



АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

Рак полового члена. Новые данные 2018-2019

Баланопоститы: простые решения

Ответственное отцовство. Курс дистанционного образования

ТЕМА НОМЕРА:

УРОЛОГИЧЕСКАЯ ДРУЖБА





- уникальное современное решение в терапии оксалатного нефролитиаза
- активные компоненты комплекса OKSALIT способствуют растворению и профилактике образования оксалатных камней в органах мочевыводящей системы
- аналогов на рынке нет

ОКСАЛИТ

В ПОЧКАХ СТАЛАКТИТЫ РАСТВОРИТ

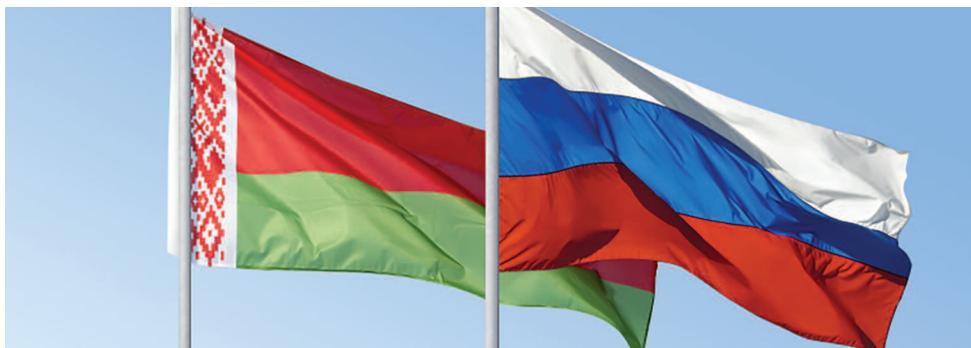
SHPHARMA
source of healing

Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.88.003.E.001471.04.18

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ



- »» Тема номера: Урологическая дружба
 - » Урологи Беларуси и России: дружба крепкая не сломается!
 Не рассеется от дождей и вьюг! 2
 - » Результаты программы скрининга рака предстательной железы,
 реализованной в Республике Беларусь. 12
- »» Баланопостит: виды и лечение. 40
- »» Протезирование двухкомпонентным фаллопротезом. 46
- »» Ответственное отцовство - руководство для урологов по мужскому
 бесплодию. Курс дистанционного образования. 78
- »» Рак полового члена. Что нового в 2018-2019?..... 50
- »» Простая киста почки. 52
- »» ИМП у детей: не допустить сморщивания почек 54
- »» Новое в подходе к лечению ИМП у детей 56



Урологи Беларуси и России: дружба крепкая не сломается! Не рассеется от дождей и вьюг!

Католическое рождество 25 декабря 2018 года запомнится белорусским урологам и команде Уровеб не только фактом религиозного праздника, но и тем, что в этот день в Минской областной клинической больнице состоялась встреча давних друзей и коллег. Прозвучали научные доклады, во время которых участники рассказали о своих наработках, опыте и будущих планах в своей специальности. Искренние дискуссии, дружеские споры, смех, подарки от российского Деда Мороза, и, конечно, надежда на будущие встречи в 2019 году, – все это сделало встречу незабываемой и оставило очень теплое чувство в душе.



Возрастные нарушения андрогенного статуса у пациентов андрологического профиля



Д.М. Ниткин
Д.м.н., ректор Белорусской медицинской академии последипломного образования (БелМАПО)

Ректор Белорусской медицинской академии последипломного образования (БелМАПО), д.м.н. Дмитрий Михайлович

Ниткин поделился накопленным опытом выявления и коррекции возрастных нарушений андрогенного статуса у пациентов, обращающихся за помощью к урологам и андрологам.

Известно, что многие урологические нарушения являются андроген-зависимыми и развиваются в условиях андрогенного дефицита, в том числе возрастного. Часто у одного и того же мужчины могут одновременно наблюдаться эректильная дисфункция, метаболический синдром, нарушения фертильности и другие проблемы, сопряженные с гормональным статусом.

Возрастная динамика андрогенного статуса хорошо изучена: после 35–40 лет с каждым последующим годом у мужчины примерно на 1,5% снижается уровень тестостерона [1]. Большинство урологических заболеваний также развиваются с возрастом. Таким образом, у большинства мужчин старше 35 лет развитие урологических болезней происходит в условиях возрастных нарушений андрогенного статуса, что может говорить об его этиопатогенетической роли в манифестации и прогрессировании доминирующей неинфекционной урологической патологии.

Возрастные нарушения андрогенного статуса, как подчеркнул Дмитрий Михайлович, формируют состояние, которое включает в себя висцеральное ожирение, метаболический синдром, а также возрастной андрогенный дефицит (ВАД), развивающиеся с возрастом. Каждое из этих понятий имеет свои диагностические критерии. Вместе с тем их патогенетическая общность, реципрокные взаимоотношения и нередкое сочетание в организме мужчины делают целесообразным их комплексное изучение под общим термином. ■

Так, критерии диагностики висцерального ожирения — это окружность талии более 93 см и индекс отношения окружности талии к окружности бедра более 0,9. В последнее время также часто обращают внимание на общий удельный вес жировой ткани в теле пациента.

Метаболический синдром — это сложное гормонально-метаболическое нарушение, включающее в себя ожирение, дислипидемию, гипертензию, инсулинорезистентность с компенсаторной гиперинсулинемией и снижение толерантности к глюкозе. Диагноз «метаболический синдром» возможно установить при наличии у пациента трех из пяти нижеперечисленных факторов:

- окружность талии, превышающая 93 см (у мужчин европеоидной расы);
- повышение уровня триглицеридов ≥ 150 мг/дл (1,7 ммоль/л) или нормальный уровень триглицеридов при соответствующей терапии;
- снижение уровня ЛПВП < 40 мг/дл (1,03 ммоль/л) или нормальный уровень ЛПВП при соответствующей терапии;
- артериальная гипертензия (АД $> 130/85$ мм рт. ст. или нормальное АД при гипотензивной терапии);
- повышение уровня глюкозы натощак ≥ 100 мг/дл (5,6 ммоль/л) или ранее диагностированный сахарный диабет.

В свою очередь, возрастной андрогенный дефицит диагностируется у пациентов с типичными клиническими признаками (тревога, раздражительность, нарушения сна, депрессия, потливость, снижение либидо, снижение сексуальной активности, снижение силы эрекции, снижение мышечной силы, повышение доли висцерального жира, снижение плотности костной ткани, снижение роста волос) и уровнями общего тестостерона ниже 12 нмоль/л и свободного тестостерона ниже 250 пмоль/л.

Почти все компоненты метаболического синдрома у мужчин ассоциируются с возрастным гипогонадизмом. В частности, одно из известных перекрестных исследований [2] продемонстрировало высокую распространенность метаболического синдрома у мужчин с андрогенным дефицитом. Также низкий уровень сывороточного тестостерона является независимым фактором риска развития метаболического синдрома [3] и предиктором его более раннего развития [4]. Кроме того, достаточно свежий зарубежный мета-анализ определил возрастной андрогенный дефицит как дополнительный компонент метаболического синдрома у мужчин, а низкий уровень тестостерона — как дополнительный критерий его развития [5].

Несмотря на то, что проблема возрастных нарушений андрогенного статуса является междисциплинарной, существует множество урологических заболеваний, развитие которых в разной степени ассоциировано с этими нарушениями. В частности, это доброкачественная гиперплазия (ДГПЖ) и рак предстательной железы, симптомы нижних мочевых путей и ноктурия, мочекаменная болезнь (чаще всего с камнями смешанного состава), рак почки, хронические болезни почек, рак мочевого пузыря, сексуальные дисфункции и мужское бесплодие.

Со своей стороны Дмитрий Михайлович предложил многоуровневый алгоритм клинико-лабораторной диагностики синдрома возрастных нарушений андрогенного статуса у пациентов с урологической патологией.

В частности, большое внимание следует уделять оценке клинических признаков и поиску диагностических критериев не только урологических заболеваний, но также висцерального ожирения, метаболического синдрома и артериальной гипертензии. При клинико-лабораторном обследовании сначала оцениваются лабораторные показатели первого уровня. Это результаты биохимического анализа крови (сывороточная глюкоза, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, ТГ); общий и свободный тестостерон, ГСПС; свободный андрогеновый индекс, пролактин, эстрадиол, ЛГ, ФСГ, инсулин. При необходимости в дальнейшем обследовании оцениваются показатели второго уровня — витамин D, лептин, ТТГ и гормоны щитовидной железы, а также гликированный гемоглобин — и третьего уровня: антиоксидантная активность сыворотки крови, содержание ионов цинка в сыворотке крови, интерлейкин-6 и 8, фактор некроза опухолей-альфа (ФНО- α). К лабораторным показателям четвертого уровня относят результаты генетического исследования: количество CAG-повторов в гене, кодирующем андрогеновый рецептор.

Разработанный алгоритм был применен для изучения андрогенного статуса у пациентов с доминирующей в Республике Беларусь урологической патологией (ДГПЖ, мочекаменная болезнь и эректильная дисфункция). Основной задачей стала оценка характера, типа и распространенности андрогенных и метаболических нарушений как в общей группе всех пациентов, включенных в исследование, так и в отдельных группах с конкретной урологической патологией. Для скринингового обследования использовались лабораторные показатели первого уровня. В исследование было включено 786 пациентов с доминирующей урологической патологией (485 с мочекаменной болезнью, 210 с ДГПЖ и 91 с эректильной дисфункцией). ■

По результатам, в общем распространённость метаболического синдрома среди пациентов составила 67,4%. Самым высоким этот показатель оказался при ДГПЖ: 81,4%. Большинство пациентов также имели клинически выраженные признаки возрастного андрогенного дефицита, соматические, когнитивные либо сексуальные расстройства. При этом удельный вес пациентов со снижением уровня тестостерона, подтвержденным лабораторными методами, оказался не очень высоким, порядка 17%. Наибольшее число пациентов — 45,9% вошло в так называемую «серую зону» с уровнем тестостерона 12–14 нмоль/л. Эта категория больных представляет особый интерес, так как формально значение общего тестостерона находится у них в пределах референсных значений, но большинство пациентов демонстрируют клинические признаки возрастного андрогенного дефицита, а также имеют повышенные риски развития и прогрессии урологической патологии. Клинические признаки андрогенного дефицита сильной и средней степени выраженности были выявлены у 299 пациентов из 362 в этой категории



(82,6%), что свидетельствует о необходимости поиска более чувствительных клинико-лабораторных критериев возрастного андрогенного дефицита.

Также у пациентов с клиническими признаками ВАД отмечена тенденция снижения уровня свободного тестостерона в сыворотке крови при повышении уровня эстрадиола. При изучении андрогенного статуса здоровых лиц из контрольной группы было получено референтное значение отношения свободного тестостерона (пмоль/л) к эстрадиолу (пмоль/л), которое составило $1,405 : 3,333$. Таким образом установлено, что отношение свободного тестостерона к эстрадиолу и снижение его значения ниже 1,4 может служить дополнительным критерием возрастных нарушений андрогенного статуса. В исследовании среди пациентов с пограничными значениями общего тестостерона в сыворотке крови (12–14 нмоль/л) снижение тестостерон-эстрадиолового индекса до $< 1,4$ было выявлено у 346 (95,6%) пациентов. Выявленный диагностический критерий был запатентован исследователями с чувствительностью 86%, специфичностью 53,1% и прогностической ценностью положительного результата 78,9%.

Далее исследователи попытались определить тип гипогонадизма при возрастных нарушениях андрогенного статуса. Из 135 пациентов с классическими лабораторными признаками андрогенного дефицита (общий тестостерон менее 12 нмоль/л) снижение уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ) ниже референтных значений (0,930-6,978 МЕ/л) получено у 37 (27,4% пациентов), нормальные значения ЛГ выявлены у 91 (67,4%), а повышение уровня ЛГ — у 7 (5,2%). Таким образом, у пациентов урологического профиля с клинико-лабораторными признаками андрогенного дефицита в подавляющем большинстве случаев имеет место эугонадотропный гипогонадизм (67,4%), в 27,4% диагностируется гипогонадотропный гипогонадизм и только в 5,2% наблюдается гипергонадотропный гипогонадизм.

Все перечисленные показатели важны в урологии для составления новых рекомендаций по профилактике, лечению и динамическому наблюдению урологических болезней, а также определения новых критериев клинической прогрессии урологических патологий.

Как отметил Дмитрий Михайлович, в первую очередь пациентам с нарушениями андрогенного статуса могут быть рекомендованы немедикаментозные методы лечения, среди которых соблюдение принципов рационального питания и питьевого режима, физическая активность и нормализация режима сна. Медикаментозное лечение, в свою очередь, проводится в нескольких направлениях: ■

это фармакотерапия инсулинорезистентности и метаболического синдрома (метформин), фармакотерапия дислипидемии (омега-3-ПНЖК), терапия витаминами и витаминоподобными лекарственными средствами (витамин D, альфа-липовая кислота) и гормональная терапия, которая делится на стимулирующую (ХГТ) и заместительную (препараты тестостерона). Большинство этих мер, за исключением, гормональной терапии направлены скорее на улучшение общего самочувствия пациента и коррекцию сопутствующих нарушений.

В одной из частей белорусского исследования рассматривалось назначение гормональной заместительной терапии тестостероном пациентам с ДГПЖ и клиническими признаками возрастного андрогенного дефицита. В ходе этой части 100 пациентов были случайным образом разделены на две группы: лечебную ($n = 57$, терапия тестостерона ундеканоатом 1000 мг один раз в три месяца в течение трех лет) и контрольную ($n = 43$, динамическое наблюдение). При оценке клинических проявлений ВАД по шкале AMS было отмечено их снижение в 1,34 раза по сравнению с контрольной группой. Супрафизиологических подъемов тестостерона при этом не наблюдалось. Также исследователи сделали заключение, что гормональная заместительная терапия тестостероном у пациентов с ДГПЖ и возрастным гипогонадизмом не увеличивает риск прогрессии гиперпластических процессов в простате, что проявляется отсутствием отрицательной динамики симптомов нижних мочевых путей по шкале IPSS (в среднем с $15,05 \pm 1,99$ баллов до $16,04 \pm 1,79$ баллов, $p > 0,05$), отсутствием роста общего ПСА в сыворотке крови (с $3,01 \pm 0,47$ нг/мл до $3,06 \pm 0,45$ нг/мл, $p > 0,05$), отсутствием роста объема предстательной железы (с $60,54 \pm 8,92$ см³ до $63,72 \pm 8,77$ см³, $p > 0,05$) и отсутствием снижения максимальной скорости мочеиспускания (с $13,18 \pm 1,65$ мл/с до $13,33 \pm 1,47$ мл/с, $p > 0,05$) и объема остаточной мочи (с $69,02 \pm 19,75$ мл до $75,04 \pm 19,19$ мл, $p > 0,05$).

На основании своих наблюдений белорусские специалисты подготовили клинические рекомендации по лечению возрастных нарушений андрогенного статуса у пациентов урологического профиля. ■

Источники:

1. Vermuelen A., *Ann Med* 1993; 25:532
2. Muller D. C. et al., 2005
3. Guay A. T. et al., 2009
4. Laaksonen D. E. et al., 2004
5. Corona G. et al., 2014

Я = АЛЬФА. И СИЛА МОЯ ВНУТРИ

АЛЬФА – современный комплекс с уникальным составом активных натуральных компонентов в удобной упаковке, эффективно и безопасно повышающий уровень тестостерона у мужчин.



На фоне курсового приема комплекса «Альфа» наблюдалось:

- ✓ Повышение уровня общего тестостерона у 74,7% обследованных мужчин
- ✓ Уменьшение симптомов андрогенного дефицита у 95,4% мужчин!
- ✓ Повышение либидо отметили 36,7%, а улучшение качества эрекции - 88,5% мужчин

В ходе лечения, у пациентов не было зарегистрировано каких-либо нежелательных или побочных эффектов.

«Результаты проведённого исследования, позволяют рекомендовать «Альфа» в комплексной терапии пациентов с умеренными и особенно начальными проявлениями андрогенодефицита»

Ефремов Е.А., Коршунов М.Н., Золотухин О.В., Мадькин Ю.Ю., Красняк С.С.

Оценка эффективности и безопасности применения комбинированного препарата «Альфа» в условиях рутинной клинической практики у мужчин с симптомами гипогонадизма: 3-месячное наблюдательное исследование.

SHPHARMA
source of healing

Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.88.003.E.001916.05.18 от 07.05.2018

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Результаты программы скрининга рака предстательной железы, реализованной в Республике Беларусь



Д. Т. Тарендь
К.м.н., заведующий кафедрой урологии и нефрологии Белорусской медицинской академии последипломного образования

Программы ранней диагностики онкозаболеваний, несмотря на неоднократно продемонстрированную пользу в области повышения уровня выявляемости онкологических заболеваний и выживаемости среди пациентов, продолжают оставаться предметом споров в медицинских кругах. В качестве аргументов «против» чаще всего приводятся дороговизна проведения популяционного скрининга и вероятность гипердиагностики. Опытном организации и результатами программы скрининга рака предстательной железы (РПЖ), реализованной в Республике Беларусь, в ходе совместной конференции урологов Беларуси и команды Уровеб, поделился заведующий кафедрой урологии и нефрологии Белорусской медицинской академии последипломного образования Дмитрий Тадеушевич Тарендь.

Как сообщил Дмитрий Тадеушевич, актуальность проведения такой программы на территории республики трудно переоценить: за последние 25 лет наблюдения (1989–2014 гг) число выявляемых случаев РПЖ выросло в 8 раз. Согласно данным Белорусского канцер-регистра на 2017 год, РПЖ по заболеваемости существенно опережает другие злокачественные новообразования у мужчин, включая рак легких и колоректальный рак, без учета базалиомы кожи. Вместе с постоянным ростом заболеваемости, вплоть до 2011 года в Беларуси неуклонно росли показатели смертности от рака предстательной железы, что также стало одной из причин для проведения скрининга. Дмитрий Тадеушевич отметил, что сама идея популяционного скрининга далеко не всегда встречает поддержку

как среди белорусских специалистов здравоохранения, так и за рубежом. К примеру, в 2012 году одна из ведущих медицинских организаций США, The U. S. Preventive Services Task Force, высказалась в своих рекомендациях против проведения скрининга рака простаты на основании маркера ПСА [1]. Основанием послужили результаты масштабного исследования PLCO, где, несмотря на то, что количество выявленных случаев РПЖ в группе скрининга оказалось на 22% выше, чем в контрольной, показатели смертности от этого заболевания между группами различались незначительно. Более того, в группе скрининга она была на 13% выше [2].

Тем не менее, белорусские специалисты приняли решение о запуске скрининговой программы. В течение 2011–2012 гг. в г. Молодечно, г. Солигорске и Первомайском районе г. Минска, было обследовано 20786 мужчин в возрасте от 50 до 65 лет. В исследование включались пациенты без выраженных сопутствующих заболеваний. Раз в два года у них проводилось определение уровня ПСА. При показателях более 4 нг/мл проводилась трансректальная систематическая биопсия простаты под контролем ТрУЗИ (6-латерализованная). При выявлении рака по результатам биопсии пациенты направлялись на дообследование и лечение.

С течением времени, как отметил Дмитрий Тадеушевич, менялось отношение мирового медицинского сообщества к проблеме скрининга РПЖ. Так, уже в 2016 году *New England journal of medicine* опубликовал обзорную статью, призывающую к переоценке результатов исследования PLCO [3]. Эта публикация стала результатом многолетней дискуссии зарубежных урологов о правомочности дизайна исследования, проведенного в США. Согласно переоценке данных исследования, «загрязненность» данных в контрольной группе составляла около 80% — это значит, что примерно такое количество пациентов в ней ранее проходило определение уровня ПСА, причем многие из них сдавали анализ в течение года перед включением в исследование.

Параллельно американскому исследованию проводилось более масштабное европейское — широко известное ERSPC. В нем приняли участие 182 тыс. мужчин от 50 до 74 лет, проходивших контроль ПСА каждые 4 года. Пороговое значение показателя здесь составляло 3 нг/мл, а срок наблюдения — более 13 лет. Согласно полученным данным, в охваченных скринингом регионах снижение уровня риска смерти от РПЖ достигло 21%. При этом для предотвращения одной смерти от этого заболевания необходимо было в среднем провести диагностику у 781 мужчины и лечение — у 27. От американского исследования ■



ERSPC выгодно отличалось тем, что уровень «загрязненности» данных в нем составил лишь 20–25%.

В 2018 году Скандинавский журнал урологии опубликовал результаты одной из ветвей ERSPC, реализованной в Гетеборге [4]. В нем участвовали более 32 тыс. мужчин в возрасте 50–64 лет, контроль уровня ПСА проводился каждые 2 года, а пороговое значение маркера стало еще ниже — 2,5 нг/мл. Срок наблюдения за пациентами составил 18 лет. По результатам отмечено снижение риска смерти от РПЖ на целых 52%. Для предотвращения смерти одного мужчины при этом нужно было провести диагностику у 231 и пролечить 10. Надо отметить, что показатели заболеваемости и смертности от РПЖ в Гетеборге значительно и достоверно отличались.

Интересно, что авторы исследования уделили внимание социально-экономическим различиям между пациентами, подвергавшимся скринингу. Было показано, что наибольшую пользу от программы раннего выявления рака получают мужчины в возрасте 55–59 лет с низким образовательным уровнем, без сопутствующей патологии, состоящие в браке.

Как итог, в результате американская организация The U. S. Preventive Services Task Force пересмотрела свои рекомендации и теперь советует врачам информировать о преимуществах и недостатках скрининга своих пациентов в возрасте 55–69 лет [5].

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов, выпущенным в 2014 году [6], скрининг и раннюю диагностику РПЖ показано проводить информированным пациентам с хорошим состоянием здоровья и ожидаемой продолжительностью жизни не менее 10–15 лет. Раннее выявление болезни с помощью анализа ПСА показано мужчинам с повышенным риском развития ПСА, то есть в возрасте более 50 лет или более 45 при отягощенном семейном анамнезе, а также представителям негроидной расы, более предрасположенной к РПЖ, чем другие. Также риск считается повышенным при уровне ПСА > 1 нг/мл в возрасте 40 лет и > 2 нг/мл — в возрасте 60 лет. При этом можно рассматривать риск-адаптированную стратегию, в зависимости от исходного уровня ПСА, с анализом ПСА каждые два года у мужчин из группы повышенного риска, или же отложить анализ на 8 лет для представителей группы низкого риска. Возраст, при котором следует прекратить раннее выявление РПЖ, зависит от ожидаемой продолжительности жизни и общего состояния. Мужчинам с ожидаемой продолжительностью жизни менее 15 лет раннее выявление не приносит пользы, согласно результатам исследований ERSPC и PIVOT.

В белорусское исследование, как говорилось ранее, было включено более 20 000 пациентов. Из них у 1507 наблюдался уровень ПСА выше 4 нг/мл, биопсия выполнена 1072, и у 333 в ходе исследования диагностирован рак предстательной железы. Кроме того, по состоянию на 1 января 2018 года прибавилось 357 мужчин, которым РПЖ был диагностирован во втором раунде скрининга. Общее число больных составило 690 человек (3,3% от числа участников скрининга). Причем у каждого десятого пациента с РПЖ в дальнейшем была выявлена какая-либо иная онкологическая патология, чаще всего — базалиома кожи. Подавляющее большинство больных РПЖ составили пациенты, у которых уровень ПСА ■



находился в так называемой «серой зоне» — от 4 до 10 нг/мл. Также Дмитрий Тадеушевич подчеркнул, что основной инструмент скрининга — маркер ПСА — продемонстрировал в белорусском исследовании достаточно высокие уровни чувствительности и специфичности.

Практически у 70% пациентов с РПЖ в первом раунде скрининга была диагностирована локализованная форма рака. У 3,3% больных наблюдалась I стадия РПЖ, у большинства — 65,6% — II, у 22,6% — III и у 8,5% — IV. Во втором раунде показатель выявляемости локализованного рака в группе скрининга достиг 72,6%. Также белорусские специалисты оценили соотношение первичного показателя ПСА при включении в исследование с риском развития РПЖ в последующие 5–6 лет. У 47,4% пациентов, которым впоследствии был диагностирован рак, изначально наблюдались подпороговые значения ПСА: от 1 до 4 нг/мл. Особенно актуальным это оказалось для группы пациентов в возрасте 50–54 лет. Применив

ROC-анализ, исследовательская группа попыталась установить значение ПСА, позволяющее диагностировать большую часть таких случаев рака с максимальной чувствительностью и специфичностью. Итоговая цифра оказалась гораздо ниже установленного порогового значения – 2,2 нг/мл. Это говорит в пользу снижения действующих пороговых значений ПСА как инструмента ранней диагностики рака предстательной железы.

За 6 лет, прошедших с момента начала программы скрининга, общая выживаемость пациентов с РПЖ на территории Беларуси повысилась на 19%. Если говорить о выживаемости в группе скрининга, она составила 72% среди пациентов 50–65 лет (против 45% в доскрининговый период). Также результаты скрининговой программы были сопоставлены с данными Белорусского канцер-регистра. Пятилетняя выживаемость в группе скрининга составила 85%, в канцер-регистре — 77%. Достоверные различия при этом наблюдаются только в двух возрастных группах — 55–59 лет и 60–64 года — и только при IV стадии заболевания. Для локализованного и местнораспространенного рака таких различий не наблюдается. Дмитрий Тадеушевич, однако, отметил, что в группе скрининга доля пациентов ■



с отдаленными метастазами при IV стадии РПЖ составляла 50%, тогда как, согласно республиканскому канцер-регистру, их численность в Минской области достигает 63,4%, а в целом по Беларуси — 78,5%. То есть в исследовании принимали участие, в основном, больные с метастазами в регионарных лимфоузлах при IV стадии заболевания. Этим объясняется и расхождение в данных о выживаемости.

Помимо этого, опираясь на данные канцер-регистра, авторы установили существенную разницу в выживаемости в пользу районов, охваченных скринингом, по отношению к соседним областям. Применив регрессионный анализ Кокса, они установили, что относительный риск смерти в группе скрининга составил 0,7255 (95% ДИ [0,5759; 0,9139]) от риска в группе канцер-регистра, то есть в 1,38 раза ниже. Как подчеркнул Дмитрий Тадеушевич, это достаточно достоверные и объективные данные, которые говорят в пользу дальнейшего проведения скрининга рака предстательной железы и других онкологических заболеваний на территории Беларуси. ■

Источники:

1. *The U. S. Preventive Services Task Force*;
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/prostate-cancer-screening>
2. *National Cancer Institute*; <https://biometry.nci.nih.gov/cdas/learn/plco/trial-summary/>
3. *Shoag J. E. et al., Reevaluating PSA Testing rates in the PLCO trial*;
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27144870>
4. *Hugosson J. et al., Eighteen-year follow-up of the Göteborg Randomized Population-based Prostate Cancer Screening Trial: effect of sociodemographic variables on participation, prostate cancer incidence and mortality*;
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29254399>
5. *The U. S. Preventive Services Task Force*;
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/prostate-cancer-screening1?ds=1&s=prostate>
6. *N. Mottet, P. J. Bastian et al., EAU*; https://uroweb.org/wp-content/uploads/1607-Prostate-Cancer_LRV3.pdf

Межрегиональная общественная организация

www.forumurology.ru



Интернет форум урологов



Баланопостит: виды и лечение



А.М. Смерницкий
врач-уролог, сотрудник Центральной поликлиники ОАО «РЖД»

С докладом о специфических мерах диагностики и лечения различных видов баланопостита выступил в ходе 3й урологической интернет-конференции «Заболевания полового члена» врач-уролог, сотрудник Центральной поликлиники ОАО «РЖД» Андрей Михайлович Смерницкий.

Баланопостит — это, как известно, воспалительное заболевание головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти. Анатомически два этих образования расположены рядом, их поверхности соприкасаются, однако в некоторых случаях может возникать изолированное воспаление головки полового члена — баланит, или же крайней плоти — постит. В клинической практике чаще всего применяется классификация баланопостита по этиологическому фактору и клиническому течению заболевания. Таким образом, исходя из этиологии, выделяют инфекционный и неинфекционный баланопостит. Неинфекционные формы встречаются достаточно редко и могут носить аллергический, лучевой или аутоиммунный (например, при псориазе) характер.

Согласно клиническим рекомендациям Европейской ассоциации урологов, самыми распространенными инфекционными патогенами являются грибы рода кандиды, стрептококки, анаэробные микроорганизмы, стафилококки, трихомонады, микоплазмы, а также вирус герпеса и папилломавирус человека [1]. Также в рекомендациях выделяется баланопостит на фоне воспалительных дерматозов: при экземе, склеротическом лихене, псориазе и т.д. Лечение в таких случаях могут заниматься как урологи, так и дерматовенерологи.

Еще одну группу составляют предраковые состояния: болезнь Боуэна, бовеноидный папулез и эритроплазия Кейра.

Как напомнил Андрей Михайлович, **склеротический лихен**, иначе называемый краурозом, — это хроническое воспалительное заболевание кожи, как пра-

вило, половых органов, у мужчин и женщин, причины которого достоверно неизвестны. К его осложнениям относятся рубцовый фимоз и стриктуры наружного отверстия уретры. Риск малигнизации в плоскоклеточный рак составляет около 10%.

Плоский лишай полового члена — заболевание с неизвестными этиологией и патогенезом. Существуют нейродистрофическая и инфекционная теория его происхождения. При его выявлении назначаются антигистаминные препараты и глюкокортикоиды местно. В случае неэффективности такой терапии выполняется циркумцизио [2].

Цирцинарный баланопостит ассоциирован с синдромом Рейтера (проявления – реактивный артрит, уретрит, иридоциклит, иногда диарея). Его ведущий возбудитель – *Chlamydia trachomatis*, однако в литературе также находятся сообщения о роли *Salmonella*, *Yersinia* и *Shigella* [3].

Плазмоцеллюлярный баланит Зоона впервые описан в 1952 году и является доброкачественным поражением головки полового члена. Заболевание развивается в течение нескольких лет и чаще всего дебютирует в возрасте 32–60 лет, носит хронический персистирующий характер. Диагноз подтверждается гистологически, если в дерме удастся выявить наличие плотного лентовидного плазмочитарного инфильтрата. Отмечается временное ослабление симптомов после применения местных стероидов. При дифференциальной диагностике нужно отличать от эритроплазии Кейра, кандидозного баланита, склероатрофического и красного плоского лишая, псориаза, сифилиса и генитального герпеса [4].

Также выделяется **себорейный дерматит полового члена**, главным этиологическим фактором которого на сегодня считают гиперчувствительность к *Pityrosporum ovale*, дрожжеподобному грибу. В 60-х годах прошлого века была доказана важность его роли в появлении перхоти. Около 90% мирового населения имеют данные грибы в составе временной или постоянной микрофлоры кожи, и в 1984-м году было доказано, что именно этот грибок выступает главным возбудителем процесса, в результате которого появляется перхоть [5].

Достаточно агрессивно и с неблагоприятным прогнозом развивается **баланопостит на фоне синдрома Стивена-Джонсона**. Первые данные об этом заболевании были опубликованы в 1922 году. При нем наблюдается острое буллезное поражение слизистых и кожи аллергической природы. Болезнь протекает на ■

фоне тяжелого состояния пациента с вовлечением слизистых полости рта, глаз и мочеполовых органов. Диагностика включает в себя тщательный осмотр пациента, иммунологическое исследование крови, биопсию кожи и коагулограмму. Лечение проводится методами экстракорпоральной гемокоррекции, применяются глюкокортикоидная и инфузионная терапия, а также антибактериальные препараты [6].

Достаточно редкая, однако при этом опасная патология — **эритроплазия Кейра**. Чаще всего она встречается у пожилых необрезанных мужчин. По статистике, в 25–30% случаев малигнизируется в плоскоклеточный рак. При этом прогноз обычно неблагоприятный, поскольку в 20% случаев имеет место метастазирование [7].

Болезнь Боуэна — редкое кожное заболевание, впервые описанное американским дерматологом Дж. Т. Боуэном в 1912 году и в 1914 году названное в его честь. При нем наблюдается внутриэпидермальное новообразование кожи и слизистых с риском малигнизации. Оно представляет собой ярко-красную бляшку с неровными контурами, выраженным шелушением, гиперкератозом и бородавчатыми разрастаниями. Патологические очаги могут располагаться на голове, конечностях и половых органах. Диагностика болезни Боуэна проводится путем визуального осмотра и дерматоскопии, подтвержденных результатами биопсии новообразования. В лечении применяют криодеструкцию, электрокоагуляцию, а также оперативные вмешательства [8].

Редкое кожное заболевание, встречающиеся у сексуально активных мужчин и женщин, с локализацией в области половых органов — **бовеноидный папулез**. Впервые он был описан в 1977 году. Через несколько лет подтверждена связь с вирусом папилломы человека (ВПЧ). Возникает при инфицировании ВПЧ 16 типа. Также ассоциирован с типами 18, 31, 32, 33, 34, 35, 39, 42, 48, 51, 52, 53 и 54. Описаны единичные случаи заражения новорожденных от больных матерей. Симптомом являются плотные папулы красного, коричневого или телесного цвета, сливающиеся в крупные бляшки с бородавчатой поверхностью размером от 2 мм до 2 см. Локализуются на стволе полового члена и мошонки, больших половых губах у женщин, на лобке, в паховых складках и в перианальной области. Заболевание характеризуется хроническим многолетним течением. Малигнизация наступает в 3% случаев. Диагноз устанавливается на основании клинического осмотра и биопсии [9].

Однако, как уже говорилось, большинство воспалений головки и крайней плоти полового члена вызываются патогенными микроорганизмами. По этиологическому признаку здесь различают несколько видов баланопостита:

- **грибковый** — вызывается грибами, в основном, кандидозный;
- **вирусный** — вызывается вирусом герпеса или папилломы человека;
- **трихомонадный** — возникает на фоне трихомониаза, вызванного простейшими микроорганизмами (*Trichomonas vaginalis*);
- **хламидийный** — провоцируется *Chlamydia trachomatis*;
- **неспецифический** — бактериальный, вызывается условно-патогенной кишечной микрофлорой (стафилококки, стрептококки, кишечная палочка);
- **анаэробный** — часто ассоциирован с *Gardnerella vaginalis*, может быть вызван бактериями *Bacteroides fragilis*, *Melaninogenicus*; *Fusobacterium*;
- на фоне гонореи, первичного или вторичного сифилиса.

Лечение баланопостита в таких случаях этиологическое. Если правильно выявлен микроорганизм-возбудитель, прогноз, как правило, благоприятный.

Нужно отметить, что особого внимания заслуживает баланопостит как дебют сахарного диабета [10]. Обычно при этом сочетании баланопостит носит инфекционный характер, часто возникает на фоне кандидоза, иногда осложняется рубцовым фимозом. Таким образом, уролог часто бывает первым специалистом, выявляющим диабет. При коррекции сахарного диабета симптомы баланопостита, как правило, разрешаются.

В большинстве клинических случаев наблюдается острый баланопостит. Реже встречается хронический, как правило, ассоциированный с рубцовыми изменениями крайней плоти и фимозом.

Острый баланопостит, в свою очередь, подразделяется на несколько видов:

- катаральный, или простой — проявляется покраснением в области патологического очага, отеком и болезненностью;
- эрозивно-язвенный — в этом случае возникают глубокие дефекты вследствие тяжелого гнойного воспаления;
- гангренозный — здесь наблюдается некроз тканей головки полового члена и крайней плоти.

В декабре 2012 г. вышел Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №1684н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при фимозе, баланопостите, баланите, язве и лейкоплакии ■

полового члена и других воспалительных заболеваниях полового члена». Также, в соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказано утвердить стандарты специализированной медицинской помощи при таких заболеваниях. Согласно приказу Минздрава, пациентам с этими видами патологии оказывается специализированная медицинская помощь стационарно, в плановом порядке. Средний утвержденный срок лечения составляет пять дней. В 100% случаев, по приказу, таким пациентам необходим очный осмотр уролога. Таким образом, главная роль в лечении этих заболеваний отдается именно врачам урологической специальности.

Также осенью 2018 г. вышли обновленные европейские рекомендации по лечению баланита и баланопостита [11]. Согласно им, в лечении неспецифического баланопостита предпочтение отдается циркумцизио. В других случаях применяются антибактериальные препараты, стероидные средства и лазерная резекция. ■

Источники:

1. Edwards S. K., Bunker C. B., Ziller F., van der Meijden W. I., *European guideline for the management of balanoposthitis*, 2013
2. Berger T. G., *Lichen planus*, *Jama Dermatol*, 2015
3. Carney R., Buhary T., Teh L.-S., Gayed S., *Circinate balanitis as the presenting symptom of sexually-acquired reactive arthritis: a case report*, *Br J Gen Pract*, 2015
4. Hugh J. M., Lesiak K., Greene L. A., Pierson J. C., *Zoon's balanitis*, *J Drugs Dermatol*, 2014
5. Paulino L. C., *New perspectives on dandruff and seborrheic dermatitis: lessons we learned from bacterial and fungal skin microbiota*, *Eur J Dermatol*, 2017
6. Miliszewski M. A., Kirchof M. G., Sikora S., Pappa A., Dutz J. P., *Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: an analysis of triggers and implications for improving prevention*, *Am J Med*, 2016
7. Jia Q. N., Nguyen G. H., Frang K., Jin H. Z., Zeng Y. P., *Development of squamous cell carcinoma from erythroplasia of Queyrat following photodynamic therapy*, *Eur J Dermatol*, 2018
8. Davis-Daneshfar A., Trüeb R. M., *Bowen's disease of the glans penis (erythroplasia of Queyrat) in plasma cell balanitis*, *Cutis*, 2000
9. Navak S. U., Shnoi S. D., Bhat S. T., Shivamurthv A., *Indian J Sex Transm Dis AIDS*, 2015
10. Karla S., Chawla A., *Diabetes and balanoposthitis*, *J Pak Med Assoc*, 2016
11. Mark J. Leber, Erik D. Schraga et al., *Balanitis guidelines updated*, 2018

*Первая скрипка
в дистанционном
образовании!*

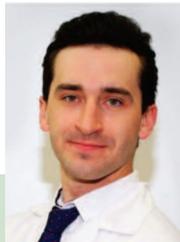


Непрерывное профессиональное образование в урологии – UroEdu.ru



- Лекции ведущих российских и зарубежных лидеров
- Отсутствие затрат на проезд, проживание во время курса
- Возможность получить продолженное образование в любое удобное время, в удобном месте
- Получение документов установленного образца

Протезирование двухкомпонентным фаллопротезом



Ю.В. Кастрикин

научный сотрудник отдела андрологии НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина - филиал НМИЦр МЗ РФ

О показаниях к применению двухкомпонентных фаллопротезов в лечении эректильной дисфункции и особенностях их имплантации рассказал в ходе 3й урологической интернет-конференции «Заболевания полового члена» сотрудник НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина уролог Юрий Васильевич Кастрикин.

Это было недавно, это было давно...

История применения фаллопротезов насчитывает уже более 60 лет. Впервые имплантация была выполнена у мужчины, перенесшего травматическую ампутацию, профессором Н.А. Богоразом в 1936 г. с использованием аутохряща 10-го ребра, вскоре, однако, лизировавшегося. Дальнейшие попытки использования костной ткани, предпринятые в 1944 г. А. П. Фрумкиным, также не увенчались успехом. После неудачных исходов оперативных вмешательств с использованием аллотканей в половой член начали имплантировать синтетические материалы. В дальнейшем развитие фаллопротезирования шло не только по пути поиска имплантируемого материала, но и пути определения оптимального метода имплантации.

В 1975 г. появился первый полуригидный фаллопротез, в 1983 — трехкомпонентный, через пять лет, в 1988 — двухкомпонентный (Mentor), в 1998 — полуригидный фаллопротез второго поколения, в 2000 — трехкомпонентный фаллопротез Mentor, в 2002 году введены в практику цилиндры с узким основанием, а также гидрофильное покрытие (PPV).



Когда уже терять нечего

Одним из основных показаний к фаллопротезированию является эректильная дисфункция (ЭД). При этом имплантация пенильных протезов относится к финальной линии терапии и применяется в случае неэффективности фармакотерапии ингибиторами ФДЭ-5 или тогда, когда пациент предпочитает решение проблемы на длительный срок, отказываясь от применения вакуумных помп.

По данным ряда актуальных исследований, эректильная дисфункция может снижать качество жизни мужчины более, чем в 4 раза [1, 2, 3]. На поиски лечения может уходить от 2 до 5 лет, в то время как проявления соматического заболевания прогрессируют [4]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в 1998 г. по всему миру насчитывалось около 100 млн мужчин, страдающих ЭД, а к 2005 г. их количество выросло до 400 млн [5]. По прогнозам ВОЗ, к 2025 году количество мужчин с ЭД в мире вырастет до 900 млн.

По результатам исследования с участием 1255 мужчин, проведенного в 2012 г. российскими специалистами во главе с Д.Ю. Пушкарем, у 71,3% пациентов была зарегистрирована легкая степень ЭД, у 6,6% — средняя, а у 12% — тяжелая. Не страдали расстройствами эрекции только 10,1% мужчин. При этом основной процент выявления ЭД приходился на возраст 20–45 лет [6].

Зачастую эректильная дисфункция развивается после хирургических вмешательств по поводу рака или аденомы предстательной железы. Также среди социально значимых соматических заболеваний она встречается на фоне хронической обструктивной болезни легких, рассеянного склероза, хронической почечной недостаточности, сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета и хронического простатита [7, 8, 9, 10].

У пациентов с ЭД, развившейся после вмешательств по поводу рака предстательной железы (РПЖ), фаллопротезирование является основным методом лечения.

Выбор фаллопротеза

При выборе фаллопротеза мужчины, как правило, имеют ряд требований, среди которых длительная функциональность, функционирование «по потребности», ■



разумная цена, отсутствие побочных эффектов и зависимости от препаратов, безопасность, эффективность и надежность. Таким образом, ведущие требования к фаллопротезам сегодня — контролируемая имитация настоящей эрекции, максимально незаметная система, простота в использовании и имплантации, а также стабильность конструкции. Сегодня существуют три основных типа таких устройств: одно-, двух- и трехкомпонентные.

Двухкомпонентный фаллопротез, которому Юрий Васильевич уделил основное внимание, представляет собой гидравлическую систему, где фиксация помпы производится несколькими нажатиями. При этом жидкость переходит из резервуаров, расположенных в проксимальной части цилиндров, в основную часть цилиндра. Цилиндр при этом приобретает необходимую жесткость. Для возврата в расслабленное положение половой член сгибается в течение 6–12 секунд. Это замедление предусмотрено специально, чтобы во время полового акта не наступало самопроизвольного расслабления. За указанное время жидкость начинает перетекать из основной части цилиндров в резервуары.

Двухкомпонентные фаллопротезы имеют ряд преимуществ. В частности, небольшое количество компонентов делает операцию малотравматичной и быстрой. Такие протезы хорошо скрываются в расслабленном состоянии, а для приведения

полового члена в эрегированное состояние удобна небольших размеров помпа. Помимо этого, фаллопротезы такого типа удобны для пациентов с ограниченной двигательной способностью кистей рук.

Ход установки фаллопротеза

В начале вмешательства по имплантации фаллопротеза производится установка уретрального катетера как ориентира для визуализации уретры. После замены хирургических перчаток выполняется пеноскrotальный доступ и установка ретрактора Скотта с использованием операционных крючков. Таким образом осуществляется доступ к белочной оболочке. Затем выполняется наложение держалок и корпоротомия, после чего производится бужирование дистальной и проксимальной части кавернозных каналов бужами Брукса. При наличии кавернозного фиброза возможно использование кавернотомы. После бужирования производится измерение длины кавернозных тел с использованием линейки Фурлоу. Получив данные о протяженности кавернозных каналов, необходимо провести обильную ирригацию операционной раны, используя 2–3 литра антибактериального раствора (NaCl 0,9% + рифампицин/гентамицин). Компоненты фаллопротеза перед имплантацией также помещаются в антибактериальный раствор. Затем с использованием линейки и интродюсера Фурлоу с заряженной иглой Кита производится введение цилиндров в кавернозные каналы, далее – удаление лигатур и имплантация резервуара. После этого производится послойное ушивание послеоперационной раны и накладывается повязка.

Интраоперационные осложнения при соблюдении всех правил асептики и достаточном опыте хирурга сводятся к минимуму. Среди возможных осложнений, однако, следует назвать перфорацию кавернозных тел и уретры, перекрест кавернозных тел (кроссовер), гипермобильность протеза, а также инфицирование.

Надежность протеза = удовлетворенность пациентов

Что касается надежности конструкции, 68,5% первично установленных фаллопротезов функционируют в течение 10 лет без замены или вынаивания, ■

а в 57,9% случаев — до 15 лет. Механических поломок в течение 10 лет не наблюдается у 79,4% пациентов, а в течение 15 — 71,2% [11].

Имплантация пенильных протезов дает один из наиболее высоких показателей удовлетворенности (92–100% пациентов и 91–95% партнерш) среди всех методов лечения ЭД при правильном консультировании. Тем не менее, основным недостатком такой операции остается ее высокая стоимость. В России установка фаллопротеза может обойтись в 300 тыс. рублей, а в Европе и США — как минимум, в 1,5–2 раза дороже. При этом 80–90% цены составляет стоимость самого фаллопротеза.

Как заключил Ю.В. Кастрикин, протезирование полового члена является высокоэффективным и безопасным методом финальной линии лечения пациентов с эректильной дисфункцией, характеризуется высоким уровнем психосексуальной удовлетворенности пациентов, их сексуальной и социальной реабилитацией. Врач при этом должен располагать полной информацией о возможных осложнениях и трудностях, которые свойственны этой операции и послеоперационному периоду, а также иметь полное понимание происходящих событий.

Знание современных моделей фаллопротезов, а также индивидуальный подбор оптимального устройства имеют определяющее значение для психосексуальной удовлетворенности пациентов. ■

Источники:

1. *Laumann E. O., 1999*
2. *Hultling C., 2000*
3. *Althof E., 2000*
4. *Riley A., Riley E., 2000*
5. *Aytac I. A. et al., 1999*
6. *Пушкарь Д. Ю. и соавт., Эпидемиологическое исследование распространенности эректильной дисфункции в Российской Федерации, РМЖ, 2012*
7. *Дударева А. А. и соавт., 2001*
8. *Gralnes, Rabanni, 2000*
9. *Люлько И. В., 1988*
10. *Юнда И. Ф., 1989, 1993*
11. *Wilson S. K.*





КАКОЕ ЭТО СЧАСТЬЕ
БЫТЬ ОТЦОМ!

МИРАКСАНТ® – современный комплекс с уникальным составом необходимых натуральных компонентов, курсовой прием которого, эффективно и безопасно помогает решить проблему мужского (идиопатического) бесплодия.

✓ **ЕДИНСТВЕННЫЙ КОМПЛЕКС ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ, СОДЕРЖАЩИЙ В СВОЕМ СОСТАВЕ ИСТОЧНИК АСТАКСАНТИНА - САМОГО МОЩНОГО ПРИРОДНОГО АНТИОКСИДАНТА!**

На фоне приема «Мираксанта», к третьему месяцу лечения происходит:

- увеличение подвижности сперматозоидов на 22,8%
- увеличение жизнеспособности сперматозоидов на 11,9%
- увеличение средней концентрации сперматозоидов на 9,7%
- положительная динамика к улучшению морфологии сперматозоидов

В ходе лечения, у пациентов не было зарегистрировано каких-либо нежелательных или побочных эффектов.

«Результаты проведенного исследования, позволяют рекомендовать биологически активный комплекс «Мираксант»® в комплексной терапии пациентов с идиопатическим бесплодием, особенно с олигоастенозооспермией»

Ефремов Е.А., Коршунов М.Н., Золотухин О.В., Мадькин Ю.Ю., Красняк С.С.

Экспериментальная и клиническая урология, 2018. №1. Опыт применения комплексного препарата «Мираксант» у мужчин с идиопатическим бесплодием в условиях реальной клинической практики.

SH PHARMA
source of healing

Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.11.003.Е.001874.05.18 от 04.05.2018

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ



Ответственное отцовство

руководство для урологов по мужскому бесплодию

Курс дистанционного образования

Организаторы курса:



Мужское бесплодие традиционно является одной из самых обсуждаемых тем в урологии и андрологии. Появление новых методов диагностики, позволяющих выявить новые причины бесплодия у мужчин, позволили существенно снизить процент идиопатического бесплодия и увеличить долю точных причин. Это позволяет целенаправленно применять лекарственные препараты, в некоторых случаях изменить тактику лечения, воздействовать на ранее неизвестные патогенетические механизмы.

Команда Uroweb.ru подготовила лекции лучших специалистов урологов и андрологов по различным аспектам диагностики и лечения мужского бесплодия. Смотрите, слушайте, читайте и формируйте свой собственный взгляд по этой теме – наше высшее медицинское образование позволяет нам с вами, коллеги, выработать личное мнение на многие спорные урологические темы, в том числе по поводу ведения пациентов с мужским бесплодием.



1. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

М.Н. Коршунов, к.м.н., доцент кафедры урологии ФГБУ "Центральная государственная медицинская академия" Управления делами Президента РФ, уролог-андролог клиники «Поколение НЕКСТ»

- Отличия этиологических факторов и факторов риска на основании доказательной медицины
- Данные о патогенезе – 2018 г
- Обструктивная и необструктивная азооспермия
- Тератозооспермия
- Астено-, олигозооспермия

2. РОЛЬ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА В ПАТОГЕНЕЗЕ БЕСПЛОДИЯ

Д.А. Охоботов, к.м.н., уролог-андролог университетской клиники МНОЦ МГУ им. Ломоносова

3. ДИАГНОСТИКА МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Д.Г. Почерников, к.м.н., уролог-андролог, доцент кафедры факультетской хирургии и урологии ИвГМА

- Новые показатели СГ
- Обязательные и факультативные диагностические тесты
- Новые диагностические тесты.

4. ЛЕЧЕНИЕ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

И.А. Корнеев, профессор кафедры урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, заместитель председателя Санкт-Петербургского научного общества урологов имени С.П. Федорова, член редакционной коллегии журнала "Урологические ведомости", с 2013 г. - член профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности «Урология», член рабочей группы главного уролога МЗ РФ по разработке порядка и стандартов оказания медицинской помощи по профилю «Урология», медицинский директор Международного центра репродуктивной медицины.

- Образ жизни – влияет или нет. Устранимые и неустраимые факторы риска
- гормональное лечение
- вспомогательные репродуктивные технологии – когда надо остановиться лечить и начать преодолевать бесплодие

5. АНТИОКСИДАНТЫ В ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

С.С. Красняк, уролог-андролог, отдел андрологии НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал НМИЦр МЗ РФ

- Концентрация антиоксидантов – важно или нет?
- Прикладной механизм действия антиоксидантов – когда они работают?
- Комбинации антиоксидантов с другими препаратами: актуально или нет?

Рак полового члена. Что нового в 2018-2019 гг?



М.А. Хохлов
К.м.н., уролог, ведущий онкоуролог GMS Clinic (Москва).

С подробным докладом о диагностике и лечении относительно редкого онкологического заболевания — рака полового члена — выступил в ходе 3-й урологической интернет-конференции «Заболевания полового члена» к.м.н., уролог, онкоуролог Максим Александрович Хохлов.

Как напомнил Максим Александрович, рак полового члена (РПЧ) представлен, в основном, плоскоклеточным типом (48–65%). По подтипам подразделяется на базалоидный (4–10%), бородавчатый (7–10%), веррукозный (3–8%), папиллярный (5–15%), саркоматоидный (1–3%), светлоклеточный (1–2%) и смешанный вариант (до 10%). Они связаны с различными прогностическими факторами и потенциалом метастазирования. В первую очередь, прогноз зависит от степени дифференцировки опухоли и глубины инвазии. Преимущественная локализация — эпителий головки и крайней плоти. Имеет схожие характеристики и клиническое течение с раком ротоглотки, женских половых органов (шейки матки, влагалища, вульвы) и анального отверстия.

В развитых странах РПЧ встречается достаточно редко: заболеваемость составляет менее 1 на 100 тыс. мужчин. На территории Европы и США показатели гетерогенны и зависят от расовой и этнической принадлежности. Так, в США наиболее часто болеют латиноамериканцы, жители Аляски и коренные индейцы, а также афроамериканцы. Лидерами в мире по распространенности РПЧ являются Латинская Америка, Юго-Восточная Азия и страны Африки. Здесь этот показатель составляет до 8,3 чел. на 100 тыс. На сегодня установлено, что заболеваемость связана с распространенностью вируса папилломы человека

(ВПЧ). Ее уровень увеличивается с возрастом, достигая пика к 60–70 годам. В России показатели заболеваемости по состоянию на 2015–2016 гг. составляли порядка 0,63 на 100 тыс. человек.

К факторам риска РПЧ относятся фимоз, хронические воспалительные заболевания, такие, как баланопостит при фимозе и облитерирующий кератический баланит (склероатрофический лишай); курение; присутствие ВПЧ и остроконечных кондилом; лечение различных кожных заболеваний с использованием ультрафиолетового облучения (порядка 200 процедур); большое количество половых партнеров и раннее начало половой жизни, а также низкий социально-экономический статус и уровень образования.

Существует также ряд предраковых заболеваний полового члена. Они подразделяются на спорадические (кожный рог, бовеноидный папулез и склероатрофический лишай) и высокоассоциированные с РПЧ (пенильная интраэпителиальная неоплазия 3 ст., гигантская кондилома Бушке–Левенштейна, эритроплазия Кейра, болезнь Боуэна и болезнь Педжета — интрадермальный невус).

Максим Александрович подчеркнул, что в патоморфологической классификации новообразований большое прогностическое значение имеют критерии p и G. При этом необходимо максимально тщательное и полное гистологическое исследование и описание макропрепаратов первичного очага, лимфоузлов и хирургического края. Более хороший прогноз и низкий риск регионарного метастазирования имеет рак, ограниченный крайней плотью. Также должны учитываться перинеуральная инвазия и G-предикторы неблагоприятного прогноза и низкой канцер-специфической выживаемости. В дополнительной градации нуждается стадия pT2 (pT2a и pT2b), поскольку прогноз при инвазии кавернозных тел и/или белочной оболочки достоверно хуже, чем при инвазии только губчатого тела. Стадия pT3 также имеет разные прогностические нюансы: так, при инвазии дистальной (гландулярной) уретры прогноз более благоприятный, а агрессивность опухоли меньше, чем при поражении более проксимальных ее отделов. Номограмма pT1G1 имеет, как правило, благоприятный прогноз, в отличие от pT2/3G2/3.

У трети пациентов с плоскоклеточным раком выявляется ВПЧ, в 72% случаев — 16 типа, в 9% — 6 типа и в 6% — 18 типа. Корреляция с ВПЧ для базалоидного подтипа составляет 76%, для бородавчато-базалоидного — 82%, для ■

бородавчатого и плоскоклеточного — 39%. Также к ВПЧ-положительным подтипам относятся веррукозный и папиллярный плоскоклеточный.

Что касается микробиологии опухолей, сегодня имеется крайне скудное количество данных по корреляции между плоскоклеточным РПЧ и хромосомными нарушениями. Возможно изменение числа копий ДНК при плоскоклеточном РПЧ от плоскоклеточных видов рака других локализаций. Низкое число копий соответствует неудовлетворительному прогнозу. Изменения в локусе 8q24 для РПЧ неспецифичны, а телоразмерная активность может наблюдаться при инвазивном РПЧ. Неблагоприятным прогностическим фактором также является экспрессия гена p53. Пониженная экспрессия метастаз-супрессорного протеина KAI1/CD82 повышает риск развития регионарных метастазов. Помимо этого, могут наблюдаться изменения метилирования локусов в гене CDKN2A.

Как напомнил Максим Александрович, до проведения любого вида локального лечения, при любой неясности диагноза и при планировании нехирургического вида лечения, уничтожающего субстрат, необходимо провести верификацию диагноза путем биопсии. В частности, биопсия показана при сомнении в природе поражения (CIS, метастазы других опухолей, меланомы), планируемом местном лечении, лучевой терапии, лазерной хирургии, а также для определения тактики относительно лимфатических узлов на основании дооперационного гистологического исследования. При этом эксцизионная биопсия предпочтительнее пункционной.

Важно помнить, что для РПЧ отсутствуют опухолевые маркеры. Таким образом, в диагностике и стадировании первичной опухоли применяются физикальное исследование и УЗИ полового члена, при планировании органосохраняющего пособия — МРТ на фоне искусственной эрекции. Паховые лимфоузлы оцениваются путем физикального обследования. При непальпируемых лимфатических узлах у пациентов из группы высокого риска показано инвазивное стадирование, при пальпируемых — КТ/МРТ малого таза. Также возможно проведение ПЭТ-КТ. При наличии метастазов в паховых лимфоузлах для более точного стадирования показано проведение КТ органов брюшной полости и малого таза, а также выполнение рентгеновского исследования или КТ грудной клетки. Генерализованным пациентам или при выраженных характерных симптомах показано выполнение остеосцинтиграфии.



В выборе лечебной тактики при первичной опухоли многое зависит от течения заболевания и прогноза. При местном распространении и хорошем прогнозе (Tis, Ta, T1a) проводится обрезание с реконструкцией полового члена или удаление головки с реконструкцией или без нее. В ряде случаев прибегают к лазерной абляции. Для опухолей не более 4 см может применяться дистанционная лучевая терапия (ДЛТ) или брахитерапия. При вариантах T1b(G3) или T2 с вовлечением только головки могут быть показаны широкое местное иссечение, лазерная абляция с обрезанием, удаление головки, ДЛТ или брахитерапия (также для опухолей менее 4 см). В варианте T2 с кавернозной инвазией применяется частичная ампутация с реконструкцией, до 4 см — ДЛТ или брахитерапия. При T3 с инвазией уретры возможны резекция или ампутация полового члена с перинеальной уретростомией. При T4 с инвазией в прилежащие структуры показана неоадьювантная химиотерапия совместно с хирургическим лечением при адекватном ответе. Альтернативой является паллиативная ДЛТ. Лечение местных рецидивов производится в зависимости от размеров, характера роста и инвазии опухоли.

В случае, если паховые лимфоузлы не пальпируются, (cN0), в вариантах Tis, TaG1, T1G1, может применяться наблюдательная тактика. При T1G2 показано инвазивное стадирование путем паховой лимфодиссекции или динамической биопсии сторожевого лимфоузла. При пальпируемых лимфатических узлах (cN1/cN2) выполняется радикальная паховая лимфодиссекция. В случае, если пальпируются фиксированные лимфоузлы (cN3), показана неоадьювантная химиотерапия с последующей радикальной лимфодиссекцией при адекватном ответе. При поражении тазовых лимфоузлов рекомендована ипсилатеральная тазовая лимфаденэктомия при 2 и более в лимфоузлах на одной стороне (pN2) или экстранодулярном распространении (pN3). При стадии pN2–3 показана адьювантная системная химиотерапия после радикальной лимфаденэктомии. ДЛТ при поражении регионарных лимфатических узлов у пациентов с РПЧ не показана.

Адьювантная системная химиотерапия (3–4 цикла ТРФ) является вариантом лечения при стадии pN2–3, после радикальной лимфаденэктомии. Неоадьювантная системная химиотерапия (4 курса на основе платины и таксанов) с последующим радикальным хирургическим лечением рекомендована пациентам с неоперабельным или рецидивным поражением регионарных лимфоузлов. ■

Системная химиотерапия при системном процессе применима у пациентов с небольшим числом и объемом метастазов.

При последующем наблюдении пациента целью является раннее выявление рецидива при его развитии и, соответственно, раннее проведение радикального лечения. При эффективном лечении местный рецидив статистически значимо не снижает отдаленную выживаемость, в то время как поражение паховых лимфоузлов значительно снижает вероятность длительной канцер-специфической выживаемости. Также важной задачей является выявление и раннее купирование осложнений, связанных с лечением.

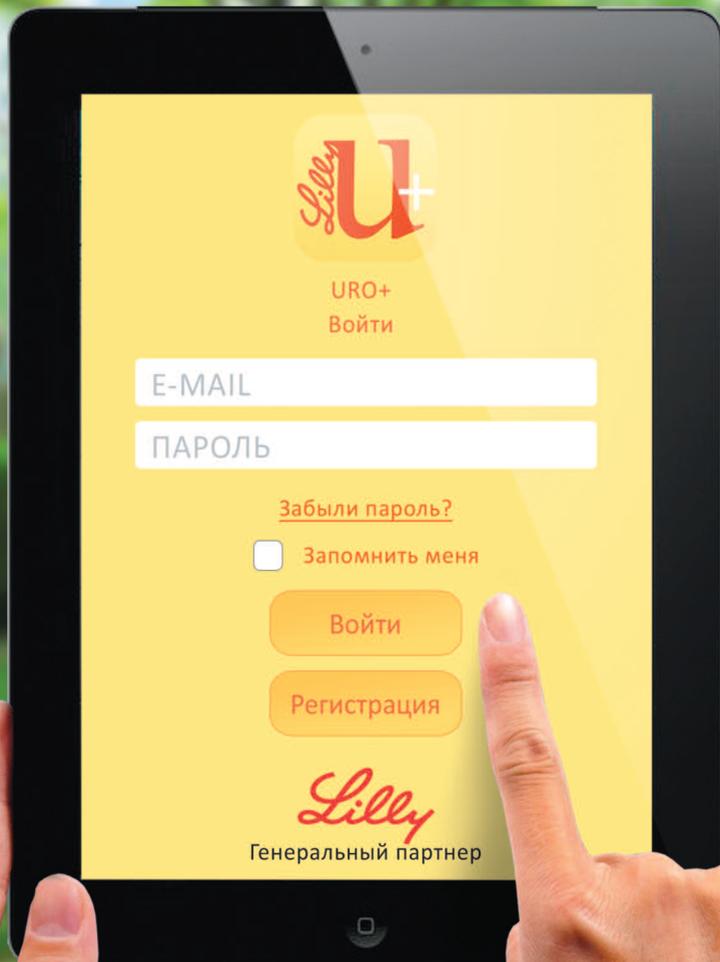
Срок наблюдения составляет 5 лет, из них первые 2 года — наиболее интенсивно, с последующим урежением. Важное значение в процессе имеют социальный статус, уровень интеллекта и комплаентность пациентов. К применяемым в ходе наблюдения методам относятся физикальное обследование, включая самообследование, при необходимости — топическая биопсия, а также УЗИ, КТ/МРТ, тонкоигольная аспирационная биопсия по выбору и ситуации.

К относительным нововведениям в области лечения РПЧ относятся возможности оценки наличия ВПЧ, определения подтипа плоскоклеточного РПЧ, а также оценки характера и ширины хирургического края в патоморфологическом препарате. Кроме того, в недавнее время проведены клинические исследования 1–3 фаз по эффективности, безопасности применения и воздействию на ВПЧ-ассоциированные виды рака, в том числе РПЧ, применения иммунотерапии и таргетной терапии у пациентов с местнораспространенным и генерализованным (в том числе неоперабельным) РПЧ. В исследованиях также участвует большое количество препаратов (дурвалумаб, пембролизумаб, протеин М7824, вакцина INO-3112, афатиниба дималеат, ниволумаб, кабозантиниб, ипилимумаб). Наконец, с 2016 по 2022 год проходит крупное международное исследование по лечению РПЧ с распространением в регионарные лимфоузлы InPACT, представляющее сравнительный анализ трех режимов терапии: лимфодиссекции в монорежиме, а также лимфаденэктомии и неоадьювантной системной химиотерапии с подключением ДЛТ и без таковой. ■



Мобильное приложение для урологов

*Всегда в курсе всех
урологических новостей!*



App Store



Google play

Простая киста почки



Е.А. Пронкин
К.м.н., заведующий отделением урологии ФНКЦ ФХМ ФМБА КБ №123,
доцент кафедры урологии ЦГМА Управления делами президента РФ

Заведующий отделением урологии ФНКЦ ФХМ ФМБА КБ №123 и доцент кафедры урологии ЦГМА Управления делами президента РФ Евгений Артурович Пронкин поделился в программе «Час с ведущим урологом» новыми данными о наблюдении за простыми кистами почек с учетом риска их малигнизации.

В начале своей лекции Евгений Артурович напомнил об эпидемиологии и патогенезе почечных кист. Простая киста, как правило, единичная и поражает только одну почку. Редко встречается у пациентов в возрасте до 40 лет, как правило — после 50. При первичной диагностике выполняется УЗИ почек, при необходимости верифицируемое КТ. Киста может проявлять себя болями, гематурией, повышением АД, а также инфекциями мочевых путей на фоне нарушения уродинамики [1,2]. Клинически значимый размер кисты начинается с 5–6 см.

Согласно общепринятой классификации Bosniak, составленной в 80-е годы, почечные кисты подразделяются на 5 категорий. Первый тип — обычная или овальная форма, не наблюдается перегородок или контрастного наполнения. Тип 2 — малые кисты менее 3 см, >20 HU, с тонкими перегородками менее 1 мм и единичными кальцификатами. Для этих двух типов в действующих рекомендациях, предложенных Канадской ассоциацией урологов, нет никаких указаний.

Подтип 2F — кисты более 3 см, кальцификаты связываются в узелки на перегородках. Рекомендовано наблюдение через 6 и 12 месяцев. При отсутствии прогрессии — ежегодно на протяжении 5 лет. При подтипе 3 наблюдаются утолщение стенки и присутствие в стенках кальцинатов, накопление контрастного вещества. Риск малигнизации в таких случаях составляет порядка 54%. Рекомендовано хирургическое удаление (резекция). При типе 4 визуализируется утолщение стенок

и перегородки, а также содержимое, накапливающее контрастное вещество, независимо от перегородки. Риск малигнизации достигает 88%, рекомендуется хирургическое удаление [3,4,5]. Риск малигнизации кист, по доступным на сегодня данным, начинается с категории II.

Для верификации диагноза и более точного стадирования после проведения УЗИ применяются КТ почек (предпочтительно с контрастированием), МРТ и контрастно усиленные ультразвуковые исследования, которые, однако, сейчас отличаются высокой стоимостью и в большей степени доступны за рубежом. Также, как отметил Евгений Артурович, следует учитывать, что МРТ склонна «завышать» категорию кисты. Для выявления парапервикальных кист может применяться динамическая нефросцинтиграфия.

Достаточно часто в клинической практике встречается чашечковый дивертикул, при котором происходит задержка дегенерации ветвлений мочеточникового ростка в период деления малых чаш. Причиной здесь является дисфункция мышечного сфинктера малой чаши. Морфологически образование отличается округлой формой, связано с лоханкой или чашкой ходом до 100 мм. Размер составляет до нескольких сантиметров, в содержимом может сформироваться камень за счет нарушенного оттока мочи. Клинически проявляется периодически возникающим болевым синдромом, а также пиелонефритами. Чашечковый дивертикул крайне важно не перепутать с простой почечной кистой, поскольку их неверная дифференцировка может привести к осложнениям в ходе хирургического вмешательства и позднее — высокому риску рецидива.

Евгений Артурович подчеркнул, что при выборе метода лечения простых кист почки не должна рассматриваться пункция со склерозирующими препаратами, поскольку она не является радикальным вариантом, сопряжена с высоким риском рецидива и не предоставляет гистологического материала для оценки риска малигнизации. Выбор доступа обычно производится между лапароскопическим и ретроперитонеоскопическим вариантами. Здесь играет свою роль ряд факторов: наблюдается у пациента дорсальная или же вентральная киста, каковы ее размеры, какой сегмент почки затронут, каков хирургический анамнез пациента и есть ли у него собственные предпочтения. При неуверенности в отсутствии чашечкового дивертикула по данным КТ применяется мочеточниковый катетер. Вопрос о необходимости дренажа является спорным: при хорошем гемостазе и уверенности в отсутствии чашечкового дивертикула, по мнению Евгения Артуровича, ■

можно обойтись без него. Также лектор подчеркнул, что не считает нужной установку уретрального катетера по причине небольшой протяженности таких операций и присутствующего риска инфицирования. При отсутствии необходимого оснащения в хирургии кист почки может применяться и открытый метод доступа.

Как рассказал Евгений Артурович, коллективом сотрудников Центральной государственной медицинской академии Управления делами президента РФ при его личном участии была опубликована статья под названием «Частота малигнизации кист почек категорий 1, 2 и 2F по классификации Bosniak в мультилокулярный кистозный почечно-клеточный рак» [6]. Актуальность работы объясняется недостаточностью в литературе данных о рисках малигнизации кист этих категорий.

В ходе исследования в центре урологии КБ Управделами президента с января 2009 года по декабрь 2017 были прооперированы 177 пациентов с кистами почек категорий 1, 2 и 2F. У всех пациентов наличие кист сопровождалось характерной симптоматикой: регулярными тупыми болями в поясничной области на стороне пораженной почки, нефрогенной гипертензией и транзиторной гематурией. В каждом случае оперативного лечения материал доставлялся в патологоанатомическую лабораторию, где производилось тщательное гистологическое исследование. При подозрении на наличие кистозной формы почечно-клеточного рака материал подвергался иммуногистохимическому анализу. В случае выявления злокачественного характера новообразований они дифференцировались в соответствии с ядерной градацией по Фурману. Стадию опухолевого процесса устанавливали, согласно седьмому изданию международной классификации TNM.

Всего из 177 пациентов у 50 (28,2%) была диагностирована киста почки типа 1, у 74 (41,8%) — типа 2 и у 53 (30%) — 2F. В 10 случаях при гистологическом исследовании материала были выявлены фокусы светлоклеточного гистотипа почечно-клеточной карциномы. Материал дополнительно подвергался иммуногистохимическому анализу, по итогам которого во всех случаях была выявлена мультилокулярная кистозная почечно-клеточная карцинома, Grade 1 (pT1a). Согласно классификации опухолей почки Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) от 2004 г., мультилокулярный кистозный почечно-клеточный рак, известный также как мультилокулярный светлоклеточный почечно-клеточный рак, выделен в отдельную морфологию. Рак был выявлен у 2 пациентов с кистами категории 2 и у 8 с кистами категории 2F. Таким образом, частота



ЧАС С ВЕДУЩИМ УРОЛОГОМ



Online-трансляция на сайте Uro.TV

Уникальная возможность
задать вопрос в
ПРЯМОМ ЭФИРЕ

 Все темы урологии, андрологии, онкологии и других субспециальностей.

 Обратная связь с аудиторией, интерактивное голосование, награждение наиболее активных участников

Спросите то, что вас давно интересует!

малигнизации составила 2,7% для кист категории 2 и 15,1% — для категории 2F.

В возрастную категорию от 41 до 50 лет попадал один из пациентов, 51–60 — 7 человек и еще 2 были старше 60 лет. По половой принадлежности пациенты с выявленным раком разделились пополам: 5 мужчин и 5 женщин. У 6 поражение наблюдалось на правой стороне и у 4 — на левой. После проведенного оперативного лечения медиана времени наблюдения составила 49,3 (31–72) месяца. Данных за метастазирование и рецидивирование мультилокулярного кистозного почечно-клеточного рака не получено.

По результатам авторы исследования пришли к выводу о необходимости более тщательного наблюдения за пациентами с кистами рассмотренных категорий, в особенности 2F. Как отметил в заключение Евгений Артурович, частота малигнизации подобных новообразований достаточно высока для того, чтобы признать действующий на сегодня подход к лечению кист почек с акцентом на наблюдение устаревшим. Необходим современный алгоритм ведения пациентов с кистами категорий 1, 2 и 2F по Bosniak, включающий, в частности, ранее начало динамического наблюдения за данными новообразованиями, начиная с кист категории 1. Принимая в расчет низкий злокачественный потенциал данных опухолей, отсутствие склонности к рецидивированию и метастазированию, периоды контрольных обследований пациентов могут быть увеличены, а комплекс диагностических манипуляций сведен до минимума. В качестве хирургического лечения следует использовать органосохраняющие операции. Больные с мультилокулярной кистозной опухолью низкого злокачественного потенциала обладают наилучшим онкологическим прогнозом среди пациентов с почечно-клеточным раком. ■

Источники:

1. Torres V. E. et al., *Cystic diseases of the kidney*, 2008
2. Zerem E. et al., *Simple renal cysts and arterial hypertension: does their evacuation decrease the blood pressure*, 2009
3. *CUA guideline on the management of cystic renal lesions*, 2017
4. Smith A. D. et al., *Bosniak category IIF and III cystic renal lesions: outcomes and associations*, 2012
5. Marley R.L. et al., *Bosniak category IIF designation and surgery for complex renal cysts*, 2009
6. Даренков С. П. и соавт., *Частота малигнизации кист почек категорий I, II и IIF по классификации Bosniak в мультилокулярный кистозный почечно-клеточный рак*, 2018





Что такое сервис медицинских услуг



Nethealth



- **Помощь не отходя от компьютера, планшета или телефона**
- **Консультации квалифицированного врача-уролога**
- **Бесплатное анкетирование на наличие тревожных симптомов ряда заболеваний**
- **Проект, созданный при поддержке НИИ урологии**



Мы в социальных сетях

 www.vk.com/nethealth

 www.facebook.com/nethealth.ru

ИМП у детей: не допустить сморщивания почек

Несмотря на то, что уровень распространенности инфекций мочевых путей (ИМП) у детей сложно оценить, они определенно являются одними из наиболее распространенных бактериальных инфекций в педиатрической практике. Сотрудники Университета штата Вирджиния (США) опубликовали исследование, в котором рассматривают вопросы эпидемиологии, диагностики, лечения и профилактики детских ИМП, включая неочевидные, на первый взгляд, моменты.

Авторы напоминают, что, за исключением первых 8–12 недель жизни, когда ИМП может быть вторичной по отношению к гематогенному источнику, такие инфекции обычно распространяются восходящим путем при занесении бактерий через уретру. Наиболее часто при неосложненных ИМП выделяются энтеробактерии. Инфицирование золотистым стафилококком редко встречается у детей без постоянных катетеров или других внешних источников инфекции. Также вмешательства на органах мочевых путей ассоциируют с инфекциями коагулазо-негативными стафилококками и кандидозом.

Диагностика ИМП у детей важна также потому, что в ряде случаев инфекции являются маркерами аномалий строения мочевых путей, а у новорожденных могут ассоциироваться с бактериемией. Ранняя диагностика имеет критическое значение для сохранения функциональности растущих почек.

Для выявления ИМП у детей необходимо провести посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам. Выполненный перед этим общий анализ мочи может оказаться полезен для выявления признаков инфекции. К целям лечения инфекций мочевых путей у детей относят:

- раннее выявление контаминантных бактерий или менингита, в особенности у младенцев;
- предотвращение дальнейшего развития воспалительного процесса в почках путем скорейшего избавления от бактерий, идентификации анатомических аномалий мочевых путей и профилактики рецидивирующих инфекций;
- снятие острых симптомов инфекции.

Запоздалое начало антибактериальной терапии прочно связано с повышенным риском вторичного сморщивания почек. Первоначальный выбор антибиотика при этом должен базироваться на знании о патогенах, преобладающих в возрастной группе пациента, показателях резистентности к антибактериальным препаратам в конкретной гелиографической зоне, клиническом статусе пациента и возможности регулярного наблюдения. Рекомендуется регулярное наблюдение за всеми детьми до 6 лет после первого эпизода ИМП. Пациентам с выраженными аномалиями строения мочевых путей или частыми рецидивами ИМП может назначаться антибиотикопрофилактика.

Среди отдаленных последствий ИМП стоит выделить сморщивание почек, способное в дальнейшем приводить к гипертензии и тяжелой почечной недостаточности. Профилактика инфекций сосредоточена на выявлении и, если возможно, коррекции аномалий строения мочевых путей. Также, по данным авторов исследования, снижения количества эпизодов симптоматических ИМП у детей удается добиться путем лечения запоров и коррекции дисфункции опорожнения мочевого пузыря.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11310718>



Новое в подходе к лечению ИМП у детей

Инфекции мочевых путей (ИМП) — наиболее распространенный вид детских инфекций. Кроме того, они могут быть первым признаком аномалий мочевыводящих путей. Сегодня в подходах к лечению у ИМП у детей сохраняется множество противоречий. Бразильские исследователи провели метаанализ с целью устранить некоторые из них.

Как подчеркивают авторы, в первый год жизни ИМП более распространены у мальчиков (3,7%), чем у девочек (2%). При этом симптомы часто являются неспецифическими, особенно в неонатальном и раннем детском периоде, иногда единственный из них — повышение температуры тела.

Предположить наличие ИМП можно при клиническом осмотре, однако для подтверждения диагноза необходимо выполнить бакпосев мочи до назначения антибактериальных препаратов. При этом у детей во избежание ложноположительных результатов крайне важно правильно собрать образец мочи. Чтобы снизить риск вторичного сморщивания почек, проводить диагностику и назначать антибактериальное лечение необходимо в максимально короткие сроки.

В раннем возрасте при наличии гипертермии назначается УЗИ почек и мочевого пузыря. Младенцам и детям раннего возраста может потребоваться внутривенное введение антибактериальных препаратов. Помимо этого, авторы мета-анализа советуют как можно скорее исключить наличие у пациентов обструктивной уропатии и пузырно-мочеточникового рефлюкса. При высоком риске рецидива ИМП или развития почечной недостаточности следует рассмотреть варианты антибиотикопрофилактики.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26361319>





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



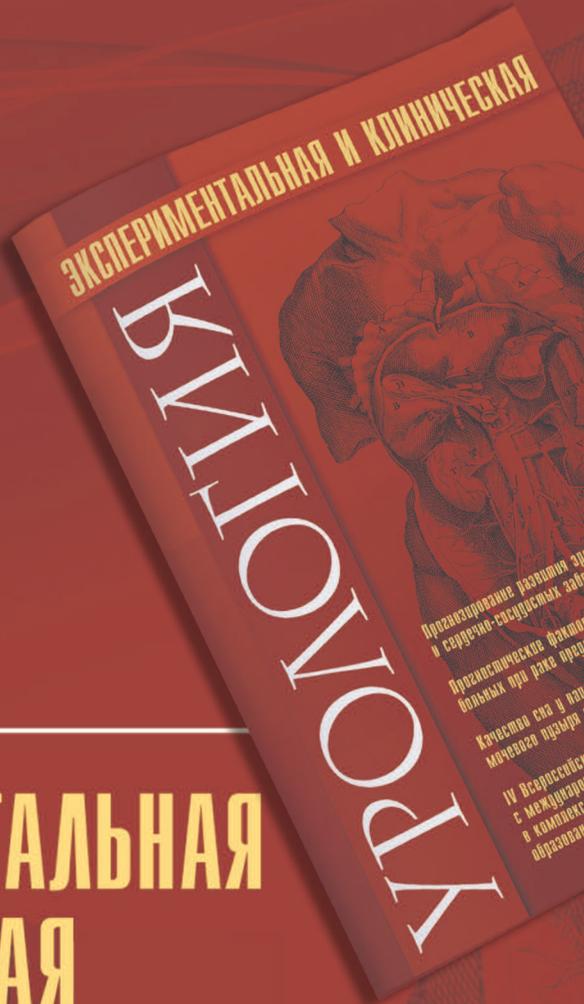
журнал

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ УРОЛОГИЯ



UROMEDIA

Издательский дом «УроМедиа»





Этапы большого пути

2009 – год создания

2011 – включен в РИНЦ

2012 – включен в Перечень ВАК

Миссия:

научная, исследовательская,
образовательная



Аудитория

Целевая аудитория –
урологи, онкологи, андрологи,
врачи смежных специальностей

Адресная база **4571** человек

База обновляется 1 раз в 12 месяцев



Авторы журнала

Врачи, ученые из России, СНГ,
Европы, США (**1194** автора)

Ежегодно около **68** новых авторов

Средний возраст авторов – 48 лет
(самый продуктивный научный возраст)

Средний индекс Хирша авторов – **6,5**





Редакционная коллегия и Совет

Главный редактор –
член-корреспондент РАН

О.И. Аполихин

Ред. коллегия:

- **23** специалиста

Ред. Совет:

- **11** ученых из России
- **4** ученых из зарубежных стран



Активность журнала

Тираж **5000** экземпляров

Выход 1 раз в 3 месяца

География журнала: Россия, СНГ

Распространение (почтовая рассылка)
бесплатное для врачей:

- Россия – индивидуальные подписчики, кафедры урологии, областные и краевые медицинские учреждения
- СНГ - кафедры урологии

Просмотры статей:

- бесплатно на сайте <https://ecuro.ru/>
- через мобильное приложение для урологов **Uro+**
- на сайте Научной электронной библиотеки (**10267** просмотров в год)





Публикационная активность

- Открытый свободный доступ к полнотекстовым версиям статей на сайте журнала <https://ecuro.ru/>
- Двойное слепое рецензирование
- Публикации и предпечатная подготовка статей бесплатны для авторов
- 2х-летний импакт-фактор (ИФ) – **0,785** (2018 г)
- 5-летний ИФ – **0,672** (2018 г)
- 10-летний индекс Хирша – **10**

Эволюция импакт-фактора 2009-2018*



Экспериментальная и клиническая урология -

Один из самых читаемых
и цитируемых профессиональных
урологических журналов!

Мы открыты к сотрудничеству!

Контактное лицо:

Шадеркина Виктория Анатольевна

+7-926-017-52-14

viktoriashade@uroweb.ru

Портативный анализатор мочи «ЭТТА АМП-01» на тест-полосках

Экспресс-анализ мочи

- > Используется для проведения экспресс-анализа проб мочи
- > Построен на современных фотоэлектрических и микропроцессорных технологиях



Вес: 180 г

300 анализов на одном заряде батареи

Ресурс: 5000 исследований

Гарантия 12 месяцев

Беспроводной протокол передачи данных

Простота эксплуатации

Результат за 1 минуту

Бесплатное мобильное приложение

- > Условия применения:
в медицинских учреждениях, для проведения выездных обследований, для частного применения в домашних условиях

11 исследуемых параметров

> ИССЛЕДУЕМЫЕ ПАРАМЕТРЫ

1. Глюкоза (GLU)
2. Билирубин (BIL)
3. Относительная плотность (SG)
4. pH (PH)
5. Кетоновые тела (KET)
6. Скрытая кровь (BLD)
7. Белок (PRO)
8. Уробилиноген (URO)
9. Нитриты (NIT)
10. Лейкоциты (LEU)
11. Аскорбиновая кислота (VC)



Редакция дайджеста:

- »» Главный редактор Аполихин Олег Иванович, чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор
- »» Зам. гл. редактора Сивков Андрей Владимирович, к.м.н.
- »» Руководитель проекта Шадеркина Виктория Анатольевна
- »» Шеф-редактор Шадеркин Игорь Аркадьевич
- »» Специальные корреспонденты:
 - Красняк Степан Сергеевич
 - Зеленская Мария Петровна
 - Болдырева Юлия Георгиевна
 - Коршунов Максим Николаевич
- »» Дизайн и верстка Белова Оксана Анатольевна
- »» Корректор Болдырева Юлия Георгиевна

Тираж 7000 экземпляров

Распространение бесплатное – Россия, страны СНГ

Периодичность 1 раз в 2 месяца

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

Издательство «УроМедиа»

Адрес редакции: 111020 Москва, ул. Боровая 18, офис 104

ISSN 2309-1835

Свидетельство о регистрации средства массовой информации

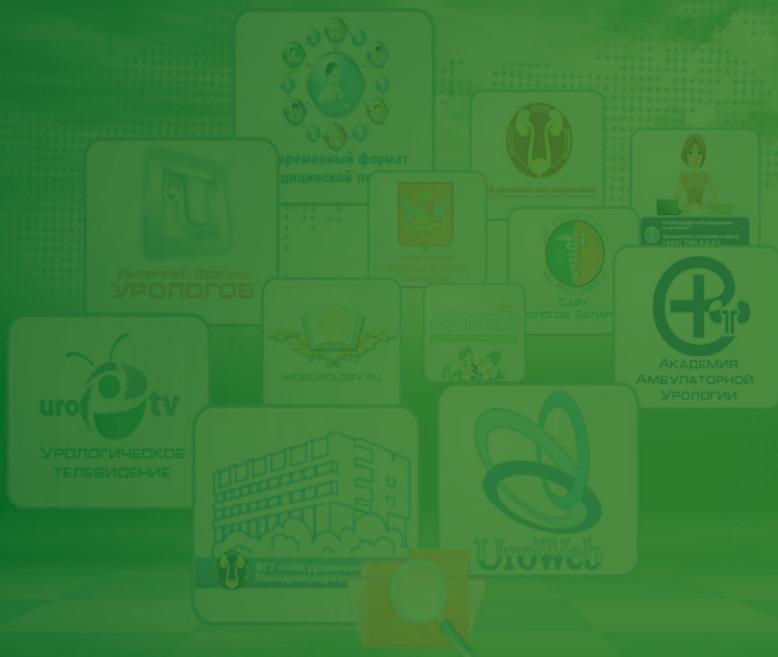
ПИ № ФС77-54663 от 09.07.2013

e-mail: info@urodigest.ru

www.urodigest.ru

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!

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



Издательский дом «УроМедиа»