в одном случае не было отмечено подъема температуры тела выше 38 °C.

Таким образом, трансректальная БПЖ это единственный диагностический метод, позволяющий установить или исключить диагноз у пациентов с подозрением на РПЖ. Данная операция в большинстве случаев выполняется под местной анестезией и не требует длительного пребывания в стационаре. Трансректальная БПЖ сопряжена с относительно низкой частотой осложнений, одно из которых – риск кровотечения, которое по мнению ряда клиницистов, значительно увеличивается при приеме АСК.

Выводы

В заключении стоит сказать, что регулярный прием низких доз (75-100 мг) препаратов, содержащих АСК, не сопровождается значительным увеличением риска кровотечения у пациентов, которым была выполнена БПЖ. Согласно нашим данным биопсия предстательной железы может быть выполнена без отмены данных препаратов, однако должна проводиться в условиях стационара. ■

Свои среди чужих, чужие среди своих

90-е годы XX века – политическая и экономическая разруха в стране, сложный этап в новейшей истории России, время больших надежд и горьких разочарований, бурных перемен и бандитского беспредела. Но не все было так плохо в медицине. В эти годы в Санкт-Петербурге, Москве и Челябинске зарождалось новое направление в реконструктивно-пластической хирургии – впервые стали выполняться операции по коррекции пола. Не нужно напоминать, что отношение к транссексуалам в нашем консервативном обществе всегда было негативным, подчас таким же остается и сейчас. Даже врачи порой не знают разницы между транссексуалами, транссвеститами и представителями сексуальных меньшинств. Нам удалось встретиться с основоположниками нового направления – профессором кафедры урологии **Владимиром Васильевичем Михайличенко** и доцентом кафедры урологии **Владимиром Николаевичем Фесенко** (зав. кафедрой профессор Б. К. Комяков) Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова и побеседовать на столь непривычную тему.



В.В. Михайличенко

д.м.н, профессор кафедры урологии



В.Н. Фесенко

доцент кафедры урологии

Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова

Владимир Николаевич, давайте определимся с терминами. Кто такие транссексуалы?

Фесенко В.Н.: Впервые термин «транс-

сексуализм» был предложен Гарри Бенджамином в 1953 году. Он предполагал полярное расхождение биологического и гонадного пола с полом паспортным.

В понимание этого заболевания большой научный вклад внес профессор Александр Олимпиевич Бухановский, к сожалению, недавно ушедший из жизни. Сегодня под транссексуализмом (ТС) понимают стойкое осознание своей принадлежности к противоположному полу, несмотря на правильное, соответствующее генетическому полу развитие гонад, уrogenитального тракта и вторичных половых признаков. Проще говоря, это синдром отвергания собственного пола.

В записках принца Максимилиана и в Древней Ассирии встречались описания людей не совсем правильной поведенческой ориентации. В те древние времена считалось, что это наказание высших сил за какие-то очень несправедливые действия. С медицинской точки зрения проблемой начали заниматься в конце XIX-начале XX века. В нашей стране есть замечательная монография «Коррекция пола при транссексуализме» авторами которой являются Н.О. Миланов, Р.Т. Адамян, Г.И. Козлов. У Светланы Юрьевны Калининской есть монография «Транссексуализм. Возможности гормональной терапии», где описаны эндокринологические аспекты ТС.

Какие формы транссексуализма знает современная медицина?

Михайличенко В.В.: Транссексуализм бывает двух видов: ядерный (ярко-выраженный) и краевой (стертые формы). В любом случае нарушается функция су-

прахизмальных ядер гипоталамуса, которые ответственны за половую аутоидентификацию. Эти поражения могут носить распространенный характер, когда поражаются сами ядра, тогда вся клиническая картина транссексуализма включает синдром отвергания пола со всеми вытекающими последствиями без каких-либо компромиссов. В случае краевого транссексуализма тоже есть синдром отвергания пола, но выраженный не так ярко. В этих случаях операция не обязательна, иногда достаточно психотерапевтической коррекции.

Нужно понимать, что операции все эти сложные, калечащие, они несут определенный ущерб для здоровья, поэтому если есть возможность корректировать психотерапевтически, то лучше это делать именно так. Ядерные транссексуалы не женятся, не выходят замуж, они идут четко к достижению своей цели – к смене пола. Вначале смене психической, потом – гормональной и хирургической. И психиатрическая комиссия задает тон всему последующему каскаду событий. Есть такое понятие как цена ошибки. Психиатрическая комиссия устанавливает диагноз, они делают заключение о том, что пациент «психически здоров». У него нет шизофрении, у него нет маниакально-депрессивного психоза (МДП), гомосексуализма, транссвестизма.

Ядерный транссексуализм – врожденное заболевание, при котором имеется несоответствие между дифференцировкой ■

наружных гениталий и половой дифференцировкой мозга. Считается, что в его основе лежит нарушение дифференцировки структур мозга, ответственных за половое поведение и формирование чувства половой принадлежности. Это нарушение связано с гормональным дисбалансом в критический период внутриутробного развития. Возникновение подобного состояния возможно по той причине, что дифференцировка наружных гениталий предшествует половой дифференцировке мозга.

В чем разница между транссексуалами, транссвеститами, гомосексуалистами?

Фесенко В.Н.: Здесь все просто: трансвестизм – это просто переодевание в одежду противоположного пола. Гомосексуализм – там тоже нет синдрома отвержения пола, здесь любовь к собственному полу. Хотя когда говорят, транссексуалы – они тоже гомосексуалисты, это не так. В гомосексуальных парах, при внешней манифестации гомосексуальных отношений, они, по своей глубинной сути, гетеросексуальны, потому что одна из девочек играет роль мальчика. Понимаете? Поэтому у них складываются семейные отношения, социализируются они совсем по-другому. Поэтому ошибка психиатров дорого стоит, она влечет за собой цепь необратимых событий, потому что хирург, который взял скальпель, он выполнил необратимые изменения.

Какие существуют теории возникновения транссексуализма на сегодняшний день?

Фесенко В.Н.: Их всего три. Первая – социальная теория. Нам удалось в анамнезе наших пациентов выявить сильные стрессы, тяжелые трагедии – смерть близких, автокатастрофы, т. е. ситуации, связанные с опасностью смерти. Вторая теория – это генетическая. У некоторых в роду были бабушки или дедушки, которые вели себя как-то не так, считались чужаками в поведении, но не в психическом здоровье. В литературе встречается третья теория – ученые считают, что повинны лекарственные препараты, особенно прогестерон, который назначался для сохранения беременности, резерпин, применяющийся при повышенном артериальном давлении. Такие публикации были, но настоящего серьезного исследования проведено не было.

Как развивается это заболевание? Когда оно проявляется?

Фесенко В.Н.: Есть определенные этапы в развитии этого заболевания. Самые первые признаки ТС – это понятийная фаза полового созревания, когда мальчик понимает, что он мальчик, девочка – что она девочка, это 4-6 лет. Дальше по мере полового созревания происходит формирование понимания того, что ты есть не тот, за кого тебя все принимают. И как результат – возникает конфликт в обществе, в семье, потому

что ни общество, ни родители еще не готовы к таким ситуациям. У ядерных транссексуалов самоосознание и четкое понимание ситуации формируется до 25, максимум – до 30 лет. Все зависит от социального окружения.

Действительно ли процесс смены пола в России подразумевает постановку на учет в ближайшем психиатрическом центре, обследование и наблюдение у психиатра в течение двух лет?

Михайличенко В.В.: Пациент с нарушениями полового поведения попадает в поле зрения врачей психиатров. Будет замечательно, если он попадет в специализированную психиатрическую комиссию, которая занимается проблемами пола, потому что транссексуализм – это расстройство личности, которое не является психическим заболеванием. Такие пациенты – психически здоровые люди, что подтверждается в процессе обследования в условиях госпитализации в психиатрический стационар. В Санкт-Петербурге такие комиссии представлены в Городском сексологическом центре, в Психиатрической академии. Там работают специалисты высочайшего класса – они чувствуют этих пациентов, понимают, что это не психические больные, а глубоко несчастные люди, готовые ради достижения своей цели проходить многомесячную, иногда до двух-трех лет, комиссионную экспертизу, в которой

участвуют психиатр, сексолог, психолог, педагог, юристы.

Сменой пола занимаются психиатры – они устанавливают истинный психический пол, их решение будет отражено в заключении медицинской комиссии, по результатам которой выдается решение о смене паспортного пола.

А смена паспортного пола начинается со смены свидетельства о рождении. И тут возникает парадокс – Государственная Дума решила, что заключение экспертной комиссии по смене пола не является обязательным для исполнения органами Записи Актов гражданского состояния (ЗАГСами). То есть, пройдя часть кругов чиновничьего ада, пациент оказывается в западне, которая препятствует дальнейшему разрешению ситуации. Чиновники настаивают на том, чтобы сначала меняли пол, потом паспорт. Однако, в статье 70-й Кодекса о браке и семье написано, что пол может быть сменен только на основании документа, представленного медицинской организацией.

Что же делать?

Фесенко В.Н.: Часть пациентов добивается смены документов все же через ЗАГС, другие – через суд. Мы также участвуем во всех баталиях – юридических, человеческих. После смены паспортного пола начинается медицинский этап, во время которого мы приводим тело в соответствие с паспортом. После получения результатов психиатрической ■

экспертизы мы начинаем гормонотерапию, как первый шаг на пути к смене пола.

Каков был путь Ваших пациентов? Куда они обращались после осознания проблемы?

Фесенко В.Н.: Чаще всего они попадали к психиатрам, а некоторые – даже в психиатрические больницы. Почему? Потому что 18-20% мальчиков, которые меняют пол из мужского в женский, не найдя выхода из ситуации, подвергают себя самооскоплению. Около 30% этой группы пациентов с ядерным транссексуализмом, не найдя понимания в обществе, среди родных и близких, пытаются свести счеты с жизнью. Это как раз, и одна, и другая категория, которой в первую очередь заинтересуются психиатрические лечебницы. Ну а если все более-менее течет благоприятно, если родители понимают, что у них особенный ребенок, то они идут на психиатрическую комиссию, которая уже грамотно и профессионально расставляет все точки над *i*. У нас, в Питере, это более-менее отрегулировано.

Распространенность ТС достигает 1:54000 (шведская популяция) — 1:66000 (популяция Англии и Уэльса), 35,2 на 100000 (популяция жителей Сингапура старше 15 лет) при соотношении мужского и женского ТС 2:1 — 8:1.

Отечественная статистика этого расстройства отсутствует.

Поскольку ТС встречается от одного

на 40 тысяч или одного на 100 тысяч населения, то есть вероятность того, что пациент может оказаться один такой особенный в этом городе. При отсутствии знаний у врачей – урологов, андрологов, они попадают в сложную ситуацию. Мы же эту тему поднимали на занятиях кафедры еще с 90-х годов, целыми днями читали лекции по транссексуализму.

Проходят ли пациенты генетическое обследование?

Фесенко В.Н.: Да, обязательно. Его назначают на этапе первичного обращения.

Расскажите подробнее о медицинском этапе лечения?

Фесенко В.Н.: Сразу после получения заключения психиатрической комиссии мы назначаем гормональное лечение. Если конечной целью является маскулинность – «Омнадрен», «Сустанон», после одного-двух уколов наступает менопауза. Такие пациенты в состоянии менопаузы чувствуют себя лучше, на фоне андрогенной терапии у них меняется голос, растут волосы. Сейчас появился препарат «Небидо» – замечательный препарат, большинству пациентов, которые имеют достойную экономическую составляющую, мы назначаем его. Заместительная феминизирующая гормонотерапия предполагает назначение эстрогенов и антиандрогенов до хирургических манипуляций. У некоторых пациентов чувствительность рецепторов настолько вы-

FtM – это транссексуал «из женщины в мужчину» (Female-To-Male), по-русски транссексуал Ж->М. В старой советской классификации, FtM-транссексуальность называлась «женский транссексуализм».

MtF – это транссексуалка «из мужчины в женщину» (Male-To-Female), по-русски транссексуалка М->Ж. По старым учебникам это называлось «мужской транссексуализм».

сокая, что на фоне заместительной феминизирующей ГТ имеет место увеличение грудных желез по типу гинекомастии. И тогда исчезает необходимость в пластическом вмешательстве, связанном с установкой эндопротезов молочной железы. Следующий этап – операции по изменению пола.

Есть два важных момента:

1. Единственной действенной мерой лечения транссексуальности является хирургическая коррекция пола. Смены пола (психиатрически) недостаточно, чтобы человек полностью адаптировался. В этом уже как бы четко убеждены специалисты, которые занимаются этой проблемой.

2. Заключительным этапом хирургической коррекции пола является тот, после которого наступает полная социальная, психологическая и сексуальная адаптация человека к новому полу. То есть хирург может остановиться на любом этапе хирургического лечения, т. е. в тот момент, когда у пациента исчез синдром отвергания и наступает гармония между душой и телом. Не обязательно выполнять ВСЕ операции.

Как происходит социализация пациентов?

Фесенко В.Н.: Наши FtM становятся прекрасными отцами. Они создают крепкие семьи, выполняют всю мужскую работу, причем делают это с удовольствием. Более того, у них могут быть дети – конечно, с помощью ВРТ (инсеминация спермой донора).

А вот то, что касается второй категории – MtF, то с ними ситуация сложнее – им усыновлять никого нельзя, ВРТ тоже нельзя из-за наличия психиатрического диагноза по МКБ-10. В этом смысле они ущемлены. По материнским, женским качествам такая пациентка любой женщине даст фору, потому что она долгое время была лишена этой реализации, и когда получила возможность – она и прекрасная хозяйка, и потрясающей ухоженности женщина.

Если рассматривать этих пациентов в плане чистоты генофонда, то никакой угрозы для чистоты популяции они не представляют, т. к. все операции по коррекции пола – по сути представляют собой кастрацию, пациенты бесплодны и не накапливают генетических болезней. ■

Япония в свое время, после ядерной бомбардировки, приняла решение по эпидемикам, по шизофреникам – им запрещали иметь детей. Позиция государства была следующей: вы хотите иметь детей? Пожалуйста, вот – детдома! Государство о вас заботится, вы не должны быть лишены возможности стать родителем! Но накапливать ваше заболевание мы не позволим, мы и так пострадали от радиации. Это жестокий, жесткий закон, но он справедлив.

Приходится ли пациентам менять место жительства? Служат ли FtM в армии?

Фесенко В.Н.: Большинство наших пациентов меняют работу, место жительства в связи со сменой паспортного пола. Более того, FtM хотят идти в армию! Я спрашивал их насчет армии, они говорят: «Хоть сейчас пойду, это же мужская работа». Но не берут, т.к. по МКБ-10 у них же стоит психиатрический диагноз. Они становятся на учет, активно занимаются спортом, качаются в спортзалах, – олицетворяют собой все, что связано с маскулинностью, демонстрацией мужских качеств.

Сохраняются ли врачебная и юридическая тайны? Или сейчас это не имеет никакого значения?

Фесенко В.Н.: Конечно же, основополагающий принцип нашей профессии – врачебная тайна, она сохраняется. Есте-

ственно, есть определенный принцип заполнения палат, когда ложатся эти больные, есть определенные взаимоотношения, выстраиваемые в отношении не только «хирург – пациент», но и, скажем, «пациент – вспомогательная служба». Очень непростые отношения с персоналом, потому что медицинский персонал нужно обучать общению с такой непростой категорией пациентов. Вообще нужно стремиться к тому, чтобы эта врачебная тайна охраняла человека, защищала его от дополнительно ненужных психологических травм. Мы тоже прилагаем массу усилий – например, пациенты получают заключение, в котором мы не пишем «транссексуализм», у нас есть диагноз «дисгенезия гонад», «хирургическая трансформация», то есть пишем такими фразами, которые бы не ущемляли человеческое достоинство. Определенная врачебная тайна должна быть и в общении, и в разговоре – это категория людей, которая требует к себе уважения.

Бывали ли в мировой практике случаи, когда пол меняли обратно?

Фесенко В.Н.: Единичные были.

С чем это связано?

Фесенко В.Н.: Ошибка диагностики. Где-то какую-то вялотекущую шизофрению пропустили, либо так называемая краевая форма транссексуализма, которая не требует оперативного лечения, ха-

рактеризуется стертой клинической картиной, ее нужно компенсировать психиатрическими и/или гормональными методами.

Сколько пациентам Вы сменили пол? Какова их судьба?

Фесенко В.Н.: Наверное, около двухсот человек. Кто-то из них прошел все этапы лечения, кому-то хватило нескольких, чтобы адаптироваться в обществе. Со многими пациентами мы поддерживаем связь, получаем от них поздравительные открытки, чудесные стихи, теплые слова благодарности. Подавляющее большинство работают, создают семьи и чувствуют себя замечательно.

Какие моменты в становлении реконструктивно-пластической хирургии для Вас были наиболее тяжелыми?

Михайличенко В.В.: Это 2000-2002-е годы, когда нам запретили выполнять операции по коррекции пола. Двух лет хватило на то, чтобы мы упустили пальму первенства в этой области. Любой хирург понимает, что такое два года не делать операции. Особо хочу отметить, что до 1998 года операции по коррекции хирургического пола входили в перечень операций по ОМС, т. е. выполнялись нами бесплатно.

«... Транссексуалы – это не та группа пациентов, которая делает коммерческий

план, это особая категория больных, поэтому операции по хирургической коррекции пола не следует чрезмерно коммерциализировать. У них из-за социальной дезадаптации нет таких денежных средств, как у большинства среди пациентов...»

Есть ли перспективы у этого направления хирургии?

Фесенко В.Н.: Конечно. Создано РО-ПРЭХ – Российское Общество пластических, реконструктивных и эстетических хирургов, в котором работают замечательные профессионалы – Р.Т. Адамян, Н.О. Миланов, М.М. Соколышник и многие другие. Перспективы есть всегда, когда есть кадры. В 2000 году в Новосибирске под эгидой Научного центра хирургии РАМН состоялся первый симпозиум с международным участием по лечению транссексуализма. Нужны мероприятия, в рамках которых можно было обсудить, в том числе, и такую сложную, многогранную проблему как транссексуализм. Нужна совместная работа пластических хирургов, урологов-андрологов, психиатров, генетиков, эндокринологов, – только таким междисциплинарным подходом мы сможем помочь этой категории пациентов.

- Спасибо за интервью. ■

Материал подготовила
В. А. Шадеркина.

Курсы по функциональной урологии

Уважаемые коллеги!

Администрация проекта Академия Амбулаторной Урологии рада сообщить об очередных курсах дистанционного обучения, которые будут проводиться в рамках нашего проекта.

Осенью 2013 года планируется проведение курса по теме **«Функциональная урология. Симптомы нижних мочевых путей».**

В рамках курса лекции будут читать:

Зайцев А.В. – врач-уролог высшей квалификационной категории, доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии Московского Государственного Медико-Стоматологического Университета по теме «Инфекции МВП и хроническая тазовая боль в клинической практике».

Касян Г.Р. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры урологии Московского Государственного Медико-Стоматологического Университета, руководитель лаборатории уродинамики и сексуальных дисфункций, по темам:

- «Уродинамика в практике амбулаторного уролога»
- «Ноктурия и редкие расстройства мочеиспускания»
- «ГМП – новое в диагностике и лечении»

Раснер П.И. – кандидат медицинских наук, заведующий 4-м урологическим отделением №4 ГКБ № 50, доцент кафедры урологии Московского Государственного Медико-Стоматологического Университета, главный внештатный уролог Департамента здравоохранения города Москвы в САО по теме «ДГПЖ 2013». Все участники курса, успешно сдавшие контрольное тестирование, получат сертификат и литературу по тематике курса.

Следите за информацией на сайте Академии Амбулаторной Урологии о сроках и условиях участия в курсах.

*Подробная информация – на сайте Академии амбулаторной урологии
<http://academy.uroweb.ru/>.*

Отдохни, ургентность не торопит!



Для специалистов здравоохранения



Представительство компании "Астеллас Фарма Юроп Б.В." (Нидерланды)
109147, Москва, ул. Марсиская, д. 16
Тел.: (495) 737-07-55 Факс: (495) 737-07-57



Везикар®
солифенацин

Регистрационное удостоверение: № ЛС-000687 от 05.07.2010

Как создаются легенды

В России нет ни одного уролога, незнакомого с препаратами Монурал и Монурель. Но мало знает, когда и как создавались эти лекарства, какой сложный, тернистый путь успеха должна была пройти фармацевтическая компания, создавшая такие инновационные препараты, без преувеличения сделавшие переворот в лечении инфекций мочевых путей у всех категорий пациентов.



Гаэтано Замбон

История успеха

История компании Замбон, как и многих других удачных проектов, история не просто профессионального успеха в фармакологии, но и пример успешного семейного бизнеса.

В 1906 году Гаэтано Замбон с Сильвией

Фарина открыли «Склад лекарственных препаратов Zambon» в Виченце. Накануне Второй мировой войны в 1938 году была создана первая собственная исследовательская лаборатория. В 1944 году во время бомбежки города американскими ВВС завод Замбон был полностью разрушен, но уже спустя два года он был полностью восстановлен, и компания начала не просто развиваться, заполняя внутренний рынок лекарственных средств, но и выходить на международный рынок, активно открывая филиалы в Европе, Центральной и Южной Америке, странах Азии, северной Африке, Японии.

Продукты компании Замбон известны врачам любой специальности – это препараты для терапии заболеваний верхних дыхательных путей, лечения и профилактики рецидивов инфекций нижних мочевых путей, купирования болевого синдрома. Названия препаратов на слуху – флуимуцил, ринофлуимуцил, монурал, монурель, фаспик и др.

Приключения фосфомицина

С 1969 года в компании ведутся активные разработки принципиально нового препарата для лечения инфекций мочевых путей (ИМП). Справедливости ради, надо отметить, что фосфомицин был создан усилиями других компаний, но его структура была нестабильной – клиническое исследование, проведенное в 1974 году Gallego A, Rodriguez A, Mata JM доказало отсутствие эффекта калиевой и натриевой солей фосфомицина *in vivo*. В 1979 году Замбон заявляет об открытии нового соединения – фосфомицина трометамола, который стабилен *in vivo* и *in vitro*, принимается перорально, и обладает уникальными свойствами. Исследователи пришли к выводу, что по своему широкому антимикробному спектру он идеально подходит для экстренной помощи при инфекции мочевых путей – максимальная концентрация в плазме достигается уже спустя 2-2,5 часа от момента приема, а в моче – спустя 4 часа и бактерицидное действие сохраняется на протяжении 36-48 часов.

В последующем эффективность фосфомицина в лечении ИМП была доказана таким крупным международным исследованием, как ECOSENS, ARESC – эффективность фосфомицина в отношении *E.coli* составила 98,1%, что в 2011 году подтвердило российское исследование ДАРМИС (98,4%).

В период с 1979 года по 2013 год всего было проведено 27 исследований, с участием более 1000 пациентов в каждом, по сравнению фосфомицина с другими анти-

биотиками, из них 8 – двойных слепых рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), 2 – слепых РКИ, 17 – исследований высокого качества. Результаты такой мощной доказательной базы продемонстрировали, что фосфомицин не уступает в клиническом и бактериологическом излечении ни одному из известных препаратов, обладает минимальным количеством побочных явлений. Важным являлся факт, что препарат можно применять у всех категорий пациентов – небеременных и беременных женщин, детей, подростков, пожилых. Все это позволило отнести фосфомицин к уникальным антимикробным препаратам для лечения НИМП, полученным и внедренным в клиническую практику за последние 40 лет.

В 1995 году компания «Замбон С.п.А.» открыла свое Представительство в России. С этого времени компания активно сотрудничает с ведущими российскими специалистами разных областей медицины и фармацевтики. Российские пациенты смогли на своем опыте убедиться в высокой эффективности и безопасности препаратов компании «Замбон». Кроме России компания представлена через своих партнеров также в Украине, Белоруссии, Казахстане, Грузии, Молдавии и Армении.

Благодаря открытию Представительства российские урологи и их пациенты с 1998 года – на протяжении 15 лет – получили возможность применения фосфомицина (торговое название Монурал) для лечения неосложненных инфекций мочевых путей. ■

Фосфомицин включен в Российские Национальные рекомендации по антимикробной терапии и профилактике инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов как препарат первого выбора для лечения НИМП, Guidelines IDSA 2013, Guidelines EAU 2013.

Замбон сегодня

В настоящее время «Замбон групп» имеет научно-исследовательские лаборатории во всем мире общей площадью 13 тыс. м² и осуществляет сотрудничество с ведущими исследовательскими центрами и университетами мира. Годовой оборот составляет 350 млн долларов США. Имеет филиалы на 3 континентах, в 16 странах мира, где работают более чем 2300 служащих. Портфолио лекарственных средств полностью совершенствуется и обновляется примерно за 24-48 месяцев.

Деятельность компании Замбон не ограничивается только разработкой и выпуском лекарственных препаратов. Руководство компании считают, что бизнес – это часть жизни общества, поэтому значительные средства вкладываются в восстановление исторических памятников, среди которых Museo del Tesoro, Oratorio della Passione, Campanile dei Monaci, колокольня в Basilica of Sant'Ambrogio в Милане, где ежегодно при содействии компании проводятся рождественские концерты, а также финансирует международные параолимпийские игры.

Президент Компании Елена Замбон продолжает семейные традиции и со-



Елена Замбон

храняет главные ценности компании – честность, надежность и стремление к постоянному совершенствованию. Это позволяет компании «Замбон» находиться на высоком уровне и пользоваться уважением среди мирового научного сообщества. ■

на правах рекламы



Базилика Святого Амбросио

МОНУРАЛ®

ФОСФОМИЦИНА ТРОМЕТАМОЛ

Рекомендован как препарат первой линии
для лечения цистита Российскими национальными рекомендациями,
GL EAU, GL IDSA



- ▶ Пиковая концентрация Монурала в моче в 440 раз выше уровня МПК для *E. Coli*
- ▶ Самая высокая чувствительность к *E. Coli* в России, США и странах ЕС (ARESC, ДАРМИС)
- ▶ Одобрен FDA для применения у детей и беременных
- ▶ 1 доза 3 г на курс лечения при терапии острого цистита
- ▶ 1 доза 3 г каждые 10 дней, курс 3 месяца — при терапии рецидивирующего цистита



ООО «Замбон Фарма»

119002, Москва, Глазовский пер., д. 7, офис 17
Тел. (495) 933-38-30 (32), факс 933-38-31

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

Реклама РУ №ФСЗ 2008/02844



- НИИ урологии для пациентов - UroSite.ru
- Интернет форум урологов
- Белорусское общество урологов - Urobel.uroweb.ru
- На острые урологии - UroLine.com, UroLine.net, UroLine.org
- Український інформаційний портал урологів - Ukraine.UroWeb.ru
- Урологический консультативный портал - 03.UroWeb.ru

Сайты печатных изданий и дистанционного образования



- Информационные площадки
- Производство контента
- Дистанционное образование в урологии
- Перевод абстрактов, урологических периодических изданий
- Новости урологии
- Урологическое телевидение
- Прямые он-лайн трансляции
- Создание мультимедийных материалов
- Печатная деятельность
- Урологические встречи, конференции, Школы
- Мастер-классы



Редакция дайджеста:

- » Главный редактор Аполихин Олег Иванович, д.м.н., профессор
- » Зам. гл. редактора Сивков Андрей Владимирович, к.м.н.
- » Руководитель проекта Шадеркина Виктория Анатольевна
- » Шеф-редактор Шадеркин Игорь Аркадьевич
- » Специальные корреспонденты:
 - Паевский Алексей Сергеевич
 - Шабанова Снежана Владимировна
 - Прокофьева Наталья Евгеньевна
- » Дизайн и верстка Белова Оксана Анатольевна
- » Корректор Болотова Елена Владимировна

Тираж 3500 экземпляров

Подписка на сайте **urodigest.ru**

Распространение бесплатное – Россия, страны СНГ

Периодичность 1 раз в 2 месяца

Аудитория – урологи, онкоурологи, урогинекологи, андрологи, детские урологи-андрологи, фтизиоурологи, врачи смежных специальностей

Издательство “УроМедиа”

Адрес редакции: 105425, Москва, 3-я Парковая, 41 “А”, стр. 8
ISSN 2309-1835

e-mail: info@urodigest.ru

www.urodigest.ru

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!

В материалах представлена точка зрения, которая может не совпадать с мнением редакции.

The logo for UroMedia, featuring the text "UroMedia" in white on a dark blue rounded rectangular background. To the right of the text is a stylized graphic of two overlapping circles, one light blue and one white, with a small blue dot above them.



Издательский дом «УроМедиа»