



## Актуальные темы:

1. Хронический простатит: современный взгляд
2. Может ли здравоохранение быть бесплатным?
3. Международное образование в урологии
4. Урология страны Восходящего солнца



ФГБУ "НИИ Урологии"  
Минздрава России



Урологическое  
телевидение



ИНТЕРНЕТ-ФОРУМ  
УРОЛОГОВ



UroWeb



- НИИ урологии для пациентов - UroSite.ru
- Интернет форум урологов
- Белорусское общество урологов - Urobel.uroweb.ru
- На острие 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





- »» Тема номера: Хронический простатит.
  - » История изучения и современная эпидемиология..... 2
  - » Эволюция и современное состояние проблемы терминологии и классификации..... 6
  - » Рекомендации EAU (2012) - что нового? .....10
  - » Новые подходы к патогенетической диагностике и терапии..... 18
- »» Может ли здравоохранение быть бесплатным?..... 25
- »» Лечение хронического пиелонефрита, осложненного нефролитиазом... 34
- »» Эндоскопическое лечение камней мочеточников ..... 38
- »» Международное образование в урологии ..... 44
- »» Урология страны Восходящего солнца ..... 50
- »» Новый альфа - адrenoблокатор для выигрыша в матче против ДГПЖ... 54
- »» Рецидивирующий цистит: что делать амбулаторному урологу?..... 57
- »» Руководство EAU по лечению искривления полового члена..... 64
- »» Курение не влияет на прогноз после цистэктомии..... 66
- »» Качество спермы у мужчин, перенесших травму спинного мозга во время препубертатного периода..... 67
- »» Об Уро-Ваксоне замолвите слово..... 69

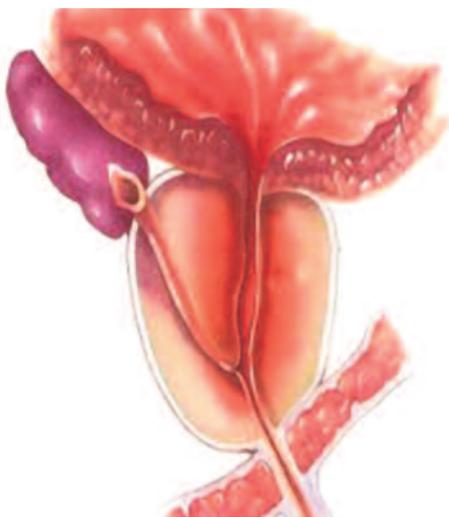




Тему номера подготовил  
кандидат медицинских наук, профессор И.А. Тюзиков  
г. Ярославль

## Хронический простатит: история изучения и современная эпидемиология

*Воспалительные заболевания предстательной железы имеют давнюю историю исследования и лечения, эволюция которых наглядно демонстрирует борьбу теорий и взглядов на саму сущность заболевания, называемого нами «простатит».*



**П**редстательная железа впервые описана еще в исследованиях Герофила в 350 году до н.э. В 1815 году в литературе появилось первое описание воспаления предстательной железы как осложнения уретрита (Legneau, 1815). В 1838 году Verdes дал точное морфологическое

описание предстательной железы. К концу XIX века простатит сформировался как самостоятельное заболевание, хотя вплоть до начала XX века он не признавался многими врачами, которые называли его не иначе, как «аноректальный психоз». В 1906 году Young Н.Н. ввел в клиническую диагностику заболеваний предстательной железы исследование ее секрета. В 1926 году на основе исследований Nickel была признана роль бактерий в этиологии воспаления предстательной железы, а в 1957 году получила распространение неинфекционная теория патогенеза хронического простатита, предложенная Campbell. Таким образом, в течение XX века были сформулированы практически две противополо-



ложные концепции заболевания, которые до сих пор имеют как сторонников, так и противников.

Среди современных теорий развития заболевания описаны инфекционная теория, теория химического ожога простаты, теория интрапростатического рефлюкса мочи, теория асептического воспаления, миогенная теория нарушения тонуса мышц тазового дна, теория аутоиммунного воспаления и т.д. В настоящее время воспалительные заболевания предстательной железы считаются полиэтиологическими и характеризуются мультифакторностью патогенеза, что делает их достаточно разнородными по существу заболеваниями. Одновременно с появлением новых теорий и гипотез патогенеза простатита на протяжении XIX-XX веков появилось огромное количество методов лечения этого заболевания, многие из которых, в частности, массаж предстательной железы, до сих пор широко используются урологами при лечении своих пациентов. Поистине революционными событиями в истории учения о простатите, по нашему мнению, стали:

- разработка в 1968 году техники топической диагностики инфекции (4-стаканная проба Meares-Stamey), которая до сих пор является «золотым стандартом» диагностики инфекции уретро-простатического сегмента;

- появление в 1978 году классификации простатитов Drach G.W., которая сыграла ключевую роль в нашем понимании сущности заболевания, так как впервые две противоположные теории патогенеза простатита (инфекционная и неинфекционная) нашли логическое таксонометрическое положение в рамках единой классификации. Именно эта классификация, долгие годы оставаясь общепризнанной, позволила начать преодолевать методологические проблемы диагностики заболевания;

- разработка отечественной патогенетической классификации хронического простатита основоположником андрологии в нашей стране профессором Тиктинским О.Л. (1990);

- открытие и широкое внедрение в клиническую практику антибиотиков, которые позволили осуществлять качественное управление ■

инфекционным воспалительным процессом в предстательной железе.

Тем не менее, несмотря на более, чем 200-летнюю научную историю своего изучения и лечения, хронический простатит по-прежнему остается «темной лошадкой» современной урологии и, по образному выражению Stamey (1982), является «мусорной корзиной для клинического невежества, в которую традиционно сливается вся патология предстательной железы, выявляемая урологами при помощи пальца...». По этому поводу же профессор Пытель Ю.А. шутил, что «...даже по изменению формы пальца врача (палец становится конусовидным) можно судить, как часто он осматривает больных ректально...»

В настоящее время согласно общему мнению, простатит – одно из частых урологических заболеваний у мужчин всех возрастных групп. Его частота в популяции мужчин достигает в среднем 13,2-35%, а пик традиционно приходится на лиц моложе 50 лет и составляет 65,2% (Lummus W.F., Thompson I., 2001; Meares E.M., 1990; Перепанова Т.С., 2007). В старшем возрасте частота простатита составляет 21,6%, при

этом у мужчин с ДГПЖ он выявляется практически в 100% случаев. На практике его выявление в этом возрасте происходит неактивно, в результате до 62% больных ДГПЖ оперируются с нераспознанным до операции хроническим простатитом, что обуславливает немалый процент послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений аденомэктомии или ТУРП (Nickel et al., 2007).

В конце XX века свое рождение получила доказательная медицина. Это явилось закономерным последствием накопления критического уровня медицинских знаний в различных отраслях медицинской науки, который потребовал объективной и всесторонней оценки и систематизации. В целях однозначной интерпретации результатов клинических исследований были разработаны и внедрены стандарты их качества, методология сбора и анализа результатов. Появление компьютерных технологий поиска и обработки информации, развитие глобальной сети Интернет значительно облегчили доступ к международным базам данных и позволили быстро обрабатывать



большие объемы информации.

В настоящее время наиболее известной и авторитетной базой данных систематических обзоров медицинской литературы в мире является Кокрановская библиотека. В ней найдено лишь два систематических обзора, посвященных хроническому простатиту: «Interventions for Chronic Abacterial Prostatitis» (McNaughton Collins M., Mac Donald R., Wilt T., 2000) и «Allopurinol for Chronic Prostatitis» (McNaughton Collins M., Wilt T., 2001) и 96 исследований, качество которых подтверждено Кокрановским сотрудничеством.

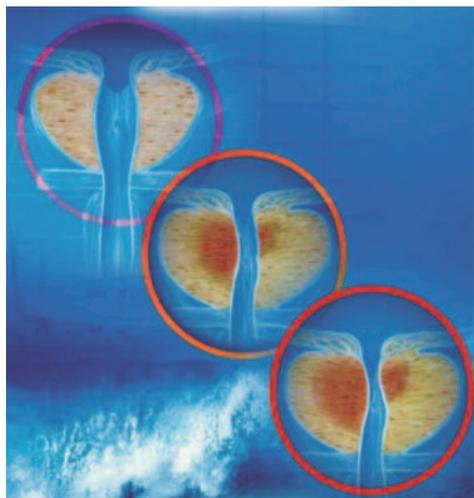
Для такой распространенной проблемы как простатит, этого крайне недостаточно и свидетельствует о том, что по-настоящему достоверных сведений о данном заболевании не так уж много. Убедительных эпидемиологических данных о распространенности простатита в России просто не существует. Отсутствие четких клинико-лабораторных критериев болезни и обилие субъективных жалоб обуславливают маскирование под этим диагнозом различных патологических состояний предстательной железы, уретры, а также неврологических заболева-

ний области малого таза, гормональных нарушений и т.д. Об отсутствии цельного представления о патогенезе СХТБ и хронического простатита свидетельствуют методологические недостатки существующих классификаций (прежде всего, классификации NIH, 1995), что является серьезным барьером для понимания и успешного лечения этого актуального заболевания.

Таким образом, из вышеприведенных примеров очевидна необходимость уточнения доказательности диагностических и лечебных методов, применяемых при хроническом простатите. Исследователи лишь немного приоткрыли завесу над этой проблемой, используя возможности доказательной медицины. Сегодня не вызывает сомнений необходимость совершенствования знаний в этой области как практическим специалистам, так и исследователям. Если мы хотим продвинуться вперед в нашем понимании воспалительных заболеваний предстательной железы, то мы должны, по образному выражению профессора Д.К. Никеля, преодолеть эту «трясину» под названием «хронический простатит». ■

## Хронический простатит: эволюция и современное состояние проблемы терминологии и классификации

*Как известно, в настоящее время в литературе имеется более 50 различных классификаций воспалительных заболеваний предстательной железы, многие из которых имеют сегодня исключительно исторический интерес.*



С точки зрения практической ценности и существенного влияния на развитие учения о простатите можно выделить классификации, предложенные Drach G.W. (1978), а в нашей

стране - Тиктинским О.Л. (1990). Именно они сыграли важную роль в нашем понимании сущности заболевания.

С 1995 года все мировое урологическое сообщество пользуется известной классификацией простатита, предложенной Национальным институтом здоровья (НИН) (США). Согласно ей, все клинические формы заболевания следует интерпретировать в рамках четырех категорий, при этом только две из них – острый инфекционный простатит (категория I) и хронический инфекционный простатит (категория II) достоверно связаны с клиниче-



ски значимым бактериальным обсеменением ткани предстательной железы, которое может быть подтверждено объективными методами (цитологические и/или бактериологические исследования секрета предстательной железы).

Представляется логичным, что истинным «простатитом» (воспалением предстательной железы) с точки зрения классической патофизиологии, патоморфологии и микробиологии можно назвать только эти инфекционные формы заболевания. Существование остальных двух категорий заболевания (III и IV), при которых выявление инфекционного агента в простате затруднено, или он не выявляется стандартными методами (неинфекционный простатит категории III), как и бессимптомная персистенция микроорганизмов в предстательной железе (латентный простатит категории IV), можно поставить под большое сомнение. Вполне очевидно, что они могут ока-

заться различными стадиями одного и того же процесса, например, процесса инфицирования предстательной железы (наша рабочая гипотеза). В силу этого совершенно очевидна диагностическая и тактическая «однобокость» используемой сегодня международной классификации NIH (1995), которая нацеливает уролога исключительно на поиск инфекционного фактора как ведущего этиологического фактора любой формы простатита. Следствием такой «диагностики» однозначно становится назначение антибактериальных препаратов практически каждому больному с выявленной, «невыявленной» или «подозреваемой» инфекцией в предстательной железе. Это вводит клиническое мышление врача от выявления других патогенетических механизмов заболевания, которые выполняют роль триггера или поддерживают простатический болевой синдром за счет неинфекционных (невоспалительных) механизмов. ■

В данной классификации отсутствует патогенетическая направленность, потому что если отличия одного и того же с клинической точки зрения заболевания (по определению, это тазовый (простатический) болевой синдром) заключаются лишь в лабораторных показателях, очевидно, речь идет или о разных заболеваниях, или о различных стадиях одного и того же процесса. Таким образом, принятие новой патогенетической классификации хронического простатита имеет не только академическое или методологическое значение, но обусловлено насущными потребностями урологической практики.

Методологические проблемы простатита привели к тому, что Европейской ассоциацией урологов (EAU) в 2003 году был рекомендован термин «синдром хронической тазовой боли» (СХТБ) для обозначения неинфекционного симптомокомплекса «хронического простатита» (СХТБ/ХП).

Этот термин появился благодаря осознанию экспертами того факта, что СХТБ распространен гораздо шире, не только в урологической практике и может иметь множество «внеатазовых» и «неурологических» причин (EAU, 2003). Согласно пересмотренным рекомендациям, СХТБ у мужчин, связанный с неинфекционными механизмами, выделен в отдельный подраздел «Урологический СХТБ», а воспалительные заболевания предстательной железы инфекционной этиологии включены в подраздел «Другие точно определенные состояния, вызывающие боль» под графой «Инфекционный простатит» (EAU, 2003).

Этот методологический прорыв, по нашему мнению, позволил начать пересмотр традиционных подходов к лечению хронического простатита и СХТБ и стал началом пути от симптоматической терапии болевого синдрома к патогенетическому лечению, поскольку признан полиэтиологический механизм боле-



вого синдрома при данном патологическом состоянии.

В настоящее время на фоне существенного повышения коморбидного фона мужской части населения можно с большой долей вероятности утверждать, что и СХТБ, и хронические инфекционные простатиты достаточно редко диагностируются у абсолютно здоровых мужчин, как, впрочем, и любое другое заболевание. Кроме того, нередко наши пациенты с урологическим СХТБ получают медикаментозное лечение по поводу других неурологических заболеваний. Все это необходимо учитывать при осуществлении диагностического поиска.

Мы полагаем, что пришло время изменить существующую классификацию СХТБ (1995), так как она морально и научно устарела и с точки зрения методологии не обеспечивает полноценного комплекса патогенетической диагностики, уводя лишь в «дебри микробиологической диагностики» всех

воспалительных заболеваний предстательной железы.

В 2011 году EAU внесла существенные революционные изменения в классификацию инфекций мочевых путей (ИМП) (классификация ORENUC), в которой немалое место отводится сопутствующим нарушениям системного метаболизма как фактора осложнения или повышенного риска ИМП.

Нечто аналогичное необходимо предпринять и в отношении разработки новой патогенетической классификации воспалительных заболеваний предстательной железы. Новая классификация должна быть построена на принципах междисциплинарности и обязательного учета наиболее важных гормонально-метаболических нарушений и сопутствующих патологических состояний пациентов, оказывающих уже известное влияние на повышение риска заболеваемости простатитом, а также на инициацию, прогрессирование и рецидивирование заболевания. ■

## Хронический простатит: рекомендации Европейского общества урологов по диагностике (EAU, 2012) - что нового?

*В 2011 году EAU опубликовала предварительные рекомендации, а в 2012 году выпустила полную версию уточненных рекомендаций по терминологии, диагностике и лечению урологического синдрома хронической тазовой боли (СХТБ). На русский язык они пока не переведены, поэтому мы предлагаем ее анализ на основе собственного перевода англоязычной версии с сайта EAU, находящейся в свободном доступе в Интернете (EAU, 2012).*



**В**о введении к рекомендациям, в частности, сказано, что в прошлом болевой синдром в области простаты назывался «простатит», хотя доказанную бактериальную природу заболевания имеют не более 10% всех его случаев, в отношении которых и рекомендуется использовать термин «простатит» (острый или хронический). Остальные 90% заболевания при наличии болевого синдрома в области предстательной железы должны быть классифицированы как «простатический болевой синдром» (ПБС). Если болевой синдром не локали-



зуется четко в предстательной железе, но локализуется в области малого таза, данное состояние следует классифицировать как «синдром хронической тазовой боли» (СХТБ).

Согласно новому определению, простатический болевой синдром (ПБС) – это постоянный или рецидивирующий болевой синдром в области предстательной железы длительностью не менее 3 месяцев в течение последних 6 месяцев. ПБС, в отличие от инфекционного простатита, имеет неинфекционную природу. В таком понимании ПБС соответствует существующей трактовке понятия СХТБ/ХП категории III по классификации НИН (1995).

Однако, сегодня указанная классификация многими клиницистами рассматривается как существенный методологический тормоз в нашем продвижении вперед в диагностике и лечении воспалительных заболеваний предстательной железы, так как нацеливает диагностический поиск только по пути выявления инфекционной причины заболевания, при этом никак не оценивая общий гормонально-метаболический фон пациента. Иными словами, придержи-

живаясь необходимостью соотносить клиническую картину заболевания к одной из четырех категорий СХТБ, описанных в классификации НИН (1995), уролог вынужден лечить «стандартного» пациента стандартными препаратами, т.е., лечить болезнь, что никак нельзя считать приемлемым, так как всем давно очевидно, что врач должен лечить не болезнь, а больного.

Началом методологического краха однобокой и непатогенетической классификации СХТБ (НИН, 1995), которой сегодня урологи вынуждены пользоваться, можно считать наличие указаний в новых рекомендациях ЕАУ по диагностике и лечению СХТБ 2012 года на тот факт, что на сегодняшний день отсутствуют клинически релевантные диагностические исследования или терапевтические результаты, которые бы позволили отличить воспалительный СХТБ/ХП (категория IIIА по классификации НИН, 1995) от невоспалительного СХТБ/ХП (категория IIIВ по той же классификации). Поэтому в клинической практике в настоящее время не рекомендуется различать воспалительный и невоспалительный варианты СХТБ/ХП-III. ■

Основной диагностический поиск при СХТБ, ПБС и инфекционном простатите связан с уточнением этиологической причины болевого синдрома в малом тазу или предстательной железе. Боль - неприятное сенсорное ощущение или эмоциональное переживание, которому сопутствует существующее или потенциальное повреждение тканей либо нечто, описываемое понятиями подобного повреждения (Международная ассоциация по изучению боли, 1994). Боль является универсальным проявлением какого-либо повреждения или поражения органа или ткани, которое имеет жизненно важное защитное значение, сформировавшееся в ходе эволюции. Это сложная реакция, имеющая физиологические, сенсорные, эмоциональные, познавательные и поведенческие компоненты.

Восприятие индивидуумом интенсивности боли определяется взаимодействием физических, психологических, культурных и духовных факторов. Существует несколько классификаций боли в зависимости от выделенного ее главного механизма или особенностей этиологии и клинического

течения. Патогенетическая классификация болевых синдромов основана на выделении главного механизма формирования боли.

Существует три основных вида болевых синдромов:

- Ноцицептивная (соматогенная) боль (возникает в связи с прямым действием вредного раздражителя на кожу или ткани организма как результат раздражения болевых рецепторов). Это ключевой механизм защиты организма при повреждении или инфекционном воспалении, поэтому она еще называется воспалительная боль (острый или хронический бактериальный простатит).

- Нейропатическая (неврогенная) боль (исходит из места поражения центральной или периферической нервной системы). Она может сохраняться и после действия раздражителя, плохо локализована, сопровождается различными нарушениями чувствительности (одна из ведущих причин урологического СХТБ и ПБС).

- Психогенная боль возникает при отсутствии органической патологии (эмоциональные боли, боли как бред или галлюцинации, боли при истерии, ипохондрии, де-



прессии). Чаще всего она хроническая. Вопрос о ее первичности продолжает дискутироваться. К психогенной боли примыкает так называемое соматоформное болевое расстройство – тяжелая изнуряющая боль без какой-либо известной соматической причины длительностью не менее 6 месяцев. Эта боль не соответствует анатомии органа или нервных структур, поражение которых могло бы быть причиной этого болевого синдрома.

Нейропатический компонент прямо или косвенно может участвовать в патогенезе неинфекционных невоспалительных болевых синдромов другого генеза (артериально-ишемический, микроциркуляторный, венозно-конгестивный, мионеврогенный), а также вызывать нарушения чувствительности периферического нейрорецепторного аппарата предстательной железы, ведущие к патологическому повышению порога болевого восприятия, что проявляется простатическими болями, не имеющими под собой органического субстрата (отсутствие патологических изменений в предстательной железе при ее объ-

ективном обследовании у больного с клиникой ПБС), т.е., приближающихся к психогенным болям при соматоформных болевых расстройствах. Тот факт, что при СХТБ или ПБС инфекция в предстательной железе не выявляется, еще не позволяет однозначно отрицать роль воспалительной инфекционной боли и при этих формах заболевания, поскольку частота выявления инфекции в железе достаточно низкая (не более 10%) в силу особенностей ее сложного анатомического строения.

С другой стороны, по нашему мнению, нельзя отрицать любую невоспалительную (неинфекционную) причину боли при идентификации клинически значимого патогена в секрете простаты, так как особенности гормонально-метаболического статуса у всех больных разные, а предстательная железа является андроген-зависимым органом!

Таким образом, при урологическом СХТБ мы имеем дело с болевым синдромом различной этиологии:

- с нейропатической тазово-простатической болью в чистом виде («моноболь»); ■

- с нейропатической тазово-простатической болью в виде ее «клинических» масок:

- ишемическая боль,
- конгестивная боль,
- мионеврогенная боль,
- нейрорецепторная (нейроомодулирующая) боль,
- их сочетание (чаще всего);

- с сочетанием нейропатической и соматогенной воспалительной (инфекционной) боли при одновременном наличии патогена в секрете простаты;

- с сочетанием нейропатической и соматогенной воспалительной (неинфекционной) боли вследствие асептического воспаления в ткани простаты под влиянием продуктов деградации, биологически активных веществ и цитокинов.

При инфекционном воспалении предстательной железы мы имеем дело, прежде всего, с воспалительной инфекционной болью, однако, и в этом случае возможно одновременное присутствие других неинфекционных механизмов болевого синдрома в области таза (предстательной железы).

Провести дифференциальную диагностику в клинической прак-

тике этих причин болевого синдрома достаточно сложно, но можно. Безусловно, здесь нужно иметь хорошее клиническое мышление, здоровее профессиональное творчество и багаж междисциплинарных знаний. Изолированная инфекционная воспалительная боль («моноболь») в предстательной железе у соматически компенсированного больного инфекционным простатитом адекватно купируется длительным (не менее 4-6 недель) курсом правильно подобранного антибиотика.

При полной лабораторной санации секрета простаты после курса целенаправленной антибактериальной терапии сохранение болевого синдрома может указывать на наличие нейропатического или другого неинфекционного компонента боли.

Мы полагаем, что резидуальные (остаточные) боли в области малого таза/предстательной железы после рационального курса противомикробной химиотерапии доказанного инфекционного простатита практически всегда будут связаны с нейропатическим компонентом, воздействия на кото-



рый мы никогда не оказываем, надеясь лишь на силу антибиотиков. В соответствии с имеющимися рекомендациями по антибактериальной терапии инфекционного простатита препаратами выбора для его эмпирической терапии долгие годы являются пероральные фторхинолоны. Однако, с одной стороны, антибиотик для эмпирической терапии должен обладать не более, чем 10-20%ным уровнем резистентности к наиболее частым патогенам, ассоциированным с хроническим инфекционным простатитом, чтобы обеспечить адекватную эрадикацию возбудителя у большинства пациентов. С другой стороны, мы живем в «век антибиотикорезистентности», при этом наиболее существенная проблема современной антимикробной химиотерапии – угрожающий рост числа патогенов, вызывающих воспалительные изменения в мочеполовой системе, резистентных к фторхинолонам.

Точное разграничение инфекционного и неинфекционного факторов патогенеза простатического болевого синдрома крайне важно с практической точки зре-

ния: если мы будем отождествлять любую боль в области предстательной железы только с инфекционной (воспалительной) болью, то мы так и останемся на пути упорного исключительного применения одних антибиотиков для ее лечения, что в условиях растущей антибиотикорезистентности непременно приведет нас в «тупик терапии», так как, идя по этому пути, мы можем скоро реально потерять единственную группу антибиотиков – фторхинолонов, которые пока остаются препаратами выбора при лечении инфекционных простатитов.

Согласно новым рекомендациям EAU по ведению больных с СХТБ (2012), при выявлении инфекции в диагностически значимом титре из секрета предстательной железы у больного с клиникой простатического болевого синдрома трактуется как «инфекционный простатит».

В противоположность этому, диагноз СХТБ или ПБС, согласно определению EAU (2012), является, по сути, симптоматическим диагнозом «исключения», так как инфекционный фактор не выявляется, а для назначения ■

Таблица 1. Рекомендованный диагностический минимум при СХТБ/ПБС (EAU, 2012)

• Клиническая оценка
• Общий анализ мочи и культуральное исследование мочи
• Исключение ЗППП
• Суточный ритм мочеиспусканий, урофлоуметрия и определение остаточной мочи
• 4-стаканная проба Meares-Stamey
• Микроскопия секрета предстательной железы
• Культуральное исследование секрета предстательной железы
• «Пробное» лечение антибиотиками при наличии признаков воспаления

терапии требуется тщательный поиск неинфекционных причин болевого синдрома. Однако, по сей день «золотого» стандарта диагностики СХТБ или ПБС не существует (см. табл. 1).

Понимание методологических проблем классификации NIH (1995) позволило европейским экспертам впервые за историю публикации гайдлайнов в новом руководстве по ведению больных с СХТБ 2012 года опубликовать рекомендации о том, что предлагаемый алгоритм обследования не должен включать минимальное количество диагностических тестов, так как опытный уролог сам должен определить объем обследова-

ния у конкретного больного (EAU, 2012).

По нашему мнению, это позволит расширить спектр традиционной диагностики СХТБ и ПБС у каждого конкретного пациента и подтверждает правильность выбранного нами пути мультифакторной патогенетической диагностики заболеваний. Данное указание чрезвычайно важно, так как открывает путь к пониманию междисциплинарного характера воспалительных заболеваний предстательной железы. Ведь, как писал профессор Ю.А. Пытель, «...хороший уролог должен видеть не только то, что находится между пупком и коленями...». ■



# СОНИРИД ДУО

0,4 мг тамсулозин + 5 мг финастерид



## Мужской набор

Комбинированное  
лечение ДГПЖ  
без лишних затрат!



ГЕДЕОН РИХТЕР

реклама

## Хронический простатит как междисциплинарная проблема: новые подходы к патогенетической диагностике и терапии

*Современная медицинская специализация, очевидно, необходима, так как в силу огромной научно-практической информации, накопленной человечеством на данном этапе своего развития, одному специалисту просто невозможно владеть одинаково профессионально этим багажом.*

Но, с другой стороны, сегодня мы пожинаем плоды узкой специализации в медицине, поскольку каждый врач работает «в своем отсеке», и что творится у соседей, ему неизвестно. Между тем, рост числа «неинфекционных эпидемий XXI века» (сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, ожирения, метаболического синдрома, сахарного диабета 2 типа, остеопороза, депрессий, андрогенного дефицита, эректильной дисфункции, бесплодия и т.д.) наглядно свидетельствует о том, что все наши попытки стандартизировать диагностику и лечение большинства заболеваний современного человека заведомо об-

речены на провал, так как сегодня практически нет стандартных больных!

Проблемы «стандартизации» пациентов должны быть заменены сегодня вопросами «индивидуализации» диагностики и терапии у каждого из них, что требует мощных, активных и продуктивных междисциплинарных взаимодействий!

Воспалительные заболевания предстательной железы – типичный пример нашего недопонимания этого факта, что, собственно, и порождает мифы о неизлечимости хронического простатита со всеми вытекающими и известными последствиями для врачей,



пациентов, провизоров и фармацевтических компаний...

На своих лекциях для врачей я часто задаю вопрос: есть ли отличие между лечением инфекционного воспаления легких и инфекционного простатита? Не сразу приходит явное понимание этого различия, а оно просто как мир: предстательная железа «работает» на андрогенах – тестостероне - в отличие от легочной ткани, хотя и в ней имеется экспрессия андрогеновых рецепторов (например, в стенке сосудов и нервных окончаний).

С учетом того, что урологи проводят диагностику и лечение воспалительных заболеваний самого андроген-зависимого органа у мужчины – предстательной железы, то обойтись без оценки основного фактора ее метаболизма, своеобразного «бензина» – уровня эндогенного тестостерона - просто нельзя. Его определение в крови позволит точно оценить достаточность уровня андрогенной насыщенности организма и предстательной железы и разрабатывать с учетом этого индивидуальные программы патогенетического ле-

чения для каждого больного с учетом степени «дефицитарности основного топлива для простаты».

Более того, при диагностике и лечении неинфекционных и инфекционных простатитов не может быть стандартов в принципе, универсальных для всех больных, так как все наши пациенты разные, и уровень тестостерона у всех тоже разный!

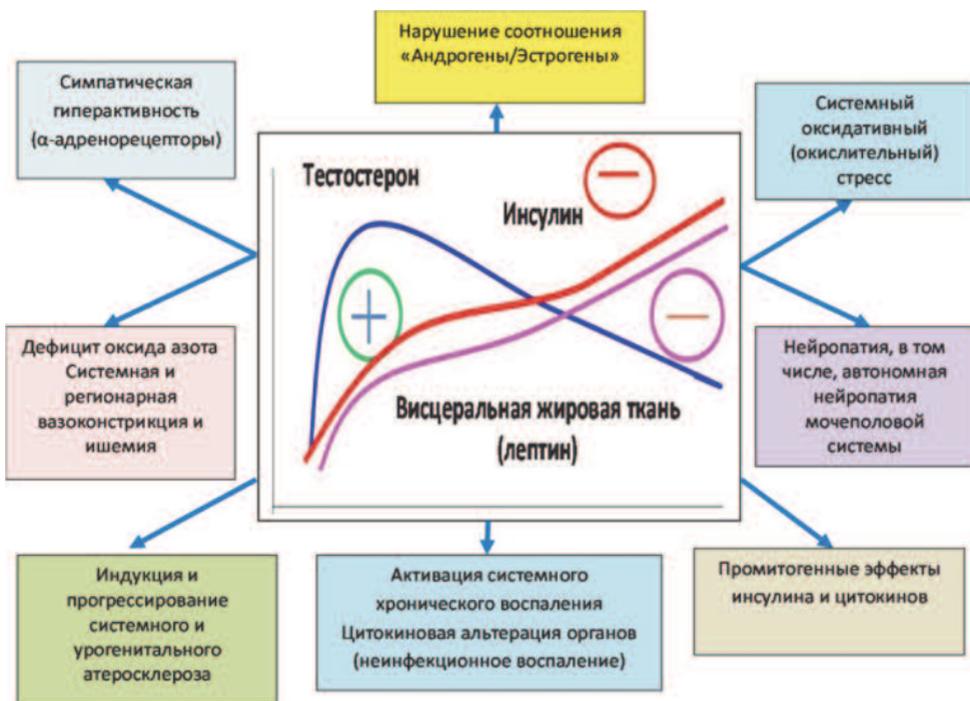
Вне всякого сомнения, должен быть перечень рекомендуемых минимальных обследований, но каждый уролог должен сам на основе клинического мышления и своего опыта творчески осуществлять индивидуальную диагностику причин тазово-простатической боли у каждого пациента (EAU, 2012).

Сегодня недостаточно внимания врачами уделяется анамнезу пациента с воспалительными заболеваниями простаты, нередко пациенты вообще не осматриваются, а диагноз пресловутого простатита ставится только на основании УЗИ – это просто кошмары российской «диагностики» простатита!

Для каждого современного уролога, который лечит патологию андроген-зависимой мочеполовой ■

системы, должен сформироваться новый междисциплинарный принцип патогенетической оценки факторов риска воспалительных заболеваний простаты, среди которых на первое место нужно поставить уровень андрогенной насыщенности мужского организма, так как тестостерон – топливо для предста-

тельной железы. Каждый уролог должен знать, что низкий уровень тестостерона – предиктор ожирения и нарушений углеводного обмена – инсулинорезистентности и сахарного диабета 2 типа, которые в настоящее время играют ключевую роль в патогенезе заболеваний мочеполовой системы у мужчин (Рисунок).



**Рисунок.** Взаимосвязь андрогенного дефицита, инсулинорезистентности и ожирения как теоретическое обоснование междисциплинарного патогенеза заболеваний предстательной железы (Тюзиков И.А., 2012).



Поэтому при диагностике причин тазового/простатического болевого синдрома мы рекомендуем при сборе анамнеза у всех больных использовать не только стандартные рекомендованные валидные системы опроса (IPSS-QL и CPSI-QL), но также обязательно проводить анкетирование для выявления возможных симптомов андрогенного дефицита (шкала AMS). Следует активно получать информацию от пациента о ритме его половой жизни (частоте эякуляций), так как функция предстательной железы, в частности, состоит в обеспечении этой важной составляющей копулятивного цикла мужчины, а частота эякуляций обеспечивается половой конституцией мужчины, связанной с генетическим уровнем эндогенного тестостерона. В этой связи не следует забывать феномен простатотестикулярного взаимоотношения, описанный Беловым еще в 1913 году, т.е., за 22 года до синтеза тестостерона. Сегодня мы получаем однозначное научное подтверждение этому феномену, опи-

санному нашим гениальным соотечественником век назад.

При проведении физикального исследования необходимо активно выявлять ожирение (окружность талии  $\geq 94$  см, FDA, 2005) (код по МКБ-10: E.66), кожные признаки инсулинорезистентности и андрогенного дефицита, проводить минимальное уронефрологическое обследование (определение чувствительности головки полового члена (метод Калинченко-Роживанова, 2004), выраженность кремастерного, бульбо-кавернозного, анального рефлексов).

Минимальный гормональный скрининг должен включать определение в крови общего тестостерона, ГСПС, ЛГ, пролактина и ТТГ у всех пациентов с СХТБ независимо от возраста. При наличии ожирения у больного (окружность талии  $\geq 94$  см) необходимо выявлять нарушения липидного спектра (уровень общего холестерина и его фракции), а также исследовать уровень глюкозы, инсулина и С-пептида для ранней диагностики инсулинорезистентности. Выявление ■

инсулинорезистентности является важным этапом обследования больного, так как она является фактором, запускающим и поддерживающим нейропатию, и коррекция последней только нейротропами без коррекции инсулинорезистентности невозможна.

Только после оценки вышеописанных параметров уролог переходит к оценке профильного урогенитального статуса в соответствии с имеющимися стандартными рекомендациями. При проведении пальцевого ректального исследования простаты нужно активно выявлять простатостаз (маркер андрогенного дефицита). Связь простатостаза с дефицитом андрогенов доказана, поэтому никакой массаж простаты не в состоянии нормализовать миоэпителиальную недостаточность предстательной железы без коррекции дефицита тестостерона. Между тем, частота выполнения массажей простаты в России просто ужасает...

При проведении УЗИ простаты ранним маркером андрогенного дефицита и эндотелиальной дис-

функции предстательной железы могут быть асимметричные нарушения артериального кровообращения в долях простаты, и это также сигнал для оценки уровня тестостерона, так как адекватный синтез оксида азота NO (основного вазомодулятора) в простате доказанно происходит только при нормальном уровне эндогенного тестостерона.

Почему важны для урологической практики предлагаемые оптимизированные схемы комплексной междисциплинарной диагностики воспалительных заболеваний предстательной железы?

Во-первых, важным и новым положением, которое существенно обогатило современную методологическую базу воспалительных заболеваний предстательной железы, является указание в рекомендацияхEAU (2012) на то, что риск развития простатита увеличивается с возрастом. Это объясняет эпидемиологические данные о повышении частоты простатитов с возрастом, а с другой стороны, подтверждает накопленные





многочисленные литературные данные и результаты собственных клинических наблюдений и исследований, свидетельствующие о том, что диагностика и лечение заболеваний предстательной железы существенно отличается от лечебно-диагностических мероприятий при заболеваниях других органов, и этим ключевым отличием является андрогенозависимость предстательной железы, о которой мы в погоне за инфекцией совершенно забыли!

Во-вторых, современная наука получила достаточно доказательств патогенетической связи андрогенного дефицита, метаболического синдрома, сахарного диабета 2 типа с сосудистыми, неврологическими и другими метаболическими нарушениями на уровне систем органов и органов, включая предстательную железу, которые также прогрессируют с возрастом (Gorbachinsky I. et al., 2010; McVary K. et al., 2006; Ozden C., Ozdal O.L., Urgancioglu G., 2007).

В истории урологии не было и, пожалуй, нет и сейчас, заболева-

ний, более дискутабельных и сложных в понимании, чем воспалительные заболевания предстательной железы. Многовековая история их изучения не привнесла к началу XXI века революционных перемен в эффективность терапии, которая, по мнению многих исследователей и клиницистов, до сих пор остается достаточно низкой. Многочисленные теории инфекционного и неинфекционного простатита говорят сегодня об их однозначно мультифакторном патогенезе. Клиническое коварство их состоит в общей клинической картине - наличии стойкого постоянного или рецидивирующего болевого синдрома в области малого таза и/или предстательной железы. Однако, если при хроническом простатите выявляется инфекционный агент, то при СХТБ (ПБС) он или отсутствует, или не выявляется рутинными методами. Проблема современной методологии и классификации воспалительных заболеваний предстательной железы состоит в сохраняющихся ■

долгие годы неизменных подходах к их диагностике, в алгоритмах которой по-прежнему ведущее место занимают только методы идентификации инфекционного агента в предстательной железе. По нашему мнению, в алгоритм диагностики следует активно включать методы гормонального скрининга, так как предстательная железа является андроген-зависимым органом, и любые нарушения синтеза и эффектов тестостерона могут быть как причиной, так и следствием любых воспалительных и невоспалительных процессов в ней. Игнорировать роль половых гормонов как основных регуляторов простатического метаболизма в норме и при любой патологии железы уже невозможно. Только такой подход позволит обосновать патогенетическую целесообразность и необходимость коррекции андрогенного дефицита и других метаболических нарушений, с ним ассоциированных, у всех мужчин с тазово-простатическим болевым синдромом любой этиологии, что способно существенно повысить

эффективность терапии и сделать ее действительно ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ, а не симптоматической, каковой, к сожалению, она является в настоящее время.

Нам кажется, что именно новое понимание патогенеза на основе междисциплинарного подхода к СХТБ и хроническому простатиту поможет нам перейти эту «трясину» под названием «хронический простатит» (термин по Nickel D.K.). Другого пути просто нет, ибо только такой лечебно-диагностический сценарий соответствует высоким требованиям медицины XXI века – века патогенетической профилактики и патогенетического лечения всех заболеваний мочеполовой системы мужчин, а также века их высокого качества жизни во всех ее проявлениях! «...Есть нечто более сильное, чем все на свете войска: это идея, время которой пришло» (В.Гюго). Время междисциплинарного понимания сущности «простатита» и необходимости новой патогенетической классификации уже пришло! ■



## Может ли здравоохранение быть бесплатным?



Шабанова С.  
Журналист

*Качество и доступность медицинских услуг для всех слоев населения – это вопрос, который в последнее время вызывает все больше дискуссий. Население нашей страны постепенно «стареет», увеличивается доля хронических заболеваний – а значит, постоянно растут потребности и в медицинской помощи.*

### Back in USSR

Однако стоимость высокотехнологичных медицинских услуг весьма высока: для их оказания требуется современное оборудование, медицинский персонал высокого класса, полноценное финансирование медицинских учреждений. А потенциальные пациенты, в свою очередь, продолжают пребывать в уверенности, что помощь должна оказываться, «как в Советском Союзе» - то есть качественно, оперативно и совершенно бесплатно. В лучшем случае, доктора должны получать цветы и

конфеты. Но может ли современная медицина быть совершенно бесплатной?

Вспоминаемая с легким ностальгическим оттенком советская медицина была построена на простом коммунистическом принципе: «От каждого по возможностям – каждому по потребностям». И действительно, государство гарантировало полную доступность медицинской помощи любому гражданину – вне зависимости от его «ценности» для экономики. Как при этом Советскому Союзу удалось не вылететь «в трубу»? ■

Во-первых, благодаря развитой системе профилактики. Согласно основоположнику основ советской медицинской системы, наркому здравоохранения Николаю Семашко, любую болезнь можно рассматривать, как следствие неблагоприятных условий среды и образа жизни. Именно поэтому в Советском Союзе вакцинация и пропаганда санитарно-гигиенических мер профилактики инфекционных заболеваний была поставлена на широкую ногу. Кроме того, была создана сеть диспансеров, которая позволяла достаточно эффективно бороться с «социальными» заболеваниями – алкоголизмом, туберкулезом и венерическими болезнями, лечение которых среди широких слоев населения стало бы серьезной экономической нагрузкой для страны. К важным мерам профилактики Семашко относил также улучшение условий труда и жизни советского народа.

Во-вторых, вдобавок к профилактическим мерам, советская система здравоохранения имела пирамидальную структуру, позволяющую жестко контролировать



оказание специализированной помощи на всех этапах. На нижнем уровне пирамиды располагались участковые поликлиники и медсанчасти, которые проводили первичный прием населения. Но, в зависимости от сложности заболевания, любой гражданин направлялся на лечение на вышестоящие уровни пирамиды – от обычных стационаров до специализированных научно-исследовательских институтов.

Но столь рациональный, на первый взгляд, подход мог существовать ровно до тех пор, пока большинство тяжелых заболеваний – онкологических, гематологических, сердечно-сосудистых – оставались неизлечимыми. Как выяснилось, новые, высокотехнологичные методы лечения, спасающие ранее



безнадежных больных – непосильная нагрузка для системы гарантированной государством медицинской помощи. Ведь эффективность стоит немалых денег: чем выше технологии – тем больше за них приходится платить. На повестке дня встала проблема недофинансирования и недоступности самых современных методов медицинской помощи для рядовых граждан.

Спрос породил предложение – дефицит услуг стал условием для незаконной торговли ими. Именно тогда доктора перестали «пить цветы и конфеты». К сожалению, решить эту проблему так и не удалось.

Бурное развитие медицинских технологий совпало с развалом советской медицинской системы, и мы получили то, что получили: государство по-прежнему гарантирует медицинскую помощь всем ее гражданам, но не в состоянии оказывать ее в полном объеме и на самом высоком уровне. Поэтому в стране есть и «другая медицина» – для состоятельных. И эти две системы мало пересекаются друг с другом.

Однако принцип «потребностей и возможностей» вполне успешно лег в основу современной российской системы обязательного медицинского страхования: теперь все та же трудоспособная часть населения зарабатывает на медицинское обслуживание нетрудоспособной – детей, пенсионеров и безработных. Остаток покрывает государственное финансирование, а медицинская помощь предоставляется всем гражданам, вне зависимости от уровня их доходов. На первый взгляд, такой подход выглядит не слишком справедливым, но он лежит в основе систем здравоохранения тех стран, где медицина считается наиболее доступной и эффективной. Там богатые платят за бедных, а здоровые за больных – за счет прогрессивных налогов с доходов и страховых взносов.

### **История европейской страховой медицины**

Вообще, если начинать разговор о системе страховой медицины, то стоит вспомнить о ее основоположниках. С первых ■

страниц истории человечества медицинская помощь находилась в плоскости товарно-денежных отношений и не выходила за пределы пары «врач-пациент». Впервые мало-мальскую гарантию оказания медицинской помощи, обеспечиваемую государством, придумал знаменитый Отто фон Бисмарк в конце XIX века: сначала обязательное страхование по болезни, потом от несчастных случаев на производстве, инвалидности и старости. Тогда это был неплохой способ увеличения лояльности трудового класса к правительству, но со временем подобная система медицинского обслуживания приобрела популярность и до сих пор используется в части стран Европейского союза, например – во Франции, Нидерландах и Австрии. Принцип этой системы вкратце – это регулярное «страховое» отчисление фиксированного налога с заработной платы, который поступает в специализированные управляющие фонды, контролируемые государством. Налог прогрессивный – например, работающие французы в совокупности платят почти 19

процентов от доходов, а их безработные соотечественники расстаются не более чем с 4 процентами пособия по безработице. Однако, платят все. Несмотря на это, средства, полученные фондами, не способны полностью покрыть все затраты на здравоохранение – дефицит бюджета французской системы здравоохранения выражается в десятках миллиардов евро, а рядовые французы вынуждены доплачивать за услуги, которые не покрывает страховка или приобретать дополнительные полисы у «частников».

### В гостях у Хауса

Разрекламированная популярными сериалами система медицинской помощи в США еще менее



“user friendly”. Государственной гарантии предоставления медицинской помощи в США, не существует, как таковой, поэтому о предоставлении медицинских услуг покупателю и продавцу приходится договариваться лично: через систему добровольного медицинского страхования. Которое, кстати, обходится очень недешево – около 5 тысяч долларов в год на одного человека и более 12 тысяч – на семью. При этом размер ежегодных страховых взносов постоянно растет – и он опережает среднестатистический рост доходов.

И только тем слоям населения, которые не способны самостоятельно оплачивать медицинскую помощь – пенсионерам, безработным, нуждающимся – государство предоставляет программы обслуживания: “Medicaid” для бедных и “Medicare” для пенсионеров. Однако, по данным Майкла Тэннера (Michael Tanner), руководителя исследовательской программы Института Катона по проблемам здравоохранения и соцобеспечения, США, задолженность по этим программам в настоящий момент

превышает 50 триллионов долларов.

### Туманный Альбион и другие

И, наконец, идеи Семашко, выходящие в полном государственном контроле осуществления медицинской помощи, легли в основу систем здравоохранения в



Великобритании, Италии, Греции, Испании и ряда других стран. Ответственность за финансирование здравоохранения здесь полностью несет государство – из госбюджета, который пополняется за счет налогов, собранных как с частных лиц, так и с компаний. Население стран получает практически ■

любую медицинскую помощь бесплатно, а рыночные отношения в медицинской сфере опять же контролируются государством.

Однако, подобная система распределения медицинских услуг порождает огромную бюрократическую машину, участвующую в перераспределении финансирования и ограничивает возможность выбора для потребителя медицинских услуг. Например, в Италии «на медицину» отчисляется около 10 процентов доходов среднего класса, но при этом жители этой страны вынуждены «прикрепляться» к участковому терапевту по месту жительства, через которого только и можно получить направление на обследование или лечение. На которые, в свою очередь, собираются длительные «листы ожидания» - бесплатного УЗИ можно ждать около двух недель. Кроме того, до 30 процентов стоимости некоторых услуг специалистов или лекарственных препаратов приходится оплачивать самому пациенту.

Все перечисленные системы оказания медицинской помощи нельзя назвать совершенными –

они становятся не только серьезной проблемой для бюджета, увеличивая налоговое бремя и снижая статьи расходов на другие социальные нужды, но и приводят к снижению качества медицинской помощи. Например, наличие медицинской страховки не гарантирует полного спектра медицинских услуг или требует длительного ожидания их получения, а также лишает пациента возможности выбора врача или лечебного учреждения.

Примерно все то же самое, что мы сейчас наблюдаем и в России. Так на какую же модель оказания медицинской помощи нам стоит ориентироваться?

### **Страна восходящего солнца**

За соотношение цены и качества здравоохранения, стоит обратить внимание на опыт Японии. При средней продолжительности жизни около 75 лет на здравоохранение в этой стране тратится всего около 8 процентов ВВП. Что в два раза меньше, чем в США, где средняя продолжительность жизни меньше. При-



этом, по оценке того же Тэннера, доступность высокотехнологичных медицинских методов для среднестатистического японца выше, чем для американца.

Система охраны здоровья в Японии достаточно сложная, но весьма рациональная. Обязательное страхование складывается из двух программ: национальной для неработающих граждан – по территориальному принципу, и страхования для наемных работников – по месту работы. Расходы по лечению по первой программе могут дотироваться государством на 70 процентов, остальную сумму оплачивает сам пациент, например, за лекарства,

отдельную палату, услуги сиделки. Тарифы на лечение устанавливаются японским аналогом Минздрава, но, при этом, до 80 процентов лечебных учреждений в стране – частные.

Страхование наемных работников осуществляется как государственными фондами, так и отраслевыми объединениями. Работник отчисляет не более 8,4 процентов заработной платы, «скидываясь» на свою страховку пополам с государством. Платят страховые взносы также и предприниматели.

Подобная система позволяет выплачивать пособие по временной нетрудоспособности, рождению ребенка и так далее. Также в Японии разработана система по страхованию престарелых, а люди старше 70 лет получают право на бесплатную медицинскую помощь.

Однако, помимо медицинского страхования, в Японии развита также и система общественных фондов, нацеленных на профилактику инфекционных заболеваний, ЗППП, наследственных и психических болезней, а также по борьбе с ■

последствиями загрязнения окружающей среды. То есть занимающихся всем тем, с чего начал построение системы здравоохранения в СССР уже неоднократно упомянутый нами Семашко.

### Остров Свободы

И, наконец, лидер в соотношении затрат и эффективности – система здравоохранения Кубы. Средняя продолжительность жизни кубинцев не уступает аналогичной в США и выше, чем в России. И дело не только в теплом климате. Основную ставку кубинская система здравоохранения сделала не на высокие технологии в медицине, внедрение которых было бы серьезной проблемой для пребывающего в изоляции Острова Свободы. Кубинцы взяли в качестве основы принципы советского здравоохранения – бесплатную гарантированную медицинскую помощь в сочетании с профилактикой и выявлением заболеваний на самых ранних стадиях. При этом подобные меры не стали серьезной нагрузкой на кубин-

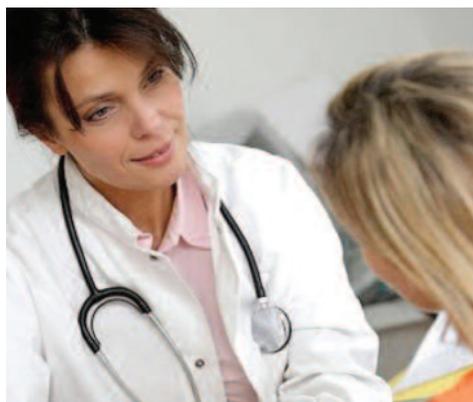
скую экономику – затраты на медицинское обслуживание на душу населения на Кубе составляют около 363 долларов - это почти в два раза меньше, чем в России и в десять раз меньше по сравнению с США. Причем большая часть этих денег затрачивается на первичную профилактику – выявление и устранение факторов, которые могут вызвать различные заболевания и формиро-



вание принципов здорового образа жизни в стране. А это, в свою очередь снижает необходимость

вторичной и третичной профилактики – выявление заболеваний на ранних и более поздних стадиях, требующих дополнительных затрат на лечение.

### Куда идти России?



Так по какому пути стоит пойти в России, где еще свежа память о «советской медицине» и все больше растет недовольство качеством и доступностью нынешних медицинских услуг? Вариант решения кажется достаточно очевидным.

Опыт наиболее эффективных систем здравоохранения показывает, что государственное финансирование наиболее востребовано в области первичной и вто-

ричной профилактики. То есть формирования ценностей здорового образа жизни в обществе и различных программ скрининга. Тем более, что первые важные шаги в этой области уже сделаны. С 2000 года внедрен обязательный скрининг беременных и новорожденных, позволяющий выявить наследственные заболевания и нарушения внутриутробного развития. Кроме того, проводятся массовые скринингом исследования рака молочной железы, рака легкого, шейки матки, предстательной железы. Основная проблема в этой области – недостаточное информирование и мотивирование населения.

Следующий этап – развитие института добровольного медицинского страхования и страхования по месту работы, которое позволит направлять полученные средства максимально адресно.

Но – в любом случае, совсем бесплатного здравоохранения для всех быть не может принципиально: в современных условиях этого не вынесет ни одна экономика мира. ■

## Лечение хронического пиелонефрита, осложненного нефролитиазом



Азизов А. П.  
Д.м.н.,  
профессор  
г Махачкала

*Хронический пиелонефрит (ХП) является одним из наиболее распространенных заболеваний в практике врача-уролога. ХП часто сопровождается процессами кристаллизации в моче и образованием микролитов кальцинатов в почечной паренхиме и канальцах. В свою очередь кальцинаты не только затрудняют пассаж мочи, но и негативно воздействуют на канальцевый аппарат и паренхиму почки, увеличивая активность ряда ферментов в моче.*

**Н**арушение метаболических процессов в организме также приводит к повышению концентрации камнеобразующих веществ в сыворотке крови с последующим неизбежным повышением их выделения почками. Это приводит к перенасыщению мочи этими субстанциями, что может проявляться образованием кристаллов солей и микролитов, являющихся бесспорным условием для формирования мочевых камней с последующим присоединением инфекции и развитием ХП.

Доля мочекаменной болезни (МКБ) среди всех урологических заболеваний составляет более 40%. Одними из наиболее эндемичных районов по МКБ в России являются Северный и Южный Кавказ, в которых регистрируется высокий уровень заболеваемости уратным нефролитиазом. Важным моментом в лечении МКБ является метафилактика, позволяющая снизить количество рецидивов камнеобразования. Существует много медикаментозных средств, применяемых при пиелонефрите и нефро-



лителиазе, действие которых основано на спазмолитическом, диуретическом и дезинфицирующем эффектах. Все больший интерес в последние годы вызывают препараты растительного происхождения. Давно применяемая фитотерапия пиелонефрита и нефролитолиза эфирными маслами на основе терпенов может быть эффективным, безопасным и приемлемым альтернативным методом лечения этих патологических состояний. Наибольшее распространение из числа терпеносодержащих лекарственных средств получил Роватинекс (Rowa Pharmaceuticals, Ирландия).

На базе клиники профессора Азизова (г. Махачкала) было проведено клиническое исследование по изучению эффективности лечения и реабилитации больных ХП, осложненного нефролитолизом, при включении в комплексную терапию препарата Роватинекс.

В основу работы были положены результаты анализа данных обследования и лечения 40 больных (15 мужчин и 25 жен-

щин) в возрасте от 30 до 60 лет с хроническим пиелонефритом, осложненным нефролитолизом. В зависимости от проводимого лечения все больные были разделены на две группы. Пациенты 1-й группы ( $n = 20$ ) получали стандартную терапию (спазмолитики, антибиотики, анальгетики) и Роватинекс по 2 капсулы 3 раза в день в течение 30 дней. Больные 2-й группы ( $n = 20$ ) получали только стандартную терапию. ■



При проведении ультразвукового исследования почек, обзорной и внутривенной урографии у всех больных в проекции чашечно-лоханочной системы локализовались конкременты до 0,5 см в диаметре. Выраженность боли у больных обеих групп в основном была умеренной и никогда не носила характера почечной колики; боль была постоянной, ноющей. Через 7 дней после начала лечения Роватинексом болевой синдром сохранялся только у 5 (25 %) больных 1-й группы, т. е. частота его уменьшилась почти в 4 раза, тогда как во 2-й группе число больных с болевым синдромом уменьшилось только в 2 раза. Через 30 дней лечения боли у больных 1-й группы практически исчезли, а во 2-й группе болезненность при сотрясении поясничной области сохранялась у 4 (20 %) больных. Частота поллакиурии у пациентов 1-й группы резко уменьшилась на 7-й день лечения Роватинексом (с 90 до 30 %), а спустя 30 дней оставалась только у 2 больных.

Благодаря спазмолитическому и диуретическому действию Рова-

тинекса у больных 1-й группы суточный диурез увеличился до 2,0–2,5 литров; при этом содержание  $K^+$  и  $Na^+$  не изменилось, что позволяет характеризовать этот препарат как растительный диуретик мягкого действия.

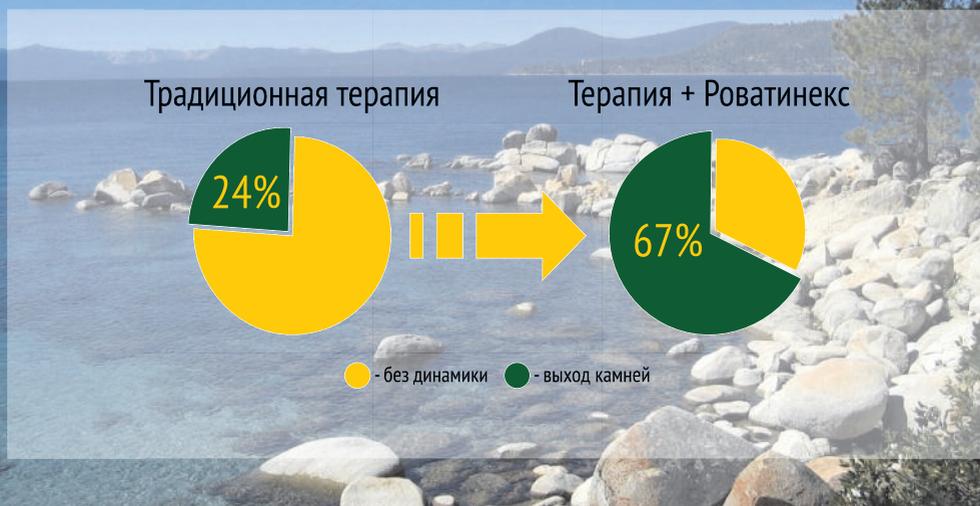
Проведенное исследование показало, что применение растительного препарата Роватинекс при ХП оказывает не только диуретическое, спазмолитическое, противовоспалительное, но и антимикробное действие. Он показан лицам, страдающим пиелонефритом, циститом, особенно осложненным нефролитиазом. Препарат оказывает спазмолитическое действие и ограничивает процессы кристаллизации в моче. Способствует усиленному отхождению кристаллов мочевых солей, мелких конкрементов, увеличивая диурез. Преимуществом Роватинекса являются его совместимость с антибиотиками, усиление их действия. Препарат Роватинекс – это этиотропное и патогенетическое средство лечения ХП, в т. ч. с нефролитиазом. В связи с этим он может широко применяться в урологической практике. ■

# РОВАТИНЕКС

РОВАТИНЕКС выводит песок и мелкие конкременты при мочекаменной болезни за счет спазмолитического, диуретического, противовоспалительного и противомикробного действия натуральных терпенов

## Доказанный литокинетический эффект

При уролитолизе Роватинекс увеличивает долю пациентов с полным освобождением от камней с 24% до 67%\*



\*А.В. Сивков, Н.К. Дзеранов и соавт. "Результаты применения препарата Роватинекс у больных уролитолизом". Журнал "Экспериментальная и клиническая урология" (№4 2011)

**РОВАТИНЕКС** назначается взрослым и детям с 6 лет, по 1-2 капс. 3 раза в сутки

Фитопрепарат с литолитическим, спазмолитическим, антибактериальным и диуретическим действием. Капсулы кишечнорастворимые сферические желатиновые, желтого цвета. Содержание в одной капсуле: анетол (4 мг), борнеол (10 мг), камфен (15 мг), альфа- бета-пинен (31 мг), фенхон (4 мг), цинеол (3 мг).  
Вспомогательные вещества: масло оливковое.

Показания к применению препарата РОВАТИНЕКС:

- мочекаменная болезнь (нефролитиаз, уролитоаз)
- профилактика образования камней в почках и мочевыводящих путях



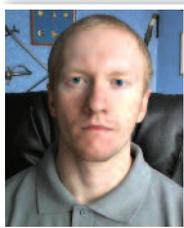
**Производитель: Рова Фармасьютикалс Лтд, Ирландия**

Официальный дистрибьютор - ЗАО "Мединторг"  
+7 (495) 921-25-15 | [www.medintorg.ru](http://www.medintorg.ru)



**МЕДИНТОРГ**  
акционерное общество

## Эндоскопическое лечение камней мочеточников



Ершов А.В.  
КрасГМУ

*В настоящее время во всем мире констатируется тенденция к росту заболеваемости мочекаменной болезнью (МКБ). В последние годы это заболевание встречается не менее чем у 1–3% населения Земли.*

По данным Красноярского краевого медицинского информационно-аналитического центра урологическими заболеваниями страдает до 8% населения края, темп прироста составляет - 13,9%. Следует отметить, что в Красноярском крае с 2003 года количество больных МКБ выросло на 29,6% и в настоящее время составляет 7,4 случаев на 1000 человек населения, ежегодно регистрируется более 16 тысяч больных МКБ.

Среди разнообразных форм проявления МКБ наиболее распространенными являются камни мочеточника, на которые сейчас (в связи с внедрением ДЛТ) прихо-

дится более 35% клинических случаев. Стоит так же отметить, что почечная колика, вызванная камнем мочеточника в 89,5% случаев является диагнозом при экстренной госпитализации больных в стационар. При кажущейся простоте, именно камни мочеточников вызывают самые выраженные болевые эффекты, страдания и страх у пациентов, а так же чаще всего они могут привести к развитию тяжелых осложнений.

Уретероскопия в клинической практике получила широкое применение, особенно при лечении МКБ, в частности – камней мочеточника. Даже после внедрения дистанционной ударно-волновой

литотрипсии (ДУВЛ) она не утратила своей значимости. Это объясняется тем, что далеко не все камни могут быть подвергнуты дроблению с помощью ДУВЛ из-за особенностей локализации, длительности нахождения в мочеточнике и других причин, а образовавшаяся после ДУВЛ «каменная дорожка» также требует применения эндоскопического вмешательства. На рисунке 1 показана эффективность КУЛ в лечении камней мочеточников по данным различных урологических сообществ:

Российского общества урологов, Европейской ассоциации урологов и Американской урологической ассоциации.

Эндоскопическая контактная уретеролитотрипсия и литоэкстракция позволяют:

1. Относительно быстро избавить пациента от камня мочеточника (от длительных физических и психологических страданий)

2. Сократить затраты на лечение и восстановительный период, сроки которого сокращаются в 3-5 раз. ■



Рис. 1. Эффективность КУЛ в лечении камней мочеточника.

### Повышение эффективности лечения камней мочеточника

На кафедре урологии и андрологии Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф. Войно-Ясенецкого под руководством д.м.н. Капсаргина Ф.П. было выполнено исследование по выявлению диагностических критериев, позволяющих повысить эффективность эндоскопического лечения больных с камнями мочеточников.

Нами был проанализирован материал 153 операций по поводу камней мочеточников у больных, находившихся на лечении в 2011г. на базе Дорожной клинической больницы на ст. Красноярск ОАО РЖД.

При помощи традиционной открытой уретеролитотомии прооперирован 32 пациент, а уретероскопия КЛТ была выполнена в 121 случаях. Среди больных больше было мужчин - 85 человек, женщин - 63 человека. Следует также отметить, что пациентов трудоспособного возраста (от 21 до 50 лет) было 56,7 % (87 человек), что свидетельствует о социально-экономической значимости проблемы.

Для установления диагноза, определения показаний и составления плана операций проводилось комплексное урологическое обследование, включающее изучение жалоб и анамнеза, физикальный осмотр, клинические анализы крови и мочи, бактериологический анализ мочи с идентификацией возбудителя и определением чувствительности к антибактериальным препаратам, а также: стандартное УЗИ-исследование, во время которого определяли размеры, локализацию камня и изменение паренхимы почки.

Перистальтику мочеточника при его обструкции изучали методом цветной ультразвуковой доплерографии. С помощью этого метода определяли также характер обструкции (полная, неполная), количество выбросов в единицу времени с обеих сторон и отдельный диурез каждой почки. С помощью обзорной и экскреторной урографии выявляли наличие или отсутствие обструкции ВМП, оценивали функцию пораженной и контралатеральной почки, а также выраженность степени расширения собирательной системы.





Методом визуализации позволяющим выбрать оптимальный способ хирургического удаления камней мочеточников стало МСКТ, критериями диагностики для которого являются:

- Изменения почечной паренхимы
- Анатомо-функциональное строение ВМП
- Характер и выраженность изменений
- Размеры, локализация, конфигурация, плотность конкрементов
- Изменения стенки мочеточника в месте соприкосновения с камнем.

По данным динамической нефросцинтиграфии у 8 (25,0%) пациентов был определен дефицит секретиции от 51 до 70%. При выраженных патологических изменениях по данным УЗ-, R-исследований и динамической сцинтиграфии пациентам была показана традиционная открытая уретеролитотомия с ревизией пораженной почки.

### **Выбор эндоскопического вмешательства**

Основными критериями для выбора типа эндоскопического вме-

шательства являются размеры, плотность и форма конкремента, а также длительность нахождения его в мочеточнике. Уретеролитоэкстракция применялась для удаления подвижных камней малых размеров или после осуществления контактной литотрипсии крупного конкремента.

Уретероскопия, контактная литотрипсия проводилась в случаях, когда размеры и форма камня не позволяли выполнить литоэкстракцию, а также, независимо от размера, при окклюзирующих, длительно находящихся в мочеточнике камнях. Она осуществлялась с помощью пневматического, электрокинетического и лазерного литотрипторов. При конкрементах, находящихся в верхней трети мочеточника – предпочтение отдавалось традиционной уретеролитотомии, тогда как камни средней трети и нижней трети удалялись при помощи эндоурологического метода.

Камни в верхней трети мочеточника были у 24 больных; в средней трети – у 37; в нижней трети – у 92 больных; из них в мочеточнике у 6 пациентов было 2 конкремента, у 3 – 3, а у 14 ■

диагностирована «каменная дорожка», образовавшаяся после ДЛТ. Рентгеногегативные камни имелись у 13 больных.

В 48 случаях произведена контактная литотрипсия конкремента, в 73 – уретеролитоэкстракция, а в 2 (2,0%) случаях камень нижней трети мочеточника во время литотрипсии мигрировал в чашечнолоханочную систему. Этим больным произведена фиброуретеропиелоскопия с контактной лазерной литотрипсией и литоэкстракцией.

В 80 случаях послеоперационное дренирование верхних мочевых путей выполнялось мочеточниковым катетером, в 7 – стентом. Мочеточниковый катетер устанавливался после полной дезинтеграции конкремента при отсутствии миграции крупных фрагментов в полость чашечнолоханочной системы почки.

У 22 больных наличие камня сочеталось со стриктурой мочеточника (этим больным уретеролитотрипсия и уретеролитоэкстракция производились после предварительного рассечения стриктуры с помощью лазера).

Осложнения:

- Обострение хронического пиелонефрита – 3 пациента
- Перфорация стенки мочеточника – 1 пациент

В группе открытой уретеролитотомии нарушение уродинамики на 5-е сутки составляло 27,3%, в то время как в группе эндоурологических операций нарушение уродинамики на 5-е сутки составляло всего 7,6% (9 человек)

Таким образом, **уретероскопия была эффективной в 98,3% наблюдений.** В 2 (1,7%) случаях выполнить уретероскопию не удалось из-за выраженной деформации мочеточника в его средней трети.

### Вывод

Учитывая высокую эффективность, малую травматичность, короткий период послеоперационной клинической и трудовой реабилитации пациентов, метод КУЛТ является операцией выбора в лечении больных МКБ с камнями нижней трети мочеточника плотностью свыше 1000 НУ при отсутствии тяжелой сопутствующей патологии. ■

# Вода натуральная минеральная природная



## CERELIA – ВОДА РИМСКИХ ИМПЕРАТОРОВ

*Обладает уникальным лечебным  
и профилактическим эффектом*



### Лечебные свойства минеральной воды Черелия (Cerelia):

- Снижает кислотность мочи
- Уменьшает концентрацию солей в моче
- Приводит к уменьшению размера камней почек
- Усиливает диурез
- Способствует выведению мелких камней из мочевыводящей системы (почке, мочеточников, мочевого пузыря).
- Усиливает процесс отхождения фрагментов конкрементов после их разрушения методом ДЛТ и КЛТ
- Тормозит и предотвращает развитие рецидивного нефролитиаза
- Способствует выведению бактерий и продуктов их жизнедеятельности из мочевыводящих путей
- Снижает вероятность воспалительных осложнений при нефролитиазе

### Химический состав, мг/л

Ионы Кальция Ca <sup>++</sup> .....	120 - 130
Ионы Магния Mg .....	10 - 15
Ионы Хлорида Cl <sup>-</sup> .....	менее 5
Ионы Кремния Si <sub>2</sub> .....	17 - 20
Ионы Сульфата SO <sub>4</sub> .....	7 - 10
Ионы Гидрокарбоната HCO <sub>3</sub> ..	395 - 415
Ионы Натрия и Калия Na <sup>+</sup> K <sup>+</sup> ..	менее 10

Уровень минерализации, г/л: 0,45-0,50



Официальный  
дистрибьютор

127051, Москва,  
Петровский бул., 13  
+7(495)708-4769  
[www.cerelia.ru](http://www.cerelia.ru)



Wellness  
Philosophy

*Мы продолжаем знакомить урологическую общественность с мировыми лидерами в урологии, с которыми сотрудникам НИИ урологии (Москва) удалось пообщаться во время 32-й конгресса Международного общества урологов (Société Internationale d'Urologie) в Японии. Все интервью предложены в сокращенном варианте. С полной видеовersion вы можете ознакомиться на сайте Uro.TV.*

### Международное образование в урологии



**Хейн Ван-Поппель**

*Заместитель генерального секретаря Европейской ассоциации урологов,*

*Председатель Обучающего Комитета Европейской Ассоциации Урологов, директор Европейской Школы Урологии*

***Вы очень известный уролог и много делаете для развития урологии в Европе и во всем мире, в том числе заботитесь о повышении профессионального уровня урологов, помогаете молодым специалистам. Поэтому нам бы хотелось поговорить о вариантах обучения, которые Европейская ассоциация урологов (EAU) предоставляет своим членам, а также о некоторых возможностях для специалистов, не входящих в данную ассоциацию.***

В настоящее время я занимаю должность заместителя генерального секретаря EAU и могу дать вам «внутреннюю» информацию о наших возможностях. Мы занимаемся организацией множества образовательных мероприятий. «Флагманом» образовательной деятельности EAU является Европейский образовательный курс по урологии для резидентов (EUREP) - программа для резидентов-урологов, членов Европейской ассоциации урологов, в



том числе, и специалистов из России. Программа полностью спонсируется EAU и является бесплатной для резидентов последнего года обучения (5-й или 6-й год обучения). Это соответствует стандартам Европейского совета по урологии (EUB).

Для российских урологов обучение является несколько проблематичным: в вашей стране резидентура (т. е. ординатура по урологии – прим. редакции) длится всего два года, и большинство молодых урологов, получивших сертификат, не поступают в аспирантуру, хотя после двух лет ординатуры и трех лет аспирантуры они подтягиваются к уровню других европейских резидентов. Это именно те люди с достаточным образованием, которых бы мы предпочли видеть на курсах EUREP. Вы понимаете, что для людей, прошедших всего лишь два года обучения, на курсах дается слишком много информации, и воспринять ее достаточно сложно. Именно поэтому мы рады, когда к нам поступают заявки от людей, прошедших пять лет обучения. В

этом случае деньги, которые EAU выделяет на организацию этих курсов, не будут потеряны на обучение неподготовленных специалистов.

***Какова цель этих курсов? Почему вы тратите столько денег на обучение? Например, вы предоставляете полную оплату проживания. В нашем мире, когда специалисты растут, они становятся конкурентами своим учителям.***

EAU заботится об уровне урологии в Европе. Есть стандартный уровень, и мы бы хотели, чтобы каждый уролог его достиг. Степень подготовленности отличается среди врачей, приезжающих из России, стран Европы, например Германии и Голландии. Подготовка везде разная, поэтому мы предлагаем полный обзор по всем вопросам урологии, урогинекологии, онкологии, детской урологии, чем добиваемся того, чтобы к концу обучения все специалисты были на одном уровне.

В течение многих лет в конце курсов совместно с Европейским советом по урологии мы проводим ■

письменный этап FEBU экзамена. Вы никогда не будете более подготовленным по урологии как после EUREP, поскольку в течение пяти дней вы слушаете лекции по всем вопросам урологии, и это лучшая подготовка к экзамену! В будущем мы планируем продолжать проводить экзамены в режиме онлайн.

***Заинтересовано ли EAU в том, чтобы этот экзамен был доступен для всех европейских резидентов?***

EAU не может навязать этот экзамен. EUMS (Европейский союз медицинских специалистов) объединяет специалистов по кардиологии, урологии, неврологии. EBU (Европейский совет по урологии) – это урологический отдел EUMS. Необходимо, чтобы каждый уролог следовал стандартам и имел определенный достаточный уровень профессиональной подготовки. Цель экзамена заключается в том, чтобы врач, сдавший EBU экзамен, например, в Греции, мог без проблем работать в России, при условии знания языка, или, например, из Румынии мог приехать на работу

в Бельгию. Но этого результата пока еще нет, поскольку экзамен не является обязательным. Но чем больше урологов его сдают, тем больше экзамен станут учитывать при приеме на работу.

***В некоторых странах для устройства на работу урологом необходимо сдать этот экзамен. В некоторых странах это является обязательным, хотя и не установлено законом.***

Во многих европейских странах в конце обучения необходимо сдать выходной экзамен – FEBU. Например, в Польше и Франции без успешно сданного FEBU урологи не смогут приступить к работе по специальности. Но такое положение дел принято пока не везде.

***Могли бы вы сказать несколько слов о Европейской школе урологии?***

Европейская школа урологии (ESU) – это образовательный комитет Европейской Ассоциации Урологов, который отвечает за образовательную деятельность. Европейская школа урологии организует обучающие курсы, в том числе в рамках национальных



конгрессов по заранее заявленным темам. ESU решает, кого из профессоров необходимо задействовать, кто именно приедет в вашу страну и в рамках национального конгресса в течение 2 - 3 часов прочтет лекции по интересующей тематике.

Также мы стремимся к тому, чтобы местные урологи участвовали в организации разбора клинических случаев вместе с группой международных экспертов. Европейская ассоциация урологов оплачивает транспортные расходы, оплату гостиницы для преподавателей, направляемых на курсы. Такие курсы всегда проводятся по просьбе национальных сообществ. Если ваш национальный конгресс будет проводиться в Москве, Новосибирске или Оренбурге, и вы подадите заявку на курсы ESU, мы с удовольствием организуем курсы по той тематике, которую вы желаете.

***Можете рассказать нам о стипендиальных программах?***

Стипендиальная программа – это другой образовательный комитет EAU. Она предназначена

для членов этой организации, поэтому для начала Вам необходимо вступить в ассоциацию - стоимость около 50 евро для молодых урологов. После этого подается заявка о желании попасть на короткую или длительную стажировку или даже в аспирантуру для выполнения научной работы в научном центре в Европе (всего их 50 в Европе). Молодые российские урологи, пройдя курсы EUREP и познакомившись с экспертами, могут изъявить желание поехать на стажировку, например, в Париж к профессору Шартье Каслеру, чтобы изучить урогинекологию. Для этого им требуется подать заявку в Европейскую стипендиальную программу и уточнить длительность курсов – 3 или 6 месяцев. Затем необходимо получить одобрение совета EAU, EUSP, после утверждения будут выделены средства на поездку и пребывание в центре. Специалисту оплатят проживание в гостинице в Париже и даже выделяют карманные деньги, чтобы он мог немного развлечься вечером. Решение о предоставлении оплаты ■

принимается на индивидуальной основе советом EUSP.

***Есть ли какие-то условия, которым должен удовлетворять кандидат?***

Он должен быть урологом или резидентом последнего года обучения с хорошим уровнем подготовки, либо молодым врачом, который хочет получить субспециализацию. Все кандидаты должны свободно владеть английским языком. Пока мы никому не отказали, поскольку есть достаточное финансирование со стороны EAU, но, конечно, есть и лимит. Мы стараемся удовлетворить все запросы, и если заявка качественная, мы найдем возможность ее профинансировать.

***Для русских врачей достаточно тяжело попасть на различные мероприятия из-за расстояния, цены, языка, поэтому в России сейчас популярны онлайн-курсы, поскольку можно проходить их, находясь дома. Какие, по-вашему, есть перспективы у онлайн-обучения?***

Онлайн-обучение – это хорошая и полезная форма образова-

ния, хотя ее очень трудно организовать. Медицина очень быстро развивается, и сделать онлайн-презентации постоянно новыми по содержанию очень трудно. Мы хотим предоставить в образовательных курсах, в том числе и на онлайн-курсах, клинические рекомендации, поскольку их применение должно стать основой всей урологии. Для онлайн-обучения очень важно, чтобы оно было проработано и соответствовало рекомендациям.

***Как вы считаете, увеличится ли число людей, проходящих онлайн-обучение?***

Я уверен в этом, судя по изменениям в США, где многие врачи выбирают онлайн-обучение, поскольку для аккредитации им нужно получить специальные баллы (кредиты). Онлайн-форма – это наиболее быстрый и недорогой способ их получить. Поэтому мы продолжим расширять число курсов по онлайн-обучению.

***Что вы думаете о вебкастах\* конференций, будет ли их больше и останутся ли они востребованными в дальнейшем?***



Сегодня к нам поступает очень много запросов, на то, чтобы все курсы резидентов в урологии сопровождались вебкастами. Для всех курсов Европейской школы урологии, которые мы проводили во время конгресса Европейской ассоциации урологов в 2013 году в Париже (в 2013 г будет проводиться в Милане – прим. редакции), всего это около 40 курсов, - созданы вебкасты, и каждый уролог может получить к ним доступ в интернете.

**Что Вы бы хотели сказать и пожелать российским урологам?**

Российским урологам надо больше участвовать в деятельно-

сти Европейской ассоциации урологов, заходить в интернет, получать оттуда полезную профессиональную информацию. Я уверен, что интернет поможет повысить вашу активность. ■

-----  
*Примечание редакции:*

*Вебкаст (webcast) - видеоролик, размещенный в сети, который можно посмотреть в удобное время на выбранном вами устройстве отображения.*



## Урология страны Восходящего солнца



**Сейджи Наито**

*Генеральный секретарь Восточно-Азиатского Общества Эндоурологии;*

*Президент Японской Урологической ассоциации;*

*Главный редактор Международного журнала Урологии*

*(International Journal of Urology)*

*Мы с Вами сейчас находимся на 32-й конгрессе Международного общества урологов (Société Internationale d'Urologie – SIU). Могли бы Вы, как представитель местного организационного комитета, назвать некоторые цифры этого мероприятия: сколько приехало участников, как много было подано тезисов и из каких стран приехали специалисты?*

В 2012 году конгресс проводится с 30 сентября по 4 октября. Нам поступило 2750 заявок на регистрацию. На конгрессе к нам присоединились специалисты из 93-х стран и регионов (всего около 3300 врачей). Это неплохие пока-

затели. Нам прислали около 1250 тезисов со всего мира, и из них мы отобрали 1150.

*Российским урологам интересно, как организована урологическая помощь в Японии? Сколько у вас врачей данной специализации?*

Всего в Японии восемь тысяч урологов, из них 5% (400 человек) – урогинекологи. В эту цифру входят ординаторы.

*Сколько длится ординатура в Японии? Как получить и подтвердить сертификат?*

Чтобы получить сертификат уролога, необходимы два года общей практики и три года специализации по урологии. В



общей сложности для получения сертификата требуется пять лет обучения. Число выпускников небольшое - около 200 урологов в год.

***Кто проводит сертификацию?***

Президент Японской урологической ассоциации. Для того чтобы получить сертификат, необходимо сдать экзамен - устную и письменную часть, но без практических навыков. В последующем уролог должен присылать документы о том, сколько он пролечил пациентов, с какими заболеваниями, какие статьи он написал и какие конгрессы посетил.

***Кто оплачивает поездки на конгрессы, в том числе и международные?***

Большинству урологов расходы обеспечивает больница. Университетская клиника оплачивает проезд, но врачи должны самостоятельно платить за регистрацию. В частных и в некоторых государственных клиниках такие мероприятия оплачивают один или два раза в год, но это зависит от самой клиники.

***Русским урологам очень интересно, какова зарплата их коллег в Японии?***

Это зависит от клиники. Например, я работаю в университетской клинике, то есть я госслужащий, поэтому мой доход очень низкий. Но врачи, работающие в частных клиниках, в том числе и те, кто открывает свои собственные клиники, могут получать в несколько раз больше.

***Какие клиники - частные или государственные - наиболее популярны среди урологов?***

Я думаю, государственные клиники, поскольку их намного больше, чем частных. Трудно накопить деньги, чтобы открыть частную клинику. Урология - важная специальность, но многие пациенты сначала обращаются к терапевтам или гинекологам, например, если у них макрогематурия, и только после этого попадают к урологам. Частные клиники не занимаются большой хирургией, они проводят медикаментозное лечение или малые операции. Урологи могут получать большую зарплату, но их работа не такая интересная, как в государственных клиниках. ■

***В России урологам не разрешается проводить химиотерапию, иммунотерапию при онкоурологических заболеваниях. Кто в Японии занимается этим лечением – онкологи или урологи?***

Все виды химиотерапии, иммунотерапии или таргетной терапии при урологических заболеваниях проводятся урологами. Однако в последнее время онкологи берут свое, но их очень мало в Японии, поэтому у онкологов не хватает времени для лечения всех урологических пациентов. Из-за этого гормональная, химио-, иммуно- и таргетная терапии проводятся непосредственно урологами.

***А урогинекология, детская урология, андрология – этим занимаются урологи?***

- Да. Некоторые операции проводятся гинекологами, но основная масса – урологами, поскольку хирургическое лечение урологических заболеваний должны проводить урологи. Так же обстоит ситуация и с детской урологией. У нас есть детские хирурги, которые любят лечить детей с урологическими заболеваниями, но опять же их должны лечить урологи.

***У вас есть Японская ассоциация урологов. Единственная ли это урологическая ассоциация в Японии?***

Да, у нас есть несколько урологических ассоциаций. В Японии много обществ по узким специализациям, например общество детских урологов, общество по инфекциям мочевых путей. Более 10 сообществ.

***Они независимые?***

Да, независимые. Мы собираемся вместе на заседаниях Японской ассоциации урологов и обмениваемся информацией. Но каждое узконаправленное сообщество ежегодно проводит свои конференции. У них разный бюджет, в эти общества входят разные люди.

***Сколько различных мероприятий проходит у вас ежегодно?***

Очень много. Например, я посещаю не все мероприятия, а только те, которые мне интересны, в целом, около десяти в год.

***Проводите ли вы обучение на конгрессах, через интернет, есть ли у вас онлайн-курсы? Популярно ли в Японии онлайн-обучение?***

Онлайн-обучение не так популярно в Японии, так как у нас проходит много конференций в каждой области страны. Многие университеты или клиники проводят конференции или небольшие заседания много раз в год. Все урологи из этого региона могут посетить данное мероприятие. Также у нас ежегодно проходят конгрессы по каждому направлению для врачей всей Японии. Поэтому нам не требуется такая форма электронного образования. Конечно, мы можем смотреть видео или электронные ресурсы, но большинство урологов получают новые знания, посещая конференции вживую.

**Как Вы думаете, для такой большой международной органи-**

**зации, как SIU, перспективно ли развитие интернет-технологий для общения?**

- Да, мы будем развивать международную образовательную систему через интернет. Но это международная организация, объединяющая много стран. У нас есть образовательный и другие комитеты. Я думаю, в настоящее время сложно организовать и подготовить онлайн-систему для обучения, но в будущем она появится. Насколько я знаю, пока не создано всемирной образовательной системы.

**Вы когда-нибудь были в России?**

Нет, но мне очень хотелось бы посетить вашу страну, если бы представилась возможность. ■



### Новый альфа - адrenoблокатор для выигрыша в матче против ДГПЖ

С 17 по 21 сентября 2012г в Москве проходил XII съезд РОУ. Одним из участников съезда был уролог с мировым именем **профессор Венского университета Михаэль Марбергер**. Он был приглашен в качестве лектора на сателлитный симпозиум компании Рекордати «Силодозин – новый альфа - адrenoблокатор для выигрыша в матче против ДГПЖ».

Представляем Вашему вниманию интервью с **профессором М.Марбергером**, которое состоялось 20 сентября 2012г сразу после окончания симпозиума.



*Господин Марбергер, каковы Ваши впечатления о нашей стране и были ли Вы в России раньше?*

Я несколько раз уже был в России и меня бесконечно удивляют

происходящие здесь перемены, это просто взрывное развитие. Я вижу большой энтузиазм у людей, как будто всё вибрирует и жаждет перемен. Мне очень нравится ваша страна.

# УРОРЕК®

Силодозин 4мг; 8мг

Учащенное мочеиспускание

Никтурия

Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря

**Качество жизни**

ДЛЯ ИДЕАЛЬНОГО СЧЕТА  
в матче против ДГПЖ

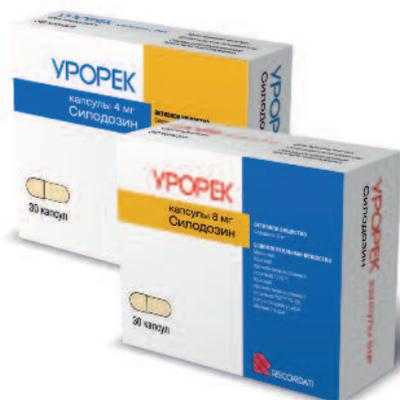
УРОРЕК® является наиболее уроселективным альфа-блокатором. УРОРЕК® способствует облегчению симптомов ДГПЖ, повышая уровень качества жизни пациентов.

- ✓ САМЫЙ УРОСЕЛЕКТИВНЫЙ АЛЬФА-БЛОКАТОР НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ<sup>1,2,3</sup>
- ✓ БОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ СИМПТОМОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ НАИБОЛЬШЕЕ БЕСПОКОЙСТВО У ПАЦИЕНТОВ (одновременно учащенное мочеиспускание, никтурия и чувство неполного опорожнения мочевого пузыря), по сравнению с тамсулозином<sup>4</sup>
- ✓ ДОКАЗАННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ<sup>4,5</sup>

1. Tatemichi S et al. Yakugaku Zasshi 2006; 126: 209-216  
2. Schwinn DA, Roehrborn CG. Int J Urol 2008; 15: 193-199  
3. Lepor H. Rev Urol 2009; 11: 59-513  
4. Montorsi F. Eur Urol Suppl 2010; 9: 491-495  
5. Silodosin Integrated Summary of Safety, September 2008, data on file

ООО «Русфик». Москва,  
Краснопресненская набережная, 12, ЦМТ, офис 747  
Тел./факс: + 7 495 258 20 06, [www.rusfic.ru](http://www.rusfic.ru)

Для медицинских работников и специалистов здравоохранения.



Регистрационный номер: ЛСР-008971/01-250610

 **RECORDATI**

***Вы участвовали в симпозиуме компании Рекордати и блестяще на нем выступили. Что нового, с Вашей точки зрения, происходит в настоящее время в лечении ДГПЖ?***

ДГПЖ является чрезвычайно распространённой патологией в урологической практике, это постоянная «головная боль» всех урологов. Мы непрерывно занимаемся совершенствованием диагностики и подходов к лечению ДГПЖ. Одной из новинок в терапии ДГПЖ является силодозин, который был представлен на только что прошедшем симпозиуме. Силодозин - это альфа-блокатор с наилучшим соотношением безопасности и эффективности среди всех препаратов данного класса.

***Какое место, по Вашему мнению, займёт силодозин в современной урологической практике?***

Силодозин, помимо эффективности, обладает отличным профилем безопасности, прежде всего в отношении сердечно – сосудистой

системы. Пациенты с ДГПЖ - в основном, пожилые люди, которые принимают одновременно много лекарств, в т.ч. препараты для снижения артериального давления. Силодозин можно сочетать с антигипертензивными препаратами, и это чрезвычайно важно.

***Каковы Ваши планы по сотрудничеству с российскими урологами?***

Российские урологи являются важной частью общеевропейского урологического сообщества. Возможность свободно общаться и постоянно обмениваться опытом является существенным моментом в нашем общем движении вперёд. Сейчас это общение происходит постоянно. Уверен, что вклад российских урологов является необходимой составляющей в развитии всей урологии в Европе.

***Позвольте пожелать Вам успехов в работе и огромное спасибо за интервью.*** ■

На правах рекламы



## Рецидивирующий цистит: что делать амбулаторному урологу?



*Подавляющее большинство урологов согласится, что рецидивирующий цистит является одним из тех урологических заболеваний, которое заставляет страдать пациента от возникающей дизурии, а врача, предпринимающего различное лечение, от отсутствия желаемого результата. Вновь и вновь возникает рецидив цистита. Что делать в такой ситуации?*

**Об этом мы побеседовали с д.м.н., заместителем директора НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» профессором Андреем Зиновьевичем Винаровым.**

**Андрей Зиновьевич, какие важные этапы ведения пациенток с рецидивирующим циститом Вы бы выделили? С чего начинать урологу?**

А.З. Винаров: Лечение любых заболеваний начинается с правильной диагностики. В отношении пациенток с рецидивирующей инфекцией нижних мочевых путей (НИМП) это необходимо, во-первых, потому, что под «клинической маской» рецидивирующего цистита могут скрываться различные заболевания – как урологические (рак мочевого пузыря, туберкулез мочевых путей, камень

мочевого пузыря или уретероцеле), так и «неурологические»: гинекологические, заболевания кишечника, пояснично-крестцового отдела позвоночника и многие другие. Во-вторых, всестороннее обследование больной с рецидивирующим циститом необходимо для выявления причины, которая приводит к рецидивирующему течению заболевания.

**Какие обследования нужно выполнить этой категории пациенток?**

А.З. Винаров: Необходимое обследование при рецидивирующем цистите должно включать не ■

только общий анализ мочи и УЗИ. Только комплексное обследование, междисциплинарный подход позволит правильно поставить диагноз. Тщательный сбор анамнеза и жалоб (заполнение опросников, анкет, дневника мочеиспусканий), общий анализ мочи, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, анализы на ИППП – из уретры и влагалища, осмотр в «зеркала» - для исключения анатомических изменений, осмотр гинекологом, УЗИ мочеполовой системы, цистоскопия, при необходимости - комплексное уродинамическое исследование (КУДИ) и биопсия слизистой оболочки мочевого пузыря, – вот тот спектр грамотного всестороннего под-

хода, который станет основой правильной диагностики.

***Часто пациентки с НИМП приходят, уже побывав на приеме у врачей – гинекологов, терапевтов, урологов, и уже пройдя тот или иной курс лечения. Некоторая часть пациенток лечится самостоятельно, или по советам знакомых... Какой должна быть терапия первой линии НИМП?***

А.З. Винаров: Выбор антибиотика для лечения первичного эпизода неосложненной инфекции нижних мочевых путей весьма важен – лечение в данном случае будет направлено на эрадикацию возбудителя. По рекомендациям Европейской ассоци-

*В России, по данным за 2004-2005 гг., резистентность E. coli, выделенной у пациенток с неосложненной амбулаторной ИМП, к нитрофурантоину была равна нулю и в Москве, и в Петербурге, и в Новосибирске. Резистентность к фторхинолонам в Петербурге и Новосибирске также оказалась нулевой, но в Москве составляла 6,3%. Довольно высокой оказалась резистентность к котримоксазолу (25% в Новосибирске, 18,8% в Москве и 16,7% в Петербурге) и особенно к ампициллину (43,7% в Москве, 25% в Новосибирске и 22% в Петербурге).*

# МОНУРАЛ®

ФОСФОМИЦИНА ТРОМЕТАМОЛ

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



- 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)
- Высокая клиническая эффективность благодаря 100% комплаенсу
- 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



**Zambon**  
1000

**000 «Замбон Фарма»**

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

*Фосфомицина трометамол - производное фосфоновой кислоты, ингибитор синтеза пептидогликана клеточной стенки бактерий. Оказывает исключительно сильное бактерицидное действие благодаря очень высокой концентрации в моче - 99,5% препарата выделяется с мочой в неизменном виде. Именно по этой причине достаточно принять одну дозу Монурала.*

ации урологов и Национальным российским рекомендациям выбор антибиотика для лечения эпизода острого цистита осуществляется эмпирически. Такими препаратами являются фосфомицина трометамол и нитрофураны, что обусловлено сохранением к ним высокой чувствительности штаммов *E. coli* и других микробов семейства *Enterobacteriaceae*, которые в 80-85% случаев являются этиологическим фактором заболевания.

***Есть ли препараты для альтернативной терапии?***

А.З. Винаров: В качестве альтернативной терапии могут быть использованы фторхинолоны в тех регионах, где уровень резистентности не превышает 20 % (Рекомендации EAU, 2011).

***Какие принципы терапии повторных эпизодов цистита Вы бы отметили?***

А.З. Винаров: По нашему мнению, важными моментами при ведении пациентов с рецидивирующей инфекцией нижних мочевых путей являются:

- микробиологическое исследование мочи с определением

*Нефторированные хинолоны – налидиксовая, пипемидиевая, оксолиновая кислота утратили свое значение в лечении ИНМП и не должны назначаться при хронической рецидивирующей инфекции нижних мочевых путей.*

# Монурель

Превизи́ст

## защита от цистита

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ



### 3 эффекта в одной таблетке

**Экстракт клюквы 36 мг РАС (проантоцианидины)**

Препятствует адгезии кишечной палочки к клеткам уретелия

1. Повреждает синтез фимбрий
2. Деформирует бактериальную клетку

### **Витамин С**

3. Повышает сопротивляемость организма

### **1 таблетка в день:**

- После курса антибактериальной терапии для поддержания достигнутого эффекта
- При часто рецидивирующих инфекциях мочевых путей
- Во время периодов наибольшей подверженности стрессовым ситуациям с возможным развитием инфекций мочевых путей

**Экстракт  
клюквы  
36 мг РАС  
+  
Витамин С**



**ОДИН РАЗ В ДЕНЬ**

**Zambon**  
фарма

ООО «Замбон Фарма»  
119002, Москва, Глазовский пер., д.7, офис 17  
Тел.: +7 (495) 933-38-30/32 Факс: +7 (495) 933-38-31  
e-mail: zambon@zambon.ru [www.zambon.ru](http://www.zambon.ru)

**НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ**

- чувствительности микрофлоры к антибиотикам,
- более длительные (14 дней) курсы антибиотикотерапии по результатам посева мочи,
  - проведение профилактического антибактериального лечения в субингибирующими дозами препаратов в сроки от 180 до 360 дней,
  - посткоитальная антимикробная профилактика у женщин полными дозами препаратов;
  - проведение иммунопрофилактики рецидивов цистита,
  - проведение профилактики цистита препаратами клюквы.

***В чем заключается профилактика рецидивов цистита? Есть ли элементарные правила, соблюдение которых позволит пациентам продлить межрецидивный период?***

А.З. Винаров: Каждый уролог может рекомендовать своим пациентам ряд определенных правил: исключение переохлаждения, повышение иммунитета организма, закаливание, соблюдение правил личной гигиены, своевременно опорожнять мочевой пузырь, употреблять большое количество жидкости. Дополнительными методами являются проведение иммунопрофилактики и использование препаратами клюквы, эффективность которых была доказана в результате исследованиями, проводившимися на базе Урологической клиники и научноисследовательском институте уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого Московского Государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова.

*Механизм действия клюквы: эффективное блокирование проантоцианидинами (действующим веществом клюквы) бактериальной адгезии *E. coli* к клеткам уротелия. Применение клюквы в дозировке 36-72мг/сут рекомендуется EAU для профилактики инфекции нижних мочевых путей у женщин (Рекомендации EAU, 2011).*





**Как Вы назначали пациенткам Монурель в проведенном исследовании? Каковы результаты исследования?**

А.З. Винаров: В исследовании участвовали 23 пациентки с рецидивирующей НИМП. После эффективного антибактериального лечения (исчезновение симптомов, нормализация анализа мочи, эрадикация возбудителя) и очередного эпизода рецидива цистита пациентки в возрасте 27-44 лет были разделены на 2 группы. Первая группа, состоящая из 12 больных, принимала 1 таблетку Монурель перед сном, больным 2-й группы (11 пациенток) были даны рекомендации по режиму жизни (диета, обильное питье, соблюдение правил гигиены и др.) и рекомендован прием растительных диуретиков. Исследование рассчитано на 12 мес. Мы провели предварительную оценку через 6 мес. Среди 11 пациенток 1-й группы рецидив возник у 2 (18,2%), а из 10 больных 2-й группы рецидив цистита произошел у 5 (50%) пациенток.

**Таким образом, получена значительно меньшая частота**

**рецидивов цистита в группе пациенток, принимавших препарат клюквы, по сравнению с больными, которым были даны рекомендации по режиму жизни и принимающими растительные диуретики? Это исследование закончено?**

А.З. Винаров: Это исследование пока продолжается, оно рассчитано на 1 год.

**Большое спасибо за интересное интервью. Надеемся, что урологи будут активно проводить не только лечение рецидивирующей НИМП, но и обратят внимание на ее профилактику, что существенно повысит качество жизни пациенток.**

Таким образом, противоречивое лечение инфекции нижних мочевых путей начинается уже при первичном эпизоде инфекции. Залог успеха лечения кроется в тщательном обследовании, эффективной адекватной антибиотикотерапии, проведении иммуно- и фитопрофилактики при соблюдении пациенткой специальных рекомендаций по устранению факторов риска развития НИМП ■

## Руководство EAU по лечению искривления полового члена

*Европейская ассоциация урологов представила руководство по диагностике и терапии искривления полового члена. Специалисты EAU провели систематический поиск литературы по эпидемиологии, диагностике и лечению искривления полового члена. Они отбирали статьи с самой высокой степенью доказательности, что послужило основой для присвоения уровня доказательности и степени рекомендаций.*



**И**скривление полового члена бывает врожденным и вторичным. Патогенез врожденного искривления полового члена неизвестен. Вторичное искривление - болезнь Пейрони - заболевание соединительной ткани неясной этиологии, наиболее часто относимое к повторяющимся микрососудистым повреждениям или травмам во время полового акта.

Диагностика этого заболевания проводится на основании медицинского и сексу-



ального анамнеза, которых достаточно для установления диагноза. Физикальное обследование включает в себя оценку пальпируемых бляшек и длины полового члена. Искривление документируется самостоятельным фотографированием или фармакологически индуцированной эрекцией.

Единственным вариантом лечения врожденного искривления полового члена является оперативное. Консервативное лечение болезни Пейрони демонстрирует плохие результаты. Медикаментозное лечение включает прием пара-аминобензоата калия *per os*, внутривенное введение верапамила, коллагеназы или интерферона, применение топического геля верапамила и ионофорез с верапамилом и дексаметазоном.

Эти методы могут быть эффективны у некоторых пациентов, однако ни один из этих вариантов не соответствует рекомендации класса А. Стероиды, витамин Е и тамоксифен не могут быть рекомендованы к применению. Экстракорпоральная ударная литотрипсия может быть использована для купирования боли в половом члене

и уменьшения деформации полового члена.

Операция показана при стабильной динамике в течение не менее трех месяцев болезни Пейрони. Первой линией терапии являются процедуры, укорачивающие белочную оболочку (*tunica albuginea*), в основном техника пликация. Процедуры удлинения *tunica albuginea* являются предпочтительными в случаях выраженного искривления или при сложных деформациях. Имплантация протезов полового члена рекомендуется пациентам с эректильной дисфункцией, не отвечающих на фармакотерапию. ■

*Расширенная версия руководства доступна на сайте EAU в разделе рекомендаций ([www.uroweb.org/guidelines/](http://www.uroweb.org/guidelines/)). Печатная версия руководства опубликована в издании *Eur Urol (European urology) 2012 Sep;62(3):543-52.**

**Авторы:** Hatzimouratidis K, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Moncada I, Salonia A, Vardi Y, Wespes E.

**Название:** EAU guidelines on penile curvature.

## Курение не влияет на прогноз после цистэктомии

*Связь между курением сигарет и развитием рака мочевого пузыря хорошо известна в медицинских кругах. Южнокорейская команда урологов во главе с Чунву Ли (Chunwoo Lee) из Медицинского центра Асан в Сеуле провела исследование, которое должно было определить связь прогноза пациентов после радикальной цистэктомии и их статусом курения.*

Исследование, призванное определить влияние курения сигарет на безрецидивную, канцерспецифическую и общую выживаемость, включало 602 больных с раком мочевого пузыря (РМП), которым выполняли радикальную цистэктомию (РЦЭ).

Из всей выборки на момент включения в исследование курили 159 пациентов, а 340 больных курили ранее. Показатели пятилетней безрецидивной выживаемости у курильщиков и некурящих пациентов составили 62,1 и 56,8% соответственно. Показатели пятилетней канцерспецифической выживаемости составили 67,3 и 63,9% у курильщиков и некурящих соответственно. Наконец, показатели пятилетней общей выживаемости в

двух группах составили 63,0 и 58,8% соответственно.

Таким образом, ни одно из различий между группами не оказалось статистически значимым.

«Результаты настоящего исследования свидетельствуют о том, что курение в анамнезе – это недостоверный прогностический фактор выживаемости у больных раком мочевого пузыря, которым выполняется радикальная цистэктомию, - пишут авторы исследования. - Тем не менее, нельзя исключить влияние курения и последующих изменений на то, что некоторым пациентам радикальная цистэктомию не проводится». ■

*Исследование опубликовано в онлайн-выпуске журнала Urology.*



## Качество спермы у мужчин, перенесших травму спинного мозга во время препубертатного периода

*Группа американских урологов провела исследование, которое ставило своей целью установить, есть ли связь между травмами спинного мозга во время препубертатного периода и качеством спермы уже взрослого мужчины.*

Ретроспективное исследование, проведенное группой медиков во главе с Фрэнком Селигой (Celigoj), стало первым, которое попыталось установить такую связь между травмой спинного мозга и качеством эякулята. Ученые провели ретроспективный обзор **533 пациентов** с повреждениями спинного мозга для выявления тех, кто получил травму во время препубертатного периода, и изучили характеристики качества спермы этой категории мужчин.

Обзор был выполнен среди всех пациентов с повреждением спинного мозга, включенных в MFRP (Male Fertility Research Program - программа исследования фертильности мужчин) с 1991 по

2011 год. Пациентами препубертатного возраста считались те, кто перенес травматическое повреждение спинного мозга до возраста 11,9 лет включительно. Сбор данных включал неврологический статус и уровень травмы, сексуальные реакции, гормональный профиль и качество спермы.

Из 533 субъектов лишь 7 отвечали критериям данного исследования. Возраст субъекта на момент травмы составлял от 4,4 до 11,9 лет. Трое из них, получивших травму спинного мозга в возрасте до 9 лет, страдали азооспермией. У одного субъекта, получившего ранение в возрасте 10 лет, было отмечено субнормальное общее количество сперматозоидов, в то время как ■



получившие ранение в возрасте 11,9 лет имели нормальное общее количество сперматозоидов, сопоставимое с таковым у испытуемых, перенесших травмы спинного мозга в зрелом возрасте.

В большинстве проб спермы подвижность у сперматозоидов была субнормальной и сравнимой со значениями подвижности у субъектов, перенесших травму в зрелом возрасте.

Таким образом можно заключить, что **травма спинного мозга в возрасте до 9 лет, судя по**

**всему, нарушает сперматогенез.** У субъектов, перенесших ранение спинного мозга в возрасте около 12 лет, качество эякулята сходно с таковым у пациентов, травма спинного мозга которых пришлось на зрелый возраст. ■

**Источник:** J Urol (The Journal of urology) 2012 Aug;188(2):521-5.

**Авторы:** Celigoj FA, Ibrahim E, Aballa TC, Lynne CM, Brackett NL.

**Название:** Semen quality in men who sustained a spinal cord injury during the prepubertal period.



## Об Уро-Ваксоме замолвите слово...



Полищук А.В.  
врач уролог  
ГБ №2  
г. Белгород

*В конце 2012 года на сайте Академия амбулаторной урологии (academy.uroweb.ru) прошел конкурс, организованный компанией Астеллас «Как убедить коллегу назначить Уро-Ваксом». В Дайджесте №3/2012 мы опубликовали эссе Царёвой А.В. по применению Уро-Ваксома в клинической практике уролога, которое было признано победителем этого конкурса. В настоящем выпуске мы продолжаем убеждать наших коллег в эффективности этого препарата и представляем вниманию вторую лучшую работу по этой теме.*

### Предисловие:

Приступая к написанию эссе на тему “КАК УБЕДИТЬ КОЛЛЕГУ НАЗНАЧИТЬ УРО-ВАКСОМ”, я сразу стал для себя определять ключевые понятия, чтобы максимально полно раскрыть данную тему. Прежде всего, я акцентировал внимание на слове “УБЕДИТЬ”.

**Убеждение (Википедия) - элемент (качество) мировоззрения, придающий личности или социальной группе уверенность в своих взглядах на мир, знаниях и оценках реальной действительности. Убеждения направляют поведение и волевые действия. Высшая степень убежденности, у многих олицетворяет вера.**

Встаёт вопрос: уместно ли данное понятие в этой теме? Ведь врач назначает лекарственные препараты согласно строгим показаниям и учитывая противопоказания, полагаясь на свои знания и опыт. Как мне кажется, под понятием «Убеждать» здесь нужно понимать возможность повлиять на врача путем расширения его знаний по препарату Уро-Ваксом.

Появление новых препаратов, в том числе революционного препарата Уро-Ваксом, в консервативной медицине принимается урологами с настороженностью. Но и раньше так воспринимались новинки фармацевтического рынка, появляющиеся в арсенале специалиста. ■

И чтобы преодолеть этот барьер необходимо углубить познания уролога в иммунологии, напомнить основополагающие принципы функционирования иммунной системы, и отсюда будет более понятным действие препарата. Возможно, в этом должны помочь врачи иммунологи, которые могли бы делиться своими достижениями в специализированной урологической литературе или на конференциях.

Что еще важно для коллеги-врача? Это конечно опыт! Опыт тех коллег, кто уже успешно назначал препарат Уро-Ваксом в лечении большой когорты пациентов. Они же могут поделиться своими наблюдениями за препаратом: его фармакокинетикой, проявлением побочных эффектов, характере получения результатов от лечения. Безусловно, эти наблюдения должны подкрепляться проведением достоверных исследований, в том числе лабораторных. Здесь уместно уточнить, что обязательно это должна быть аккредитованная российская лаборатория, что способствует формированию более доверительного отношения к результатам и препарату.

Вернувшись к вопросу о коллегиальности, необходимо обязательно отметить безграничные возможности Интернета. Организация вебинаров, круглых столов, тематических обсуждений на форумах специализированных сайтов является основополагающим в обмене опытом. Такие сайты как:

**Академия амбулаторной урологии (academy.uroweb.ru) UroWeb.ru, Uro.ru, Uroprofi.ru, Urogynecology.ru,** и ряд других, популярных у урологов Интернет-ресурсов, могут стать именно тем местом концентрации знаний о препарате Уро-ваксом.

**Scientia potentia est! (лат.) - Знание сила!** Этот лозунг из древних времен всегда будет актуальным.

Конечно, наряду с теоретическими знаниями о препарате, должна быть возможность самостоятельного пробного назначения безопасного препарата Уро-Ваксом. Как говорится – “Пока не попробуешь - не узнаешь!”

В конце эссе хотелось бы отметить, что нам, коллегам-урологам не стоит бояться новейшего препарата Уро-Ваксом, так как положительный опыт зарубежных специалистов позволяет его смело





# Уро-Ваксом®

капсулы 6 мг



## Иммунотерапия инфекций мочевыводящих путей

Представительство компании «Астеллас Фарма Юроп Б.В.» (Нидерланды) г. Москва, 109147, Россия, Москва, ул. Марксистская, д. 16.  
Тел. +7(495) 737-07-55. Факс +7(495) 737-07-53, 54, 57, 58.

Утвержденная инструкция по медицинскому применению препарата Уро-Ваксом® (П N011541/01 от 06.10.2011)



включить в арсенал препаратов для лечения заболеваний мочевыделительной системы.

Прежде чем я отвечу на вопрос «Как убедить пациента принимать Уро-Ваксом?» хотел бы обратиться Ваше внимание на мое эссе на тему «Как убедить коллегу назначить Уро-Ваксом?» и предлагаю слово «УБЕДИТЬ» понимать немного в другом формате, применительно к данной теме. Ведь высшая степень убежденности - ВЕРА. А это залог положительного результата лечения и вообще взаимоотношения врача и пациента. Как мне кажется, врач должен именно убедить пациента принимать препарат Уро-Ваксом, а не заставить или просто предложить.

Опираясь на свои знания и опыт, врач назначает лекарство для лечения недуга больного. Понятно, что пациент не обладает той информацией о препарате, которой владеет врач, и тут цель врача именно убе-

дить, донести правоту своих знаний до пациента. Ведь задача врача не просто выписать лекарство, а еще и работать с пациентом, вникать в нюансы его заболевания и обосновать свои назначения в доступной для пациента форме.

Конечно же, уролог должен отметить в разговоре с пациентом специфичность революционного препарата Уро-Ваксом в лечении заболеваний, которые, к сожалению, не всегда поддаются эффективному лечению ранее назначаемыми препаратами. При назначении препарата Уро-Ваксом врач должен ознакомить пациента с инструкцией по применению, где отмечены показания, противопоказания и побочные эффекты лекарства. Желательно если коллега расскажет о положительном опыте применения препарата зарубежными врачами, о положительных отзывах пациентов, результатах исследований. Всё это позволит уменьшить опасения

*«Всякий знает, какое магическое оздоровляющее действие может приобрести одно утешительное слово со стороны врача и, наоборот, как иногда убийственно... действует на больного суровый холодный приговор врача, не знающего или не желающего знать силы внушения»*

*Владимир Бехтерев.*





пациента в отношении ультрасовременного препарата, обладающего непривычным для пациента механизмом действия (в отличие от привычных в обиходе антибиотиков, препаратов от боли и т. д.).

Врач может организовать некую группу пациентов, принимающих Уро-Ваксом. Наличие такой группы, находящейся под усиленным контролем врача, придаст конкретному пациенту больше уверенности в эффективности препарата, основываясь на духе коллективизма и уверенности в том, что его лечащий врач уделяет должное внимание этим пациентам. Безусловно, это внимание должно быть искренним, что позволит отметить динамику в лечении. Необходимо увеличить количество явок пациента к врачу, что позволит установить более доверительные отношения, тем самым, обеспечив приверженность к лечению препаратом. Так же нужно учесть комплаентность и указать пациенту на особенность приема препарата 1 раз в день - что очень удобно для него.

Принимая во внимание характер действия препарата, необходимо разъяснить больному результаты

анализов (обращая внимание на результат бак. посева мочи), тем самым обосновать свои назначения. Обязательно надо предупредить пациента о длительности лечения препаратом Уро-Ваксом, объяснить причину отсутствия ожидаемого быстрого положительного эффекта, что позволит обеспечить адекватное отношение к длительной терапии.

Ни для кого не секрет, что большую часть информации человек воспринимает визуально, в связи с этим предпочтительно врачу-урологу представлять информацию о препарате Уро-Ваксом пациенту с использованием современных технических средств (iPad, проектор и т.д.).

Я считаю, что все выше перечисленные предложения помогут урологу успешно использовать в качественном лечении новейший препарат - Уро-Ваксом. В свою очередь, пациенты отнесутся с благодарностью к лечащему врачу за внимание и чуткость, отметив при этом высокий профессионализм и «современность» врача в лечении болезней, умение применять препараты новых фармацевтических групп. ■

На правах рекламы





**II Всероссийская школа  
по детской урологии-андрологии  
с международным участием**

**18-19 апреля 2013 года**

**Эндовидеохирургия в детской урологии.  
Генитальная хирургия  
и реконструктивно-пластическая  
урология детского возраста**

- **ЭНДОВИДЕОУРОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА** - лапароскопическая экстравезикальная реимплантация мочеточника при ПМР
- **РЕКОНСТРУКТИВНАЯ УРОЛОГИЯ И ГЕНИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА** - пластика шейки мочевого пузыря у больных с экстрофией, осложненные случаи гипоспадии у детей.
- **ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ** - перкутанная нефролитолапаксия, уретеропиелолитотипсия .

## **Контакты**

Шадеркина Виктория Анатольевна  
тел: +7(926)017-52-14, e-mail: viktorishade@uroweb.ru

**Ждём Вас по адресу**

**Москва, 3-я Парковая 51, стр. 4  
конференц-зал НИИ урологии**

# Урологическое телевидение



- Новинки
- Набирающие популярность
- Популярные
- Фильмы и анимация
- Новости и политика
- Наука и техника
- Образование
- Общество
- [просмотреть все](#)

**Новинки**

▶ 00:00 00:00 ◀ ⏪ ⏩

**Популярные**

▶ 00:00 00:00 ◀ ⏪ ⏩

[Смотреть ещё](#) ▶

## Общая информация

Uro.TV  
Контакты  
Новости  
Для СМИ  
Блог разработчиков Uro.TV  
Платформа

## Платформа

Возможности  
Справочное руководство  
Организация прямых трансляций  
Корпоративное решение

## Юридическая информация

Пользовательское соглашение  
Соглашение для владельцев телеканалов  
Правила размещения материалов на сайте

## Uro.TV в сети Интернет

Twitter  
Facebook  
VKontakte



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](http://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](http://www.ecuro.ru).

## 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
- »» Дизайн и верстка Белова Оксана Анатольевна
- »» Корректор: Болотова Елена Владимировна

Тираж 3000 экземпляров

Подписка бесплатная

Распространение бесплатное

Периодичность 1 раз в 2 месяца

Издательство “УроМедиа”

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

e-mail: [info@urodigest.ru](mailto:info@urodigest.ru)

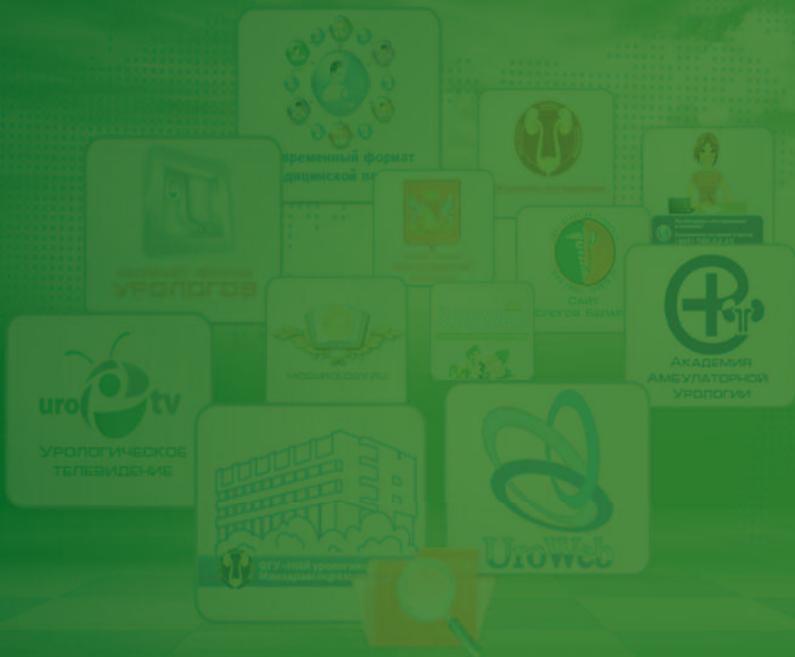
[www.urodigest.ru](http://www.urodigest.ru)

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 three overlapping circles in shades of blue and white.

UroMedia



Издательский дом «УроМедиа»