

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

**Гемоспермия: причины,
диагностика, лечение**

**Терапия тестостероном:
все о «подводных
камнях»**

**Транспозиция уретры:
особенности и
отдаленные
результаты**

ТЕМА НОМЕРА:



ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОСТАТИТ: АКЦЕНТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ



КАКОЕ ЭТО СЧАСТЬЕ – БЫТЬ ОТЦОМ!

Ответственное Отцовство



МИРАКСАНТ – современный комплекс с уникальным составом необходимых натуральных компонентов, курсовой прием которого, эффективно и безопасно решает 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

Суммарный положительный эффект от приёма препарата достигнут у 56,7% пациентов!

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.»

Экспериментальная и клиническая урология. 2018. №1. Опыт применения комплексного препарата «Мираксант» у мужчин с идиопатическим бесплодием в условиях реальной клинической практики. Ефремов Е.А., Коршунов М.Н., Золотухин О.В., Мадыхин Ю.Ю., Красняк С.С.



Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.11.003.E.004042.09.16 от 14.09.2016 г.

Для специалистов

Тема номера:

- » Профессор Михаил Иосифович Коган: В диагностике простатита
нужно уметь разговаривать с больным2
- » «Урологическая школа тулиевых технологий» отчет о
научно-практическом семинаре с международным участием.....8
- » Гемоспермия: причины, диагностический поиск.....10
- » Транспозиция уретры: особенности и отдаленные результаты.....18
- » «Подводные камни» терапии тестостероном26
- » Бессимптомная бактериурия у беременных36
- » Кафедра урологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
Циклы сертификационного и тематического повышения
квалификации на 2018 год.....48
- » Ростовский Государственный Медицинский Университет. Кафедра
урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской
урологии-андрологии ФПК и ППС. Циклы сертификационного
и тематического повышения квалификации на 2018 год.....50
- » Циклы повышения квалификации в системе непрерывного
медицинского и фармацевтического образования Минздрава
России для аккредитации специалистов на 2018 год.....52
- » Циклы повышения квалификации в системе непрерывного
медицинского и фармацевтического образования Минздрава
России для аккредитации специалистов на 2018 год.....54
- » «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ. Учебный план
циклов квалификации врачей-урологов на курсе постдипломного
обучения кафедры урологии ФГБОУ ВО 2018 год55

Профессор Михаил Иосифович Коган: В диагностике простатита нужно уметь разговаривать с больным

О своем отношении к новым методам диагностики и лечения хронического простатита в интервью portalу UroWeb.ru рассказал заведующий кафедрой урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета, д. м. н., профессор Михаил Иосифович Коган. Как отметила в начале беседы ведущая интервью и Виктория Анатольевна Шадеркина, профессор зачастую в своих выступлениях озвучивает острые и оригинальные мнения по целому ряду урологических вопросов.



Шадеркина В.А.: Михаил Иосифович, как Вы считаете, хронический простатит — это действительно распространенное заболевание, или его распространенность преувеличена?

Проф. Коган М.И.: Думаю, необходимо разделять хронический простатит на некое состояние, которое есть у человека, и как заболевание, которое надо лечить. Воспаление в предстательной железе встречается на самом деле у подавляющего большинства больных, даже когда мы занимаемся другими состояниями. По результатам аутопсий – исследований предстательной железы у людей, погибших внезапной смертью, – мы часто находим у них серьезные воспалительные заболевания простаты, но эти люди никогда не обращались к урологу при жизни.

Шадеркина В.А.: То есть у этих пациентов не было беспокоящих симптомов, по поводу которых они бы обратились?



Проф. Коган М.И.: Совершенно верно. Иначе бы это воспалительное состояние приносило проблемы человеку. Если же говорить о распространенности заболевания, проблемы причиняющего, то здесь многое зависит от квалификации врача. Сегодня мы говорим, что простатит вызывается бактериями, вирусами, другими микроорганизмами, – и мы должны понять, каким именно микроорганизмом или группой он вызван в конкретном случае. Должны увериться, что именно этот фактор дает те симптомы, которые есть у человека. Потому, что если у него, к примеру, имеется повышенное содержание лейкоцитов в секрете простаты — это еще не значит, что симптомы пациента связаны с таким повышением. Диагноз простатита надо уметь ставить с помощью анамнеза, с помощью разговора. Он ставится не так, как диагноз кисты, которую можно просто увидеть на МРТ или КТ, либо рак мочевого пузыря, который определяется эндоскопией. Здесь надо уметь разговаривать с больным, чтобы понять, на самом ли деле его симптомы связаны с предстательной железой. Что же касается распространенности: **согласно актуальному канадскому исследованию, 15–16% мужчин в популяции страдает от симптомов, которые могут быть отнесены к простатиту.** Но мы не можем сказать по анкете, что именно эти симптомы отражают его наличие. Поэтому об истинной распространенности простатита, который имеет свою определенную природу и характеризуется определенными симптомами, не знает никто.

Шадеркина В.А.: Изменилась ли классификация простатита за последние 5–10 лет?

Проф. Коган М.И.: Безусловно. С 1995 года мы знакомы с научной классификацией простатического поражения, которая была разработана Американским институтом здоровья. Когда он предлагал эту классификацию, говорилось, что она предназначена для того, чтобы вести исследования. Чтобы сравнивать результаты исследований, надо каким-то образом стратифицировать это состояние: скажем, есть бактериальное воспаление, а есть небактериальное. Но за последние 5–7 лет мы стали совершенно иначе относиться к секрету предстательной железы – дело в том, что он никогда не бывает стерилен. В нем содержится масса микроорганизмов: мы изучали микробиоту культуральными методами и опубликовали свои данные. Данные международного проекта «Микробиом человека» тоже показали, что в секрете предстательной железы могут находиться 30–40 совершенно различных микроорганизмов, и в 90% случаев стандартным культуральным методом они не выявляются.

При этом простатит, конечно, вызывается микроорганизмами, которые есть в предстательной железе. Раньше велись разговоры о том, что инфекция могла занестись из миндалин, кишечника, уретры и так далее. Так вот, своих микробов везде хватает, им ■

не обязательно носиться по организму, чтобы попасть в предстательную железу. В ней все уже и так есть – огромное количество микроорганизмов. Поэтому, если есть воспалительные изменения в секрете, есть боли, характерные для воспаления простаты, и симптомы нарушенного мочеиспускания, — имеется хронический бактериальный простатит. А вот форма синдрома хронической тазовой боли (СХБТ), когда присутствует ряд микроорганизмов, характерных для простатита, но секрет простаты не содержит лейкоцитов и нет воспаления — это не простатит. В таких случаях синдром хронической тазовой боли может быть связан с мышцами, поражением нервной системы, ишемическими процессами в тазу. Нет воспаления — нет заболевания простаты. Однако рак простаты — безболевое заболевание, гиперплазия — безболевое заболевание.

Шадеркина В.А.: Какие, на Ваш взгляд, препараты обязательно должны входить в схему лечения простатита?

Проф. Коган М.И.: Если хроническое бактериальное воспаление ответственно за развитие симптомов, то с ним мы должны бороться антибактериальными подходами. Но антибиотикотерапия сложна, тяжела, не каждый врач хорошо владеет ею. К ней надо относиться очень ответственно: специальных антибиотиков, тропных простатической ткани, не существует, и все прекрасно знают об этом. Когда европейская или американская урологические ассоциации рекомендуют мне как практикующему врачу 4–6-недельное употребление антибиотиков, я понимаю, что это употребление разрушает микробиоту человека в целом, во всем его организме. Стремясь снизить количество лейкоцитов в секрете, снять боль, мы повреждаем всю микрофлору. Нарушается баланс аэробов с анаэробами, внутри аэробов начинают доминировать те, которые в спокойном состоянии должны и находиться спокойно. На мой взгляд, сегодня такими рекомендациями мы, стараясь помочь человеку, повреждаем микробиоту и вносим дисбаланс — развивается такое состояние, которое в России называется дисбактериозом, а во всем мире — дисбиозом.

Шадеркина В.А.: Как можно повысить эффективность терапии простатита?

Проф. Коган М.И.: Для этого придумываются различные пути. Например, физиотерапевтические методы трансректально – очень рациональный подход, другое дело, что его эффективность с позиций современной доказательной медицины не определена. Все исследования, которые вели наши учителя, были изумительными, но проводились по науке того времени. Сегодня таких исследований не проводится, к сожалению. Но я думаю, что повышение температуры предстательной железы, улучшая в ней кровоток,



микроциркуляцию, будет повышать эффективность антибиотикотерапии. Я думаю, что и массаж, также улучшая кровоток, в некоторых случаях должен помогать эффективности физиотерапии. В случае формы заболевания ППВ массаж не помогает никаким образом, но при форме ППА он полезен, потому что вызывает гиперемию, на фоне которой антибиотики увеличивают свои концентрации в предстательной железе.

Есть и лекарственные подходы. В последнее время мы проводили исследование с препаратом ИндигалПлюс, это сложный трехкомпонентный препарат. Он содержит травяной, фитотерапевтический компонент, экстракт вееролистной пальмы, а также химически чистые вещества. И если растительный компонент трудно проверить с точки зрения доказательной медицины — хотя в ряде случаев он, как показал опыт, работает, — то с химическими мы должны активно работать как исследователи. Туда входят дериваты индола, дериваты катехинов. Эти вещества обладают противовоспалительным действием. Они воздействуют на систему цитокинов в предстательной железе. Цитокины, провоспалительные и противовоспалительные, есть во всех органах и тканях нашего организма. Цитокиновые реакции приводят к активации циклооксигеназы-2, которая активирует систему простагландинов, непосредственно вызывающих боль в тканях. Химические вещества в составе ИндигалПлюс нарушают цитокиновые реакции, действуют на туморозный фактор некроза опухоли, который, в свою очередь, запускает реакцию цитокинового ряда. Таким образом, благодаря этим веществам уменьшается концентрация простагландинов и снижается боль. Здесь на самом деле присутствует эффект. Кроме того, сами эти вещества, индоловые и катехиновые, улучшают антибиотикочувствительность, борются с бактериальной резистентностью, это тоже доказано. Поэтому мы считаем, что разработка новых лекарственных средств для снижения воспалительной реакции в тканях, улучшения кровотока, конечно, должна вестись.

Шадеркина В.А.: Возвращаясь к вопросу о доказательной базе, какова она у ИндигалПлюс? Вы сказали, что проводили исследования на своей кафедре...

Проф. Коган М.И.: Проводили, и эти исследования были многоцентровыми в нашей стране, что несомненно повышает научную доказательность. Мы собирали материал больных с формами простатита II и ППА. Всего участвовало 150 пациентов. У одной группы терапия проводилась по стандартной схеме, описанной в рекомендациях Европейской ассоциации урологов, а у второй к стандартной схеме лечения добавлялся ИндигалПлюс. Во втором случае эффективность терапии, проводимой на протяжении трех месяцев, оказалась существенно выше. И, что очень важно, через три месяца по завершении этой терапии положительный эффект сохранялся. ■

Мы не продолжали наблюдать этих больных дальше, такая задача не стояла в этом исследовании, но такой эффект последствия — пожалуй, и есть то, ради чего необходимо продолжать изучать эти новые химические молекулы.

Качество жизни через 3 месяца после окончания лечения с применением ИндигалПлюс оставалось таким же, какое было достигнуто к моменту окончания лечения. А если мы можем ввести пациента в состояние длительной ремиссии, — то это то, к чему все должны стремиться. Известно, что, несмотря на лечение, многие мужчины имеют атаки простатита по нескольку раз в год. Есть пациенты, которые практически не выходят из атак простатита и страдают от этого — у них воспаление, и с ним врачу тяжело бороться. Если мы этот процесс на ранней стадии развития не побороли антибиотиками, то масса маленьких хронических абсцессов сохраняется и приводит к новым атакам.

Шадеркина В.А.: Увеличивается ли количество побочных явлений при таком комбинированном приеме лекарственных средств, как в Вашем исследовании?

Проф. Коган М.И.: Мы не увидели каких-то побочных эффектов, которые были бы свойственны группе, принимавшей ИндигалПлюс, в сравнении с теми пациентами, кто не принимал его. Антибиотики мы применяли месяц, как положено, а ИндигалПлюс по 2 капсулы 2 раза в день — три месяца. Мы не встретили существенных побочных эффектов, о которых пациенты бы нам заявили. Никто не говорил, что вынужден прекратить прием препарата из-за побочных явлений, — такого не было. Пациенты были удовлетворены качеством и переносимостью лечения.

Шадеркина В.А.: Михаил Иосифович, что бы Вы пожелали урологам, которые занимаются лечением мужчин с хроническим простатитом, ежедневно и ежедневно сталкиваются с такими пациентами на амбулаторном приеме?

Проф. Коган М.И.: Бывают типичные, классические случаи, когда диагноз простатита может быть квалифицированно поставлен на амбулаторном этапе. Тогда хорошо подготовленный врач, а такие у нас есть, может качественно пролечить пациента. Но если пациент имеет в течение года вторую-третью атаку заболевания, которое укладывается в картину простатита, то его надо обследовать более широко. Такой подход может приносить успех у больных с быстрыми и частыми рецидивами простатита.

Шадеркина В.А. Спасибо, Михаил Иосифович. Мы с вами еще не раз будем затрагивать разные «острые» темы. ■

Материал подготовила В.А. Шадеркина

Индигалплюс – простатит минус!



Индигалплюс № RU.77.99.00.003.00402.009.16 от 14.09.2016 г. ПУ 9997-004-7937.67.60-154 от 10.04.2015 г.
Реклама. Информация для специалистов здравоохранения

Индигалплюс в комплексной терапии хронического простатита способствует^{1,2}:

- Уменьшению боли и нарушений мочеиспускания
- Санации секрета простаты
- Сохранению сексуальной функции
- Улучшению качества жизни пациентов

1. Коган М.И., Кульчавеня Е.В., Каприн А.Д., Новиков А.И., Крупин В.Н. Эффективность препарата Индигалплюс у пациентов с хроническим простатитом. // Экспериментальная и клиническая урология. 2016. №3.

2. Неймарк А.И., Неймарк Б.А., Ноздрачев Н.А. Экспериментальная и клиническая урология. 2015. №4. с. 74-76.

www.indigal.ru

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

«Урологическая школа тулиевых технологий» отчет о научно-практическом семинаре с международным участием

В конференц-зале НТО «ИРЭ-Полюс» 1 марта 2018 г. состоялся научно-практический семинар с международным участием «Урологическая школа тулиевых технологий». Мероприятие собрало врачей-урологов из различных регионов РФ, т.к. касалось актуальной темы применения инновационного метода хирургических вмешательств в урологии. Модераторами стали заведующий онкологическим урологическим отделением в УКБ№2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н. Сорокин Николай Иванович и заместитель директора НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, профессор, д.м.н. Рапопорт Леонид Михайлович.



В самом начале научно-практического семинара было отмечено, что тулиевый лазер относится к приборам следующего поколения, не сравнимым с теми, что были ранее. В мире тулиевые лазеры применяются достаточно давно, и зарубежные врачи имеют большой опыт использования их в хирургической практике, однако в РФ данная технология вошла в при-

менение совсем недавно. Существуют разные фирмы-производители - как отечественные, так и зарубежные, и тулиевые лазеры работают на разных мощностях по выбору хирурга.

Первая часть мероприятия была посвящена операциям, проводившимся в фактическом режиме параллельно с проходившей в зале дискуссией по ходу операций; вторая – докладам спикеров. Первая операция была проведена профессором

Andreas Gross – главным урологом клиники Асклепиос Бармбек (Германия) – пациенту 70 лет с гиперплазией простаты II степени и кистами почек. Он предъявлял жалобы на затрудненное мочеиспускание и ночную поллакию до 2-3 раз. Было решено провести пациенту лазерную тулиевую энуклеацию гиперплазии простаты.



Вторая операция проводилась заведующим кафедрой урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ имени А.И. Бурназяна ФМБА РФ, заведующим отделением урологии «ММДи/1» в ГКБ №57 ДЗМ, профессором, заслуженным врачом РФ, д.м.н. Мартовым А.Г. Он оперировал пациентку 76 лет с опухолью лоханки и чашечки правой почки, раком мочевого пузыря на фоне длительно существующего хронического пиелонефрита. Было принято решение проводить тулиевую вапоризацию папиллярной опухоли верхних мочевых путей. Профессор отметил, что сначала он выбирает более низкие мощности (0,5 Дж) и уже потом, при необходимости, переходит на мощность 1 Дж.

Третью операцию проводил заместитель директора по научной работе НИИ уронефрологии ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, к.м.н. Еникеев Д.В. пациенту 60 лет с гиперплазией простаты с применением отечественного лазера. Рассуждая о возможных осложнениях после подобных операций, Еникеев Д.В. подчеркнул, что первостепенную роль в этом играет наличие или отсутствие достаточного опыта хирурга, а также – воспалительные процессы в анамнезе пациента и адекватность антибиотикотерапии после операции.

Все операции были проведены успешно, и по их окончании участники конференции обменялись мнениями по поводу увиденных способов применения тулиевых лазеров при различных урологических диагнозах. ■

Мария Зеленская,
Руководитель по связям с общественностью
Ассоциации медицинских журналистов

Гемоспермия: причины, диагностический поиск



А.Ю. Цуканов

Д.м.н., врач-уролог, профессор кафедры хирургических болезней и урологии Омской государственной медицинской академии Минздрава России

Тема гемоспермии не часто является причиной обсуждения на профессиональных встречах урологов, тем не менее, каждый уролог встречает пациентов с этим симптомом. С докладом о возможных причинах, а также способах диагностики и лечения гемоспермии выступил на московском заседании ДОК «АСПЕКТ» Антон Юрьевич Цуканов, врач-уролог, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней и урологии Омской государственной медицинской академии Минздрава России.

Проблема известна врачам с античных времен, первые ее описания принадлежат Гиппократу и Галену, более поздние – А. Паре и Дж. Б. Морганьи. В учебнике урологии под редакцией Н. А. Лопаткина, хорошо известном российским специалистам, отмечено, что гемоспермия (haemospermia) – появление крови в эякуляте – может быть как истинной, так и ложной. При истинной (haemospermia vera) кровь равномерно окрашивает сперму в ржавый, темно-красный цвет и источниками являются яичко или простата. При ложной гемоспермии (haemospermia spuria) кровь примешана к сперме в виде отдельных нитчатых сгустков, а источником является уретра.

Статистические данные

Статистически гематоспермия занимает порядка 1% среди всех урологических симптомов. Она может проявляться одним случаем или множественными эпизодами. Пациенты, однако, обычно обращаются к врачу уже после первого, из-за опасения малигнизации или венерических заболеваний (Dean E.). Проблема встречается у мужчин всех возрастов, средний — 37 лет (Ng Y. H et al., 2013), длится присутствие гемоспермии, как правило, 1–24 месяца (Mulhall J. P., Albertsen P. C., 1995; Amano T. et al., 1994). При скрининге 26126 человек старше 50 лет на

предмет рака предстательной железы гемоспермия была обнаружена в 0,5% случаев (Han M. et al., 2004). По результатам другого исследования, вероятность любой злокачественности на фоне гемоспермии составляет около 3,5% (Ahmad I., Krishna N. S., 2007). Стоит, однако, учитывать, что точный процент случаев гемоспермии неизвестен, поскольку зачастую в процессе коитуса при незащищенном половом акте осмотр эякулята невозможен.

Причины гемоспермии

Предпринятый более 10 лет назад систематический обзор (Kumar P., Kapoor S., Nargund V., 2006) выявил ряд распространенных причин гемоспермии. Так, выделена категория врожденных причин, к которым относятся кисты семенных пузырьков и эякуляторного тракта. Воспалительные причины включают в себя уретрит, простатит, эпидидимит, везикулит, кондиломы уретры, туберкулез, шистосомоз и вирусные поражения. Также причина может крыться в обструкции — сюда относятся поствоспалительные изменения, конкременты, дивертикулы и кисты семенных пузырьков, а также стриктуры уретры. Нужно рассматривать и ряд возможных случаев злокачественных заболеваний: новообразования простаты, мочевого пузыря, семенных пузырьков и органов мошонки. Сосудистые факторы представлены варикозом, гемангиомами и сексуальными эксцессами. Травматические — прямая травма, а также следствия малоинвазивного лечения геморроя и ятрогения (например, после биопсии предстательной железы). Наконец, могут присутствовать и системные факторы: гипертензия, патология гемостаза и прием некоторых медикаментов.

При этом у мужчин до 40 лет на первом месте распространенность воспалительных факторов составляет 15%, камни и кальцинаты становятся причиной гемоспермии в 1,4%, случаев, злокачественность (прежде всего, рак яичка) — также в 1,4%. В возрастной группе старше 40 лет картина, однако, меняется. Воспалительные факторы ведут к появлению симптома уже в 10,3% случаев, камни и кальцинаты — в 2,2%, а злокачественные новообразования (главным образом, рак простаты и уретральная карцинома) — уже в 6,2%.

А. Ю. Цуканов представил также таблицу процентного соотношения вклада эякуляторных структур в формирование семенной жидкости. К примеру, яички и придатки вносят по 1–3%, Купферовы железы — 5–10%, парауретральные железы — 0,5–1%, простата — 20–25%, а семенные пузырьки — 60–80%. ■

Соответственно, процент вероятности поражений соответствующих органов при гемоспермии будет таким же.

Как подчеркнул А. Ю. Цуканов, говоря о таком пугающем для пациентов симптоме, как гемоспермия, необходимо назвать и ряд возможных редких причин. К примеру, одно из доступных на сегодня исследований (Amasanti M. et al.) рассматривает гемоспермию как проявление тяжелой гипертензии в молодости. Авторами описан случай гемоспермии у пациента 28 лет, ассоциированной с тяжелой гипертензией, после коррекции которой рамиприлом гемоспермия исчезала. У мужчины наблюдалось 4 эпизода гемоспермии за 10 дней, отклонений в обследованных органах и системах не выявлено, присутствовал единственный симптом — высокое кровяное давление (228/135) неясной этиологии.

Другой редкий случай — гемоспермия как следствие синдрома Циннера. В работе 2016 года (Canales-Casco N. et al.) описан клинический случай пациента 17 лет с жалобой на гемоспермию после начала половой жизни. Результаты микробиологического обследования у юноши оказались отрицательными, уровень ПСА — 0,5 нг/мл, УЗИ выявило наличие кисты в левом каудальном отделе мочевого пузыря и отсутствие левой почки, МРТ показала гигантскую кисту левого семенного пузырька с левосторонней почечной аплазией. В результате у пациента был диагностирован синдром Циннера. Эта патология, описанная в 1914 году, характеризуется односторонним кистозным расширением семенного пузырька, односторонней аплазией почки и обструкцией семявыбрасывающего протока. Чаще обнаруживается у мужчин в возрасте 30–50 лет. Как правило, протекает бессимптомно, но может проявляться в виде легкой боли в промежности, дизурии или бесплодия. Синдром развивается в результате патологии протока первичной почки (мезонефроза).

Диагностика и поиск причины

В процессе диагностики у пациента с жалобой на гемоспермию необходимо обратить внимание на сопутствующие симптомы: наличие боли, общие онкологические симптомы и симптомы нижних мочевых путей. Также важно оценить вероятность наличия ИППП, рассмотреть эпидемиологический и сексуальный анамнез, обратить внимание на артериальное давление и состояние свертывающей системы крови (Leocadio D. E., Steia B. S., 2009).

При сборе анамнеза рекомендуется обратить внимание на сроки, частоту и

продолжительность гемоспермии и цвет спермы: ярко-красный со сгустками или без них (свежее кровотечение) или коричневый (старая кровь). Также учитываются симптомы, указывающие на инфекцию: дизурия, частота или острота мочеиспускания, видимая гематурия, боли в области живота, мошонки, таза и промежности.

Помимо этого, следует рассмотреть такие факторы, как недавние урологические исследования или вмешательства; история длительного или чрезмерного кровотечения или легкого кровоподтека от незначительных травм или хирургических вмешательств; кровотечения нарушения свертываемости; поездки в регионы, где эндемичны туберкулез и шистосомоз; семейный анамнез: рак простаты, особенно в первой степени родства и у родственников, диагностированных до 60 лет, а также коагулопатии.

При физикальном обследовании рекомендуется осмотреть наружные половые органы, пропальпировать мошонку на наличие припухлости, эластичности, бугристости яичек и придатков, а также провести пальцевое ректальное исследование, чтобы оценить простату на увеличение, эластичность, подвижность и наличие узелков. Рекомендуется также искать признаки легкого кровоподтека или кровотечения, таких, как крупные синяки (более 5 см в диаметре) при отсутствии травм и петехии. Важно исследовать брюшную полость на наличие гепатоспленомегалии, которая может указывать на основные гематологические, печеночные или инфекционные заболевания. Также следует измерить артериальное давление для выявления гипертонии.

Далее докладчик привел результаты японского исследования (Furuu S. et al.), проведенного при участии 189 мужчин с гемоспермией. Из них у двоих был диагностирован рак предстательной железы, у одного — рак мочевого пузыря, у троих — хронический бактериальный простатит, у двоих — уретроцистит и еще у двоих — дистальная уретральная гемангиома.

Из оставшихся пациентов у 168 (88,9%) гемоспермия разрешилась спонтанно. Средняя продолжительность заболевания составила 1,5 месяца (1–42 месяца). При этом из тех 21 (11,1%), у кого этого не произошло, у 15 гемоспермия сохранялась во время наблюдения. Средняя продолжительность заболевания тут составила 22 месяца (3–48 месяцев). У 6 человек причина симптома так и осталась невыясненной, из них двое умерли, а четверо отказались от наблюдения. Средний период наблюдения составил 52 месяца (2–167 месяцев). ■



Важно понимать, что персистирующая и рецидивирующая гемоспермия предопределяет урологическое исследование, поскольку существует доказанная связь с раком предстательной железы. Так, по данным одного из доступных исследований, на 900 эпизодов заболевания РПЖ обнаруживается в 3,5% случаев (Ahmad I, Krishna NS, 2007). При этом другая работа указывает на 5,7% по результатам обзора ответов о 300 случаях (Leary F.J., Aguilo J.J., 1974).

Из числа доступных методов исследования ТРУЗИ позволяет получить четкую визуализацию простаты, семенных пузырьков и прилежащих структур. Множество исследований доказали преимущество этого метода в правильной постановке диагноза (выявление конкрементов, кальцинатов, кист, остатков Мюллерова протока, варикозно расширенных вен простаты и воспалительных изменений).

Что касается МРТ, ей было посвящено одно из британских исследований (Luke A. et al). В нем производился анализ данных пациентов, посещавших амбулаторный отдел клиники в течение двух лет. Авторы сравнивали частоту биопсии предстательной железы и частоту выявления рака у пациентов, перенесших и не перенесших МРТ в связи с гемоспермией.

Всего рассматривалось 47 пациентов, у которых также были выполнены

Межрегиональная общественная организация

www.forumurology.ru



Интернет форум урологов



ТРУЗИ и анализ уровня ПСА. Из них 19 МРТ не проводилась, в этой группе у четырех мужчин выполнена биопсия простаты, выявлена одна аденокарцинома. У 24 проводилась МРТ, в этой группе 17 биопсий и 3 выявленных аденокарциномы. Таким образом, в группе с МРТ 71% пациентов подверглись биопсии, а в группе без МРТ — 21%. Частота выявления РПЖ в группе с МРТ составила 18%, а без нее — 25%. В результате авторы пришли к выводу о необходимости осторожного назначения МРТ, которое расширяет показания к биопсии без увеличения частоты выявления рака простаты.

Алгоритм обследования пациентов с гемоспермией

Стандартный алгоритм обследования пациентов с гемоспермией начинается со сбора анамнеза и физикального обследования, включая измерение артериального давления. За этим следуют анализ крови и коагулограмма; уроданализ, включающий бакпосев и микроскопию; а также бакпосев и микроскопия эякулята. В дальнейшем следует исходить из ситуации. Пациенты старше сорока лет с единичным эпизодом и в любом возрасте с повторяющимися эпизодами направляются на дополнительные урологические исследования (ТРУЗИ, анализ уровня ПСА, биопсия). При единичном случае гемоспермии у мужчин моложе 40 лет могут рассматриваться системные причины и вторичные патологии, а также инфекции, при которых назначается антибактериальная терапия по показаниям. Также возможна идиопатическая гемоспермия, при которой пациента нужно успокоить и рекомендовать ему вернуться в случае рецидива.

Как подчеркнул Антон Юрьевич, необходимо объяснить больному, что гемоспермия не всегда бывает связана с конкретной болезнью. Более того, вероятность ее спонтанного разрешения через 1 месяц составляет 57,7%, через 3 месяца – 34,2%, через 6 месяцев – 23,3%, а через 12 месяцев – 12,5%. Срок излечения может быть и дольше при расширении семенных пузырьков, наличии срединной кисты простаты или обструкции семенного бугорка.

В порядке терапии кисты предстательной железы или семенных пузырьков аспирируют под ТРУЗИ-контролем. При повторных эпизодах гемоспермии проводится фиброуретроцистоскопия (расширенные вены простаты и аномалии уретры). Метод лечения обструкции семявыносящего тракта в области семенного бугорка — эндоскопическое открытие места стеноза. ■

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.»

Оценка эффективности и безопасности применения комбинированного препарата «Альфа» в условиях рутинной клинической практики у мужчин с симптомами гипогонадизма: 3-месячное наблюдательное исследование. Ефремов Е.А., Коршунов М.Н. Золотухин О.В., Мадькин Ю.Ю., Красняк С.С.

SHPhARMA
source of healing

Транспозиция уретры: особенности и отдаленные результаты



М. Ю. Гвоздев
Д.м.н., профессор кафедры урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова

Кафедра урологии МГМСУ, которую возглавляет профессор Дмитрий Юрьевич Пушкарь, — одна из самых известных кафедр в России, одним из основных направлений которой является урогинекология. Сотрудники кафедры

давно признаны самыми опытными специалистами в этой области.

О скрытых моментах, связанных с популярным сегодня хирургическим методом — транспозицией дистального отдела мочеиспускательного канала у женщин — в программе «Час с ведущим урологом» рассказал Михаил Юрьевич Гвоздев, доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова. Тема эта дискуссионная, в том числе из-за того, что врачи зачастую не знают, когда следует прибегать к методике, а когда — воздержаться от ее применения.

Статистика ИМП и история вопроса

По данным актуальных на сегодня исследований, в США происходит 7 млн случаев инфекций мочевых путей (ИМП) у женщин в год, из них 2 млн приходится на острый цистит. Затраты на внебольничное лечение при этом превышают \$1,6 млрд ежегодно (Forman B., 2002). В России же ежегодно имеют место 26–37 млн эпизодов острого цистита и 0,9–1,3 млн случаев острого пиелонефрита. Частота рецидивов после первого эпизода цистита составляет при этом порядка 50%. Всего рецидивирующим циститом страдают около 10% женщин (Лоран О. Б., 1999).

По словам Михаила Юрьевича, тема ИМП — слабое место любого специалиста. Отдельное место в этой большой группе занимает цистит, ассоциированный с половым актом: цистит «медового месяца», дефлорационный, или посткоиталь-



ный. Причиной его развития зачастую является смещение женской уретры в просвет влагалища при введении полового члена. Несмотря на крайнюю распространенность проблемы, сейчас существует всего 8 современных научных публикаций, посвященных ее рассмотрению. Стандартной схемой лечения посткоитального цистита во всем мире является назначение антибактериальных или уроантисептических препаратов после полового акта. Как подчеркнул профессор, это вполне оправданный с точки зрения принципов доказательной медицины метод. Почему же тогда речь заходит о транспозиции уретры?

Пик интереса к этой теме пришелся на 60–70-е годы, когда американскими авторами (Hirschhorn R. C; Barr S. J.; Reed J. F. и др.) были описаны уретро-гименальные спайки и предложена концепция возникновения посткоитального цистита вследствие анатомического строения половых органов. В дальнейшем проводились различные изыскания и предлагались разные методики лечения - для удаления спаек, в частности, предлагались простые операции по типу гименоластики. Затем, с наступлением эры антибактериальной терапии и появлением новых препаратов эта тема перестала обсуждаться.

Далее Михаил Юрьевич рассказал о том, как ему самому при поступлении в аспирантуру было предложено обратиться к этой проблеме. В составе коллектива под руководством акад. О. Б. Лорана он занимался разработкой нескольких модифицированных оперативных методик. Впоследствии метод транспозиции наружного отверстия уретры у женщин был запатентован – при операции производится выделение дистального отдела мочеиспускательного канала и перемещение его в созданное ложе под клитором с последующей фиксацией. При необходимости производится также иссечение уретрогименальных спаек.

Суть методики транспозиции уретры

Как подчеркнул профессор Гвоздев, суть любой методики транспозиции дистального отдела мочеиспускательного канала заключается в том, чтобы вывести наружное отверстие из зоны агрессивного воздействия, фактически — из зоны вхождения полового члена. Обычно при такой операции используются узловые швы, чтобы избежать дальнейшего возникновения рубцовых изменений. Операция, по словам Михаила Юрьевича, является несложной, но требует скрупулезного подхода. Восстановительный период в стационаре занимает не менее ■

трех суток, при этом пациентке устанавливается уретральный катетер и проводится необходимая симптоматическая терапия, как правило, введение обезболивающих препаратов.

Профессор также привел результаты наблюдений 137 пациенток, прооперированных в 2008–2011 гг. Средний возраст женщин составил 28,4 года, длительность жалоб — 4,6 года. В числе жалоб преобладали различные проявления дизурии, связанные с половым актом, возникающие через 8 и более часов после него. Также встречались проявления женской сексуальной дисфункции, такие как боль и сухость слизистых покровов влагалища в ходе полового акта. Что касается общей удовлетворенности результатами вмешательства, 76% наблюдаемых пациенток оценили результаты положительно, 7% — негативно, а 17% заявили об отсутствии изменений. По словам Михаила Юрьевича, эти цифры — повод задуматься о правильности поставленных в ряде случаев диагнозов.

Со временем эволюционирует не столько сам метод транспозиции уретры, сколько отношение к методу. Методика, применяемая так или иначе, хорошо работает только при правильном выборе пациентки. Такая операция не может быть поставлена на поток.

Отдаленные результаты лечения. Вопросы ятрогении

Другое исследование, также рассматривавшее отдаленные результаты лечения, включало три группы больных. Пациентки в первой группе перенесли хирургическое лечение, женщинам во второй рекомендовалась посткоитальная профилактика, а к третьей группе применялся стандартный алгоритм лечения мочевого инфекций. Эффективность оперативного лечения составила 74%, для посткоитальной профилактики этот показатель оказался равен 25%, а для классического метода лечения мочевого инфекций — 58%. Улучшение результатов при неполном излечении отметили 15% пациенток в первой группе, 25% во второй и 11% в третьей. Неэффективность лечения отмечена у 11% пациенток в первой группе, 38% во второй и 9% в третьей.



Как подчеркнул профессор Гвоздев, в его клинику неоднократно обращались пациентки после операций по транспозиции уретры, выполненных в различных медицинских учреждениях. Речь в ряде случаев шла о тяжелых деструкциях мочеиспускательного канала, которые потребовали многоэтапного реконструктивного вмешательства. Более того, по словам Михаила Гвоздева, у многих пациенток просто не было показаний к выполнению такой операции изначально, стало быть, можно предположить, что они были прооперированы из коммерческих соображений, что, разумеется, недопустимо.

Также профессор коснулся вопроса ятрогенной дистопии. На прием обращались пациентки с жалобами на дизурию после полового акта, развившуюся, как удавалось выяснить, вследствие различных пластических вмешательств. Например, в ряде случаев формируется так называемая «высокая промежность», когда вход во влагалище находится под таким углом, что основное давление полового члена приходится на наружное отверстие мочеиспускательного канала. Часто проблемы подобного характера развиваются после родов.

Клинический пример №1

Как подчеркнул Михаил Юрьевич, и он сам, и его коллеги по кафедре считают, что со временем эволюционирует не столько сам метод транспозиции уретры, сколько отношение к методу. Он добавил, что методика, примененная так или иначе, хорошо работает только при правильном выборе пациентки. Такая операция, по его словам, не может быть поставлена на поток.

В качестве иллюстрации профессор привел клинический пример.

Пациентка 27 лет обратилась с жалобами на жжение и тупые, ноющие боли в промежности, усиливающиеся при эмоциональных переживаниях, во время менструации, ОРВИ, при мочеиспускании; частые позывы к мочеиспусканию, а также плохой сон и тревожность. Больной себя женщина считала с 2005 года, когда впервые после полового акта появились боли над лоном и в промежности. С 2008 года наблюдалась урологом. Проводились курсы антибактериальной терапии со временным положительным эффектом. В 2016 году гинекологом была высказана мысль о возможном наличии влагалищной дистопии. В этом же ■

году выполнена транспозиция дистального отдела уретры. Улучшения не последовало.

В 2017 году женщина была госпитализирована в неврологическое отделение. Диагноз — хронический миофасциальный болевой синдром пельвиоабдоминальной области, стихающее обострение. Астено-депрессивный синдром. Умеренный остеохондроз, спондилоартроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с нарушением статики. Назначенное лечение — амитриптилин, сонапакс, реланиум, глицин и физиотерапия. Михаил Юрьевич отметил, что сам бы не стал расценивать эту пациентку как хорошего кандидата для транспозиции дистального отдела уретры — в том числе, из-за не до конца проясненной этиологии проблемы, недоказанной связи с половым актом и обилия разнородных жалоб.

Клинический случай №2



Другой, более успешный клинический пример — пациентка 23 лет с жалобами на боль и жжение при мочеиспускании, возникающие спустя 12–36 часов после полового акта. Больной себя считала с начала половой жизни. Обращалась к урологу по месту жительства. Проводились курсы антибактериальной терапии со временным положительным эффектом до

следующего полового акта. В посевах мочи роста микрофлоры не выявлено. От предложенной посткоитальной профилактики пациентка решила воздержаться, настаивая на оперативном лечении. Ей была выполнена транспозиция дистального отдела уретры, а спустя 6 недель после операции и возобновления половой жизни женщина сообщила об исчезновении жалоб.

Клинический случай №3

Еще один пример — женщина 28 лет, обратившаяся с жалобами на боль и жжение при мочеиспускании, возникающие через 12–36 часов после полового акта,

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!

переохлаждения или употребления «агрессивной» пищи. Больной себя считала с детства. Госпитализировалась в больницу с диагнозом «острый пиелонефрит». С начала половой жизни стала отмечать возникновение симптомов цистита после полового акта. Неоднократно проводились курсы антибактериальной терапии со временным положительным эффектом. В посевах мочи отмечалось наличие *E. coli* в 108 КОЕ/мл. Женщине была выполнена транспозиция дистального отдела уретры, однако спустя 6 недель после операции и возобновления половой жизни она отметила отсутствие улучшений. Михаил Юрьевич предположил, что симптомы у этой пациентки не прекратятся до выявления и устранения факторов, провоцирующих рецидивирование инфекции.

Клинический случай №4

Последний пример — пациентка 32 лет с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, возникающее спустя 12–24 часа после полового акта, а также диспареунию. Больной себя считала после вторых родов, сопровождавшихся разрывами влагалища и эпизиотомией. Выполнялось ушивание промежности и задней стенки влагалища. После возобновления половой жизни стала отмечать у себя названные выше симптомы и обратилась к урологу по месту жительства. Проводились курсы антибактериальной терапии со временным положительным эффектом (до следующего полового акта). В посевах мочи роста микрофлоры не выявлено. Пациентке выполнены рассечение задней спайки и пластика входа во влагалище. Спустя 6 недель после операции и возобновления половой жизни она отметила исчезновение симптомов.

В заключение Михаил Юрьевич подчеркнул, что в каждом случае, когда рассматривается возможность выполнения транспозиции уретры, к пациентке должен применяться персонализированный подход. Оперативная коррекция наружного отверстия мочеиспускательного канала возможна, но при этом операция должна выполняться специалистом, прошедшим обучение данной методике, а лечение — проводиться в специализированных центрах. Кроме того, возможно рассмотрение вопроса об аккредитации врачей на право применения этой методики. ■



Секреты природы и научные знания

позволяют нам добиваться
поистине выдающихся результатов,
помогая каждому человеку
получить его собственный

ИСТОЧНИК ИСЦЕЛЕНИЯ



«Подводные камни» терапии тестостероном



Степан Сергеевич Красняк
сотрудник отдела андрологии и репродукции человека НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина Минздрава России

В очередном выпуске программы «Час с ведущим урологом» Степан Сергеевич Красняк, сотрудник отдела андрологии и репродукции человека НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина

Минздрава России, рассказал о проблемах, связанных с назначением гормональной заместительной терапии препаратами тестостерона у мужчин.

Как отметил Степан Сергеевич в начале своего выступления, тема терапии тестостероном крайне неоднозначна и вызывает множество вопросов как у врачей, так и у пациентов. Распространенность применения терапии тестостероном сегодня растет высокими темпами, но о негативных сторонах такого лечения, по словам гостя программы, часто забывают.

С.С. Красняк напомнил об основных областях влияния тестостерона на мужской организм. В частности, этот гормон провоцирует рост волос на теле, участвует в синтезе сывороточных белков в печени, вызывает увеличение полового члена и запускает сперматогенез, влияет на мышление и настроение, способствует увеличению силы и мышечной массы, со стороны почек участвует в синтезе эритропоэтина, а также поддерживает рост костей в длину и увеличение их плотности. Соответственно, чем меньше в организме тестостерона — тем менее выражены мужские половые признаки. К счастью, по словам Степана Сергеевича, обычно снижение количества этого гормона обратимо.

Граница нормы и патологии

Не секрет, что с возрастом уровень тестостерона, как правило, снижается. Однако является этот процесс нормой или патологией, и где граница, которая позволяет различить эти два состояния? Чаще всего проблемы с тестостероном



возникают у мужчин в возрасте старше 45–50 лет. Существует ряд критериев для выявления возрастного гипогонадизма. Среди них снижение сывороточного тестостерона (общий <11 нмоль/л, свободный <220 пмоль/л), эректильная дисфункция, снижение либидо и частоты утренних эрекций (данные EMAS). Доктор подчеркнул, что препараты тестостерона назначаются для лечения не сексуальной дисфункции или ожирения, а гипогонадизма как такового. Порог уровня тестостерона для назначения гормонозаместительной терапии — 9,7–10,4 и 6,9 нмоль/л.

Степан Сергеевич отметил важность персонализированного подхода к пациенту: бывают люди с высокой чувствительностью рецепторов, у которых даже низкий уровень тестостерона не вызывает отчетливых клинических проявлений. Соответственно, возникает вопрос о том, нужна ли гормональная терапия таким пациентам. Актуальные на сегодня клинические рекомендации говорят о том, что, как правило, не нужна. На практике, по словам лектора, нужно исходить из сочетания клинической симптоматики, вероятно, связанной с низким уровнем тестостерона, и его лабораторного подтверждения. При этом важно избегать бесконтрольного и избыточного назначения/приема тестостерона.

В целом достаточно часто встречаются случаи несовпадения симптомов (20–40% от общей популяции) и низкого уровня циркулирующего тестостерона (у 20% мужчин > 70 лет). Согласно этим критериям, лишь 2% в возрасте от 40 до 80 лет имеют возрастной гипогонадизм и реально нуждаются в терапии препаратами тестостерона.

Заместительная гормональная терапия – миллиарды долларов

Сегодня заместительная терапия тестостероном широко используется во всем мире для лечения гипогонадизма и связанных с ним изолированных симптомов. Тревожным аспектом этой тенденции является, однако, то, что она сформировалась без каких-либо серьезных научных доказательств, качающихся преимуществ и рисков данного вида терапии.

Сегодня главным образом примеряются инъекционные и гелевые препараты тестостерона. На территории США объем продаж препаратов тестостерона в период между 2005 и 2010 гг. вырос в два раза и продолжает расти. Аналогичные тенденции прослеживаются во всем мире. С 2000 по 2011 год общие продажи тестостерона в мире выросли в 12 раз до \$1,8 млрд. По прогнозам, в 2018 году объем продаж препаратов тестостерона только в США составит \$3,8 млрд. Поневоле, ■

как заметил Степан Сергеевич, возникает вопрос: неужели мужчины стали в последнее время настолько чаще страдать гипогонадизмом? Не исключено, что имеет место крупных масштабов избыточное лечение.

Также доктор рассказал о наличии разрозненных, но многочисленных данных, отмечающих тенденцию к увеличению количества пациентов, страдающих ожирением, связанным с приемом тестостерона.

Заместительная терапия, подчеркнул Степан Сергеевич, должна предлагаться пациенту только после беседы о том, что в долгосрочной перспективе полезные и неблагоприятные последствия этого лечения для него неизвестны. Так, в 2017 на конгрессе Американской урологической ассоциации прошел так называемый урологический «суд», где при участии практикующих юристов разбирался случай назначения препаратов тестостерона пациенту с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний, что привело в итоге к его смерти. Интересно, что практически никакие соматические заболевания не являются противопоказаниями к назначению гормональной терапии. Однако, подчеркнул доктор, это не значит, что нужно назначать ее всем, включая самых тяжелых пациентов. Больные с высоким риском сопутствующих заболеваний должны обязательно проходить профильные исследования.

Обращает на себя внимание и тот факт, что во многие из доступных на сегодня исследований по теме были включены мужчины без симптомов гипогонадизма, в то время как для оценки использовались различные пороговые значения тестостерона, препараты, а также режимы дозирования. Таким образом, очень тяжело свести воедино данные, которые позволили бы объективно оценить безопасность терапии препаратами тестостерона.

О подводных камнях

По крайней мере, существуют абсолютные противопоказания для назначения ЗГТ. Это рак предстательной и молочной железы, а также опухоли печени. В число относительных противопоказаний входят уровень простатспецифического антигена (ПСА) >4 нг/мл (или 3 нг/мл у мужчин с высоким риском развития рака предстательной железы); гематокрит $>50\%$; выраженные симптомы нижних мочевых путей, вызванные доброкачественной гиперплазией предстательной железы (выше 19 баллов по шкале IPSS); а также плохо контролируемый застой сердечной недостаточности и апноэ сна.



Существует ряд подтверждений того, что препараты тестостерона *увеличивают объем предстательной железы* в итоге вызывая умеренное увеличение уровня ПСА у пожилых мужчин. В 2005 году Геронтологический журнал опубликовал отчет, согласно которому общее количество неблагоприятных событий, связанных с предстательной железой (биопсии простаты, рак, уровень ПСА в сыворотке крови выше 4 нг/мл, увеличение баллов по шкале IPSS), оказалось существенно выше в группе пациентов, получающих тестостерон, чем у тех, кто получал плацебо (отношение шансов 1,90; 95% ДИ 1,11–3,24; $p < 0,05$). Также есть данные, показывающие результаты применения препаратов тестостерона у пациентов с местно-распространенным и метастатическим раком предстательной железы (РПЖ). Согласно этим данным, у пациентов с агрессивной и неагрессивной формой заболевания достоверно отличались уровни общего тестостерона и глобулина, связывающего половые гормоны: у больных с агрессивной формой РПЖ уровень тестостерона был значительно выше. Неясно, можно ли тут говорить о причинно-следственной связи, но факт корреляции выявлен.

Другой существенный фактор — *гепатотоксичность*. Именно из-за нее в большинстве стран сегодня запрещены пероральные формы выпуска препаратов тестостерона. С их приемом были ассоциированы развитие печеночной недостаточности, доброкачественные и злокачественные новообразования печени, внутрипеченочный холестаз, печеночная пурпура, гепатоцеллюлярная аденома и карцинома.

Отмечен, помимо этого, такой фактор, как *полицилемия*. Весьма частым осложнением приема препаратов тестостерона является эритроцитоз (гематокрит больше 50%). Два мета-анализа, выполненных в последние годы, показали значительные негативные в этом отношении эффекты терапии тестостероном по сравнению с плацебо. Существует корреляция между высоким уровнем тестостерона и высоким уровнем гемоглобина. Эритроцитоз чаще дозозависим и развивается у пожилых мужчин при терапии инъекционными формами тестостерона. Особенно высок риск таких осложнений при наличии иных хронических заболеваний, например, хронической обструктивной болезни легких. Следовательно, при назначении приема препаратов тестостерона должны проводиться контрольные анализы крови.

Что касается влияния препаратов тестостерона на сердечно-сосудистую систему, этот вопрос остается спорным. В связи с неуклонным ростом показателей ■

сердечно-сосудистой смертности он встает особенно остро. Существуют, в частности, данные о том, что **прием тестостерона коррелирует с прогрессирующим сердечной недостаточности**, но причинно-следственная связь остается предметом дискуссий. Применение тестостерона при ишемической болезни сердца, как считается, оказывает стимулирующий атерогенный эффект из-за его негативного воздействия на липидный профиль. Однако доказано, что нормальные физиологические уровни тестостерона полезны для мужского сердца, а низкие уровни связаны с неблагоприятным риском исходов ишемической болезни. Но, как подчеркнул С.С.Красняк, невозможно гарантировать, что у конкретного пациента будет достигнут именно физиологический уровень тестостерона без серьезных колебаний.

В 2006 году New England Journal of Medicine опубликовал исследование с участие 106 пожилых мужчин в среднем возрасте 74 года с низким уровнем общего тестостерона, ограничениями мобильности, высокой распространенностью артериальной гипертензии, ожирения, сахарного диабета, существовавшими ранее болезнями сердца и гиперлипидемией. В течение 6 месяцев пациенты проходили терапию тестостероном в суточных дозах от 5 до 15 г. Также была выделена группа плацебо. Частота сердечно-сосудистых событий была достоверно выше у пациентов, принимавших препараты тестостерона (23% против 5%). Таким образом, подытожил Степан Сергеевич, нельзя утверждать о безопасности такой терапии, в особенности, длительной, у пациентов с имеющимися заболеваниями.

Тестостерон и фертильность

Еще один серьезный вопрос — влияние препаратов тестостерона на мужскую фертильность. Существуют данные об уменьшении яичек пациентов в объеме и снижении количества сперматозоидов вплоть до полного их отсутствия (азооспермия) на фоне приема препаратов тестостерона. При этом количество сперматозоидов чаще всего возвращается к исходному уровню в течение 6 месяцев после прекращения терапии, однако это происходит не всегда. Особенно это важно для молодых мужчин, некоторые из которых принимают гормональные препараты, чтобы добиться быстрого улучшения внешних физических и спортивных показателей. Сегодня существуют даже **разработки применения препаратов тестостерона как средства мужской контрацепции**.



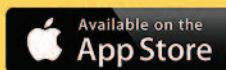
Что такое сервис медицинских услуг



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

Другие факторы

Немаловажным фактором являются также **изменения психики**: психотические симптомы, чрезмерное либидо и агрессия, в дополнение к физической и психологической зависимости с синдромом отмены достаточно редко, но все же отмечаются лечащими врачами у пациентов, принимающих тестостерон. В этом смысле, как отметил доктор, у гормона, как и у многих вещей в мире, есть темные и светлые стороны. Прием тестостерона может повышать уровень предприимчивости и отваги у пациента, но также может вести к агрессии и подозрительности. Тут многое зависит от врожденных качеств самого мужчины.

Известный побочный эффект препаратов тестостерона — **гинекомастия**. Она связана с ароматизацией тестостерона в эстрадиол в периферической жировой и мышечной ткани. При этом отношение эстрадиола к тестостерону, как правило, остается нормальным.

Помимо этого, тестостерон-заместительная терапия связана с **обострением апноэ** во время сна. Его тяжелые формы являются относительным противопоказанием для назначения терапии. В случае возникновения или обострения обструктивного апноэ требуется уменьшение дозировки препарата или прекращение терапии.

Как и любые анаболические стероиды, препараты тестостерона могут вызывать задержку азота, натрия и воды — минералокортикоидный эффект. **Отеки** в таких случаях способны ухудшить состояние пациентов с заболеваниями сердца, печени и почек.

С применением инъекционных форм тестостерона связан **феномен гиперандрогении у половых партнеров** пациентов. Трансдермальные формы препаратов могут связываться с целым рядом **кожных реакций**, главным образом, эритемой и зудом, которые также распространены при применении пластырей. Внутримышечные инъекции тестостерона, в свою очередь, могут вызвать локальную болезненность и гематомы.

Немедикаментозные способы повышения тестостерона

Помимо заместительной гормональной терапии, сохранению и повышению уровня тестостерона в любом возрасте способствуют физические упражнения, правильное питание и регулярное посещение врача-уролога. Также большую роль играет контроль над уровнем стресса. Многим пациентам помогает, к примеру, сокращение рабочих часов. При наличии больших объемов сверхурочной работы следует сократить рабочий день до 10 часов. Полезно проводить хотя бы 2 часа в день за любимым и не связанным с работой делом: например, читать или слушать музыку.



Относительно физической активности существует недавнее японское исследование (Kumagawa et al., 2015), показавшее, что через 12 недель на фоне высокой физической нагрузки происходит достоверное повышение уровня тестостерона без назначения гормональной заместительной терапии. Другое исследование с участием 83 мужчин (Trumble, Benjamin C. et al.) показало, что один час рубки дров способствует повышению уровня тестостерона на 48% ($P < 0,001$). Еще одна работа реализована с участием 30 молодых мужчин в возрасте 18–27 лет (Devi S. et al., 2014). Они занимались на велотренажере 15 минут в день с пульсом 125–150 ударов в минуту. Через 12 недель таких занятий наблюдалось повышение уровня тестостерона до 20%.

Также есть данные о том, что уровень тестостерона хорошо коррелирует с окружностью талии. Таким образом, избавление от избыточной жировой массы в любом случае будет приводить к корректировке уровня этого гормона. Именно похудание может рассматриваться как терапевтическая мера первого ряда у пациентов с гипогонадизмом, обусловленным ожирением. Есть вероятность, что при успешном снижении веса назначение гормональной заместительной терапии в дальнейшем не потребуется мужчине.

В XXI веке на первый план в числе задач медицины выходят продление жизни и поддержание ее качества. Соответственно, пациентам следует давать ряд простых рекомендаций, которые помогут снизить риск развития метаболического синдрома ■



и появления проблем с уровнем тестостерона. Прежде всего, мужчине следует изменить свой рацион и отказаться от чрезмерного употребления алкоголя, причем подойти к этому систематически, а не как ко временной мере. Однако, подчеркнул доктор, пациента не нужно сильно ограничивать в употреблении жиров, включая насыщенные: они участвуют в продукции половых стероидов, включая тестостерон. Имеются подтверждения сильной корреляции между уровнем липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и показателями свободного тестостерона (Heller, R.).

Также существует ряд фитопрепаратов, имеющих доказательную базу в части повышения уровня тестостерона. К примеру, было показано, что 14-дневное употребление экстракта эврикомы длиннолистной увеличивает уровень циркулирующего тестостерона на 30,2%. По результатам другого исследования, этот же экстракт увеличивал число мужчин с нормальным уровнем тестостерона с 35,5 до 90,8%. Кроме того, 6-недельное употребление экстракта маки перуанской показало повышение выработки тестостерона клетками Лейдига (Ohta Y. et al., 2016).

Степан Сергеевич, однако, отметил, что понимает скептицизм некоторых врачей в отношении методик, отличных от гормональной заместительной терапии. Но, как он напомнил, очень многие действующие вещества синтезированных сегодня препаратов были вначале получены из растительного сырья. Поэтому применение растительных препаратов в дополнение к изменению количества физической активности, коррективке питания и снижению уровня ежедневного стресса вполне может приносить свои результаты. ■



ООО «УРОТЕК»

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

E-mail: urotech.russia@gmail.com

**эксклюзивный поставщик
эндоурологической
продукции фирмы
«UROTECH GmbH», Германия**

*основной разработкой фирмы является
PC-покрытие (фосфорилхолин) –
высокобиосовместимое и биостабильное:
- эти свойства практически к нулю сводят
риск возникновения инфекции, снижают
возможность образования камней при
длительном нахождении в организме*

- стенты мочеточниковые
- стенты мочеточниковые с PC – покрытием
- стенты мочеточниковые с магнитом
- стенты мочеточниковые после литотрипсии
- нефростомические дренажи
- набор для надлобковой пункции
- баллонные катетеры Фолея
- диагностические катетеры
- проводники
- экстрактор камней
- педиатрическая продукция
- уродинамические катетеры
- баллонные дилатационные катетеры



Будем рады сотрудничеству!

тел. 8-495-940-59-23

8-929-579-12-20

Бессимптомная бактериурия у беременных



Любовь Александровна Синякова
Д.м.н., профессор кафедры урологии и хирургической андрологии ГKB им. С. П. Боткина

Инфекции нижних мочевых путей (ИНМП) — одна из самых частых категорий заболеваний в урологии и гинекологии, а в их терапии, несмотря на высокую клиническую распространённость, остаётся множество

непрояснённых вопросов, которые могут в корне изменить алгоритм лечения. Доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии и хирургической андрологии ГKB им. С. П. Боткина - Любовь Александровна Синякова поделилась своими знаниями в этой области урологии.

Вопросы для обсуждения

Наиболее частой причиной нарушений мочеиспускания является цистит - одно из самых распространённых заболеваний бактериального происхождения, возникающее, в основном, у женщин. 40% женщин переносят цистит, как минимум, один раз в жизни. ИНМП возникают у 30% женщин до 26 лет. Также 11% женщин переносят инфекционные заболевания не реже одного раза в год [1].

В свете этого профессор вынесла на обсуждение ряд вопросов:

- Меняется ли этиология ИНМП?
- Что делать с бессимптомной бактериурией (ББУ): лечить или не лечить, у кого, почему и чем?
- Каковы междисциплинарные вопросы лечения ИНМП?
- В чем состоят распространённые ошибки диагностики?
- Применять или не применять антибиотики при остром цистите?
- Как обстоит дело с патогенетическим лечением рецидивирующих ИНМП?
- Каким препаратам отдать предпочтение в лечении ИНМП: оригинальным или дженерикам, и почему?
- Что важнее: профилактика развития ИНМП или их рецидивов?

По данным международного исследования AREC, проходившего в 2003–2006 гг., а также российского исследования ДАРМИС (2010–2011 гг.) известно, что к основным возбудителям ИНМП относится кишечная палочка, которая составляет примерно 65 % среди 88 % энтеробактерий, являющихся возбудителями ИНМП [2]. В настоящее



время также растёт роль грамположительных бактерий, появляется много женщин, у которых цистит возникает на фоне ИППП или при наличии вирусов. Всё это требует новых тактик лечения и выбора новых препаратов для этой категории больных.

ББУ – бессимптомная бактериурия

В ряду прочих вопросов — тема бессимптомной бактериурии (ББУ). Диагноз ББУ устанавливается независимо от наличия пиурии, часто обнаруживаемой у пациентов с ББУ [3]. ББУ рассматривают при этом как стабильную бактериальную колонизацию мочевых путей, аналогичную комменсализму на других слизистых оболочках [4]. Феномен так называемой бактериальной интерференции обусловлен тем, что в организме происходит взаимодействие бактериальных сред обитания микробов, заключающееся в конкурентной борьбе за питательные вещества и образование токсичных молекул. Устанавливается микробный баланс на колонизированных поверхностях, таких как кожа и слизистые оболочки различных физиологических отверстий. Этот так называемый человеческий микробиом считают мощным механизмом защиты от суперинфицирующих патогенных бактерий [5].

В ходе проспективного рандомизированного исследования роли асимптоматической бактериурии у молодых женщин с рецидивирующими ИНМП, результаты которого опубликованы в 2008 году, авторы изучали, эффективно ли периодическое антибактериальное лечение обнаруженной ББУ у таких пациенток, либо неэффективно или даже негативно сказывается на чистоте рецидивов ИНМП [6]. Были получены убедительные данные, согласно которым в группе без лечения у 76% участниц симптомы отсутствовали в течение года, в то время как в группе лечения таких женщин было только 17% [7].

Сегодня назначение антибактериального лечения при ББУ остается обязательным перед инвазивными урологическими вмешательствами и при беременности, хотя и с меньшим уровнем доказательности [8]. Вместе с тем, Европейской ассоциацией урологов (EAU) не рекомендуется лечение ББУ у пациенток с рецидивирующими ИНМП (1A). У женщин без факторов риска, а также с хорошо регулируемым сахарным диабетом, пациенток в постменопаузе и находящихся в домах престарелых, с дисфункцией или реконструкцией нижних мочевых путей, с катетерами, после трансплантации почки или перед артропластикой и у женщин с рецидивирующими ИНМП скрининг и лечение ББУ не рекомендуются.

Однако, согласно результатам Кокрановского обзора 2015 года, ББУ возникает в 2–10% беременностей, и при отсутствии должного лечения у порядка 30% беременных развивается острый пиелонефрит. Также ББУ ассоциирована с низким

весом младенцев при рождении и преждевременными родами [9]. Вместе с тем, взгляды на этот вопрос по-прежнему неоднозначны, и клинические рекомендации ЕАУ подчеркивают, что при выборе тактики лечения у беременных необходимо следовать национальным рекомендациям.

Дифференциальная диагностика ИМП

Далее Любовь Александровна перешла к вопросам дифференциальной диагностики. В 40 % случаев учащённое болезненное мочеиспускание обусловлено острым циститом или обострением хронического. В 15 % — вагинитом, в 5–10% — атрофией эпителия мочевых путей в постменопаузе, в 40 % — уретритом и уретральным синдромом [10]. По этой причине, приступая к терапии нарушения мочеиспускания, в первую очередь необходимо понять, чем именно оно вызвано у конкретной пациентки. Основными факторами риска рецидива у женщин детородного возраста являются учащение половых контактов, использование спермицидов, смена полового партнёра, ИНМП, перенесённые в возрасте до 15 лет, а также ИНМП в анамнезе у матери. В постменопаузе на первый план выходят низкий уровень эстрогенов, недержание мочи, пролапс тазовых органов с нарушением мочеиспускания, сахарный диабет, а также ИНМП в анамнезе. Кроме того, до наступления менопаузы достаточное количество эстрогенов и лактобактерий в организме способствуют поддержанию натурального барьера против инвазии грамотригативных бактерий. После менопаузы пролапс тазовых органов, снижение уровня эстрогена, изменение уровня pH во влагалище и вагинальная атрофия делают влагалище и уретру более уязвимыми к такой инвазии.

Приступая к диагностике цистита, необходимо следовать критериям стандартной клинической оценки. Ими являются ≥ 2 клинических симптомов; отсутствие выделений из влагалища; положительные результаты лабораторных анализов мочи, а также наличие микроорганизмов в посевах мочи на питательных средах. Согласно рекомендациям Европейского комитета по определению чувствительности к антимикробным средствам (EUCAST), в посевах проводятся идентификация возбудителя и определение чувствительности к антибиотикам. По данным ЕАУ и EUCAST, количество бактерий $\geq 10^3$ КОЕ/мл является микробиологически подтверждённым диагностическим признаком у пациенток с симптомами цистита [11; 12].

Спорные вопросы лечения ИМП и ББУ

При лечении острого цистита показано проведение антибактериальной терапии в связи с наличием доказательств более благоприятного клинического исхода в плацебо-контролируемых исследованиях (IA) [13; 14]. Согласно рекомендациям по ан-



тимикробной терапии неосложненных циститов (EAU 2017), препаратами выбора в первой линии являются фосфомицина трометамол 3 г однократно, нитрофурантоин микрокристаллический 100 мг дважды в день на 5 дней (отсутствует в России), а также пивмециллам 400 мг 3 раза в день на 3–5 дней (отсутствует в России). В качестве альтернативы могут применяться цефалоспорины второй генерации (например, цефадроксил) по 500 мг дважды в день на 3 дня.

В российских национальных рекомендациях 2017 года, соответственно, местами упоминаются другие препараты: фосфомицина трометамол (Монурал) 3 г однократно, каждые 10 дней в течение 3 месяцев, или же фуразилина калиевая соль в сочетании с магнием карбонатом основным (фурамаг) по 100 мг 2 раза в день на 7 дней. В зависимости от результатов бактериологического исследования мочи и чувствительности к антибиотикам также могут назначаться левофлоксацин по 500 мг раз в день на 5 дней или ципрофлоксацин по 500 мг дважды в день на 5 дней. Как подчеркнула Любовь Александровна Синякова, низкие дозы фторхинолонов на сегодня не применяются.

При лечении рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей необходимо применять персонализированный подход. В частности, следует ориентироваться на возраст пациентки и наличие гипоестрогенемии [11; 15]. Также нужно учитывать анатомические особенности женщины (эктопия наружного отверстия уретры, пролапс тазовых органов). Персонализированная антибактериальная терапия проводится с учётом результатов бактериологического исследования, предшествующий антибактериальной терапии и аллергологического анамнеза. Кроме того, у женщин старшей возрастной группы учитывается наличие гипоестрогенемии [16].

Во многих случаях у женщин в постменопаузе обоснованно интравагинальное использование препаратов эстрогенов. Как пояснила профессор, женские половые органы и нижние мочевые пути формируются из мочеполового синуса. Мочеиспускательный канал, сфинктер мочеиспускательного канала и треугольник мочевого пузыря имеют эстрогеновые рецепторы, также присутствующие в мышцах тазового дна. Таким образом, эта область должна быть всегда восприимчива к действию эстрогенов [17]. При недостатке эстрогенов возникают такие симптомы, как диспареуния и частые позывы к мочеиспусканию, снижается уровень рН-среды во влагалище и, вместе с этим, количество лактобактерий. Эффективность местного применения эстрогенов у таких пациенток оценивалась исследованием с применением эстриола по 0,5 мг на ночь ежедневно в течение двух недель, затем 2 раза в неделю на 8 месяцев в сравнении с плацебо ($P < 0,001$) [15]. Как отметила Любовь Александровна, главный фактор поддерживающей гормональной терапии — это её длительность. Для некоторых пациенток она должна оставаться пожизненной.

Однако Кокрановский обзор, включивший девять исследований с участием 3345 женщин, показал неоднородность данных по вопросу эффективности применения препаратов эстрогена при ИНМП. Так, 4 исследования с участием 2798 женщин (ОР 1,08; 95% ДИ: 0,88; 1,33) показали, что эстрогены для местного применения не снижают риск ИНМП, по сравнению с плацебо. В свою очередь, результаты двух небольших исследований показали, что эстрогены для интравагинального применения снижают число случаев ИНМП у женщин, по сравнению с плацебо, в составе комплексной терапии (ОР 0,25; 95% ДИ: 0,13; 0,50 и 95% ДИ 0,47; 0,86). Также в двух исследованиях проводилось сравнение эффективности антибиотиков для приема внутрь и эстрогенов для местного применения. В одном из этих исследований частота ИНМП при применении вагинального крема была ниже, чем при приеме антибиотиков. Во втором антибиотики оказались более эффективны, по сравнению с интравагинальными препаратами [18].

На сегодня показано, что эстрогены для местного применения у женщин в постменопаузе снижают частоту ИНМП с 23,7 до 6%; частоту симптомов нарушений чувствительности мочевого пузыря (учащённое мочеиспускание, императивные позывы на мочеиспускание, никтурия) с 47,4 % до 9,4%; частоту болезненности при мочеиспускании с 42,2 до 10,7%. Также они улучшают результаты операций по поводу опущения тазовых органов и процедур с применением свободной синтетической петли (TVT). Кроме того, эти препараты могут усиливать действие α -адреномиметиков [19; 20; 21, 22]. По этой причине в рекомендациях EAU от 2013 г. указано, что местное применение эстрогенов у женщин в постменопаузе может быть более эффективным, чем у пациенток других возрастных категорий (степень рекомендации C) [13]. Как заметила профессор, низкая степень рекомендации говорит лишь о том, что проблему невозможно решить одним лишь применением эстрогенов.

Другой фактор риска, который часто лежит в основе рецидивирующих инфекций нижних мочевых путей, — это аномалии расположения наружного отверстия уретры и уретрогименальные спайки. На фоне их присутствия у молодых женщин часто возникают посткоитальные уретриты и циститы. При их наличии после тщательного обследования на присутствие инфекций пациентке может быть предложено два варианта. Женщинам старшего возраста или не планирующим роды предлагается посткоитальная профилактика с применением уроантисептиков. В других случаях показано оперативное лечение: транспозиция наружного отверстия уретры [23], гименоластика [24] или же экстравагинальная транспозиция уретры по Комякову [25].

Кроме того, возможно наличие у пациентки псевдополипов в шейке мочевого пузыря. Они становятся элементами патогенетического развития рецидивирующего цистита и могут способствовать формированию воспаления, поскольку являются



причиной появления остаточной мочи. Выходом в таком случае является оперативное лечение (трансуретральная вапоризация псевдополипов). Оно в 1,98 раза эффективнее консервативной терапии [26].

У 82% больных рецидивирующими ИНМП результаты гистологического исследования свидетельствуют о метапластическом изменении переходного эпителия мочевого пузыря. Повреждение ГАГ-слоя в зоне плоскоклеточной метаплазии эпителия при рецидивирующих ИНМП и урогенитальной инфекции вызывает:

- расстройства его проницаемости;
- миграцию ионов калия через уротелий;
- деполяризацию нервных окончаний;
- отёк интерстиция;
- микроциркуляторные расстройства.

Таким образом, нужно признать наличие важного компонента в патогенезе хронического цистита. Это нарушение защитно-регулирующей роли муцина в проницаемости эпителия мочевого пузыря и, как следствие, во-первых, усиление адгезии микроорганизмов к уротелию, а во-вторых, повышение уровня калия в интерстиции мочевого пузыря, что ведёт к деполяризации сенсорных нервов и индуцирует боль, дизурию, а также повреждение тканей [26].

Интактный ГАГ-слой является основной структурой, защищающий эпителиальные клетки мочевого пузыря от патогенного воздействия мочи. Также доказано, что он предотвращает адгезию микроорганизмов [27]. Таким образом, в основе инфекции мочевых путей лежит взаимодействие бактерий с эпителиальными клетками [28]. По этой причине одна из основных задач терапии — восстановить защитный глюкозамингликановый (ГАГ) слой мочевого пузыря. Для этой цели применяется внутрипузырная терапия. В частности, практикуются инстилляции раствора гепарина (25000 Ед на одну процедуру) в сочетании с местным анестетиком (лидокаин 2% — 2,0 мл). Общий объём раствора доводится до 20 мл с добавлением физиологического раствора. Кроме того, могут применяться препараты гиалуроновой кислоты (Уро-лайф/Уро-гиал) по 50 мл внутрипузырно 1 раз в неделю в течение 1 месяца, затем 4–6 инстилляций 1 раз в месяц. Инстилляции проводятся на фоне приёма пациенткой Канефрона по 2–3 раза в день для профилактики рецидивов. ■

К числу основных компонентов ГАГ-слоя относятся гиалуроновая кислота, хондроитинсульфат, гепарансульфат и дерматансульфат. При его восстановлении у женщин исчезают боли и снижается частота позывов к мочеиспусканию.

Далее профессор перешла к вопросу применения препаратов-джереников. По её словам, с одной стороны их наличие расширяет спектр терапевтических опций. С

другой, нужно понимать, что дженерики должны отвечать ровно тем же требованиям, что и оригинальные препараты. Снижение их стоимости достигается благодаря тому, что дженерики не требуют проведения клинических исследований. Согласно ФЗ «Об обращении лекарственных средств», на сегодня при государственной регистрации воспроизводимых лекарственных препаратов для медицинского применения не требуется представление отчёта о результатах исследований биоэквивалентности воспроизведенного лекарственного препарата. Вместо отчёта разработчика о результатах собственных доклинических исследований лекарственных средств допускается включение обзора научных работ о результатах доклинических исследований референтного лекарственного препарата.

Также профессор отметила необходимость профилактики рецидивирующих инфекций нижних мочевыводящих пути у женщин. В действующих европейских рекомендациях советуют в первую очередь рассматривать меры профилактики без использования антибиотиков и прибегать к антибактериальной профилактике только в случае безуспешности профилактических мер без использования антибиотиков [13]. Злоупотребление антибиотиками ведёт к появлению у пациентки резистентных штаммов возбудителей, развитию дисбактериоза влагалища и возможному началу аллергических реакций. Кроме того, через 3–4 месяца после окончания низкодозной антибактериальной терапии у 50 % женщин возникает рецидив ИНМП.

Выводы

Доктор подчеркнула, что сегодня врачебному сообществу необходимо определиться, что важнее: профилактика рецидивов ИНМП или их изначального развития. С её точки зрения, всегда лучше предотвратить начало болезни как таковое. Для этого важны несколько аспектов:

- Строгое соблюдение матерью гигиенических приемов у новорождённых девочек для предотвращения развития вагинита, а затем уже уретритов и циститов.
- Своевременная коррекция анатомических нарушений (аномалий расположения наружного отверстия мочеиспускательного канала) при наличии показаний.
- Оперативное лечение парауретральных кист.
- Адекватное лечение гинекологических заболеваний, а также инфекций, передаваемых половым путём, причём у обоих половых партнёров.
- Гигиена половой жизни.
- Адекватная оценка и лечение бессимптомной бактериурии беременных.
- Антибиотикопрофилактика перед инвазивными урологическими вмешательствами, особенно при наличии факторов риска.

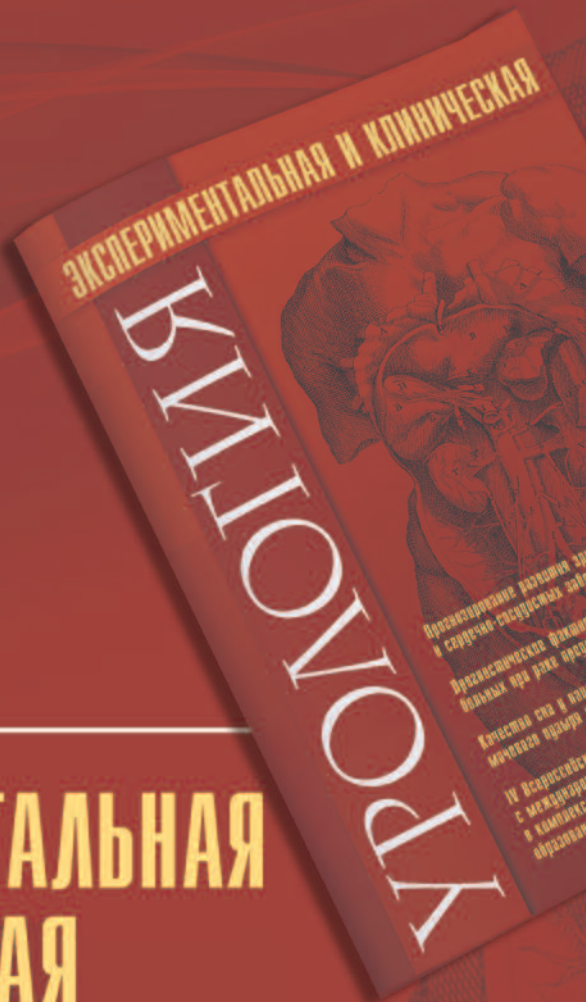


- Лечение урологических заболеваний, приводящих к нарушению уродинамики.

В заключение Любовь Александровна напомнила о том, что одной из главных задач врача является убеждение пациентов во вредности бесконтрольного приёма лекарственных препаратов. Она призвала коллег не заниматься «лечением анализов», а задумываться об истинных причинах страданий пациентки и выбирать оптимальный путь решения проблемы в каждом конкретном случае, ориентируясь на результаты необходимых исследований. ■

Источники:

1. Foxman B., Am J Med.; 113 (1) 55–135, 2002; Grabe M. et., European Association of Urology Guidelines on Urological Infections, 2013
2. Stepanova N., Eur Urol Suppl, 2013; 12 910; e 159
3. Nicole L. E. et al., 2006
4. Salvador E., Wagenlehner F., 2012
5. Naber K., Wullt B., Sundén F., 2010
6. Naber K. et al., 2008
7. Cai T., Mazzoli S., Mondani N. et al., 2012
8. Grabe M., Bjerkklund Johansen T. E. et al., 2014
9. Cochrane Database Syst Rev, 2015
10. Мерт Дж., 1999
11. Grabe M. et al., European Association of Urology Guidelines on Urological Infections, 2013
12. Gupta K. et al., Clinical Infectious Diseases (March 2011); 52 (6): 103–120
13. Grabe M. et al., EAU, 2010
14. Vouloumanou E. K. et al., J Infect, 2009; 64 (1): 16–24
15. Raz R., J Infect Dis, 2001; 183 (suppl. 1): 74–6
16. Constantinides C. et al., in press
17. Blakeman, Neurourol Urodyn, 1996, and Br J Urol Int, 2000
18. Perrotta et al., Cochrane Database Syst Rev 2008;2: CD005131
19. Hilton, Int Urogynecol J, 1990; HUT committee 1998/2001
20. Simunic et al., 2003
21. Moehrer et al., 2004
22. Raz and Stamm, NEJM, 1993
23. O'Donnel R. P., 1968
24. Hirschhorn R. C., 1965
25. Комяков Б. К., 2011
26. Астапов А. И., Лоран О. Б., 2003
27. Morales A., Emerson I., Nickel J. C., 1997
28. Schilling J. D., Mulvey M. A., Huligren S. J., 2001



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)

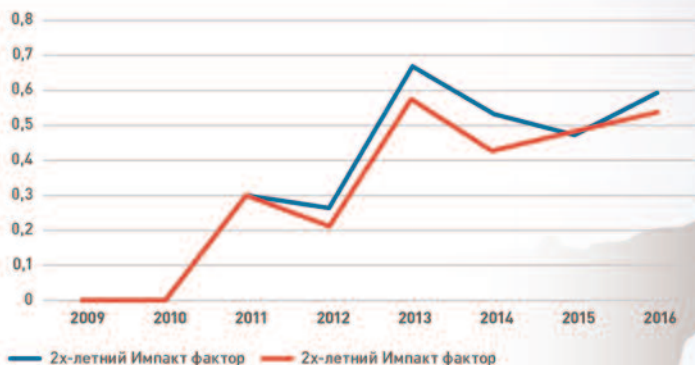




Публикационная активность

- 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) – **0,593** (2016 г)
- 5-летний ИФ – **0,538** (2016 г)
- 10-летний индекс Хирша – **10**

Эволюция импакт-фактора 2009-2016*



*по данным РИНЦ

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

Кафедра урологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Циклы сертификационного и тематического повышения квалификации на 2018 год

<i>Наименование программы</i>	<i>Объем программы (в часах)</i>	<i>Форма обучения</i>	<i>Сроки проведения обучения</i>
«Урология» (сертификационный цикл)	144	Очная	06.02-06.03
	144	Очная	12.05-08.06
	144	Очная	17.09-13.10
Малоинвазивные методы лечения камней мочеточника	36	Очная	15.01-20.01
Консервативные методы лечения заболеваний предстательной железы	36	Очная	19.03-24.03
Оперативные методы лечения заболеваний предстательной железы	36	Очная	10.09-15.09
Лапароскопические операции в урологии	36	Очная	19.11-24.11
Неотложная урология	36	Очная	21.05-26.05 22.10-27.10
Консервативные методы лечения мочекаменной болезни	18	Очная	09.04-11.04
Диагностика рака предстательной железы	18	Очная	12.02-14.02 12.11-14.11

Запись на циклы осуществляется по адресу:

129119, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, 15 корпус, 5 этаж

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Тел. +7 (495) 681-09-15

E-mail: urologymoniki@yandex.ru



Мобильные технологии здоровья!

- **Интернет вещей меняет облик здравоохранения.**
- **Будущее заключено в Вашем смартфоне!**

www.evercare.ru

**Ростовский Государственный Медицинский Университет
Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека
с курсом детской урологии-андрологии ФПК и ППС**

**Циклы сертификационного и тематического
повышения квалификации на 2018 год**

	<i>Наименование цикла</i>	<i>Контингент</i>	<i>Сроки проведения цикла</i>	<i>Объем в часах</i>
1	Урология (сертификационный)	Урологи	09.01 – 06.03	288
2	Актуальные вопросы репродуктологии человека	Врачи-специалисты	09.01 – 05.02	144
3	Эндокринная уроандрология	Врачи-специалисты	05.02 – 05.03	144
4	Избранные вопросы детской андрологии	Врачи-специалисты	06.03 – 03.04	144
5	Сексуальные нарушения у мужчин	Врачи-специалисты	06.03 – 03.04	144
6	Воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов	Урологи, врачи-специалисты	12.03 – 17.03	36
7	Врожденные аномалии репродуктивной и мочевыделительной системы	Детские урологи	26.03 – 31.03	36
8	Избранные вопросы урологии в практике врача ЦРБ	Врачи-специалисты	03.04 – 30.04	144
9	Детская урология-андрология	Детские урологи	03.05 – 29.06	288
10	Эндокринная уроандрология	Врачи-специалисты	03.05 – 31.05	144
11	СНМП и заболевания ассоциированные с СНМП	Врачи-специалисты	01.06 – 29.06	144
12	Актуальные вопросы репродуктологии человека	Врачи-специалисты	03.09 – 29.09	144
13	Эндокринная уроандрология	Врачи-специалисты	01.10 – 27.10	144
14	Андрология	Врачи-специалисты	29.10 – 26.11	144
15	Урология (сертификационный)	Урологи	29.10 – 24.12	288
16	Врожденные аномалии репродуктивной и мочевыделительной системы	Детские урологи	12.11 – 17.11	36
17	Воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов	Урологи, врачи-специалисты	19.11 – 24.11	36
18	Лапароскопия в урологии	Врачи-специалисты	27.11 – 24.12	144
19	Избранные вопросы урологии в практике врача ЦРБ	Врачи-специалисты	27.11 – 24.12	144
20	Сексуальные нарушения у мужчин	Врачи-специалисты	27.11 – 24.12	144

*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

Циклы повышения квалификации в системе непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России для аккредитации специалистов (с обязательной регистрацией на портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России - <https://edu.rosminzdrav.ru/>) на 2018 год

	<i>Наименование цикла</i>	<i>Контингент</i>	<i>Сроки проведения цикла</i>	<i>Объем в часах</i>
1	Воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов	Урологи, врачи-специалисты	15.01 – 20.01	36
2	Воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов	Урологи, врачи-специалисты	12.03 – 17.03	36
3	Врожденные аномалии репродуктивной и мочевыделительной системы	Детские урологи	26.03 – 31.03	36
4	Врожденные аномалии репродуктивной и мочевыделительной системы	Детские урологи	14.05 – 19.05	36
5	Врожденные аномалии репродуктивной и мочевыделительной системы	Детские урологи	10.09 – 15.09	36
6	Врожденные аномалии репродуктивной и мочевыделительной системы	Детские урологи	12.11 – 17.11	36
7	Воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов	Урологи, врачи-специалисты	19.11 – 24.11	36
8	Воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов	Урологи, врачи-специалисты	17.12 – 22.12	36

По вопросам обращаться:

Заведующий кафедрой: Коган Михаил Иосифович, д.м.н., профессор;
тел.: 201-44-48, e-mail: dept_kogan@mail.ru

Начальник учебной части: Чибичян Микаел Бедросович, д.м.н., доцент;
тел.: 89282267869, e-mail: michel_dept@mail.ru

Перечень документов для прохождения обучения и стоимость циклов указаны на сайте <http://rostgmu.ru>, в разделе последидипломное образование.

Врачи Ростовской области, Дагестана, Республики Северная Осетия-Алания, Ингушетии, Кабардино-Балкарии могут обучаться на бюджетной основе.

Запись на циклы осуществляется по адресу:

344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29; тел.: 201-44-48



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

Циклы повышения квалификации в системе непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России для аккредитации специалистов (с обязательной регистрацией на портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России - <https://edu.rosminzdrav.ru/>) на 2018 год

	<i>Наименование цикла</i>	<i>Контингент</i>	<i>Сроки проведения цикла</i>	<i>Объем в часах</i>
1	Воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов	Урологи, врачи-специалисты	15.01 – 20.01	36
2	Воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов	Урологи, врачи-специалисты	12.03 – 17.03	36
3	Врожденные аномалии репродуктивной и мочевыделительной системы	Детские урологи	26.03 – 31.03	36
4	Врожденные аномалии репродуктивной и мочевыделительной системы	Детские урологи	14.05 – 19.05	36
5	Врожденные аномалии репродуктивной и мочевыделительной системы	Детские урологи	10.09 – 15.09	36
6	Врожденные аномалии репродуктивной и мочевыделительной системы	Детские урологи	12.11 – 17.11	36
7	Воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов	Урологи, врачи-специалисты	19.11 – 24.11	36
8	Воспалительные заболевания мочевых путей и репродуктивных органов	Урологи, врачи-специалисты	17.12 – 22.12	36

По вопросам обращаться:

Заведующий кафедрой: Коган Михаил Иосифович, д.м.н., профессор;
тел.: 201-44-48, e-mail: dept_kogan@mail.ru

Начальник учебной части: Чибичян Микаел Бедросович, д.м.н., доцент;
тел.: 89282267869, e-mail: michel_dept@mail.ru

Перечень документов для прохождения обучения и стоимость циклов указаны на сайте <http://rostgmu.ru>, в разделе последипломное образование.

Врачи Ростовской области, Дагестана, Республики Северная Осетия-Алания, Ингушетии, Кабардино-Балкарии могут обучаться на бюджетной основе.

Запись на циклы осуществляется по адресу:

344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29; тел.: 201-44-48

«Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ

Учебный план циклов квалификации
врачей-урологов на курсе
постдипломного обучения кафедры
урологии ФГБОУ ВО

2018 год

Наименование образовательной программы	Даты проведения
Современная клиническая урология	29.01 – 24.02.2018
Современная клиническая урология	26.02 – 24.03.2018
Современная клиническая урология. Нейроурология и уродинамика	02.04 -28.04.2018
Эндоурология и лапароскопия	14.05 -09.06.2018
Современная клиническая урология.	03.09 – 29.09.2018
Клиническая андрология	01.10 – 27.10.2018
Современная клиническая урология. Нейроурология и уродинамика	29.10 – 24.11.2018
Эндоурология и лапароскопия	26.11 – 22.12.2018

Для сотрудников бюджетных учреждений здравоохранения прохождение циклов бесплатно.

Все циклы являются сертификационными, по их окончании сдаётся экзамен с продлением действующего сертификата и выдачей свидетельства о повышении квалификации государственного образца.

Все циклы внесены в реестр образовательных программ Министерства здравоохранения РФ.

Запись на циклы осуществляется по адресу:

Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 17, 3-й этаж.
Кафедра урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова.
Тел. (812) 338-69-36, +7-921-879-89-58, +7-921-956-36-72.
E-mail: urolog.kaf@mail.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

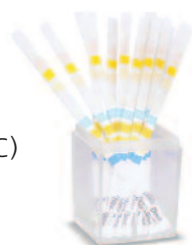
Бесплатное мобильное приложение

- > 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

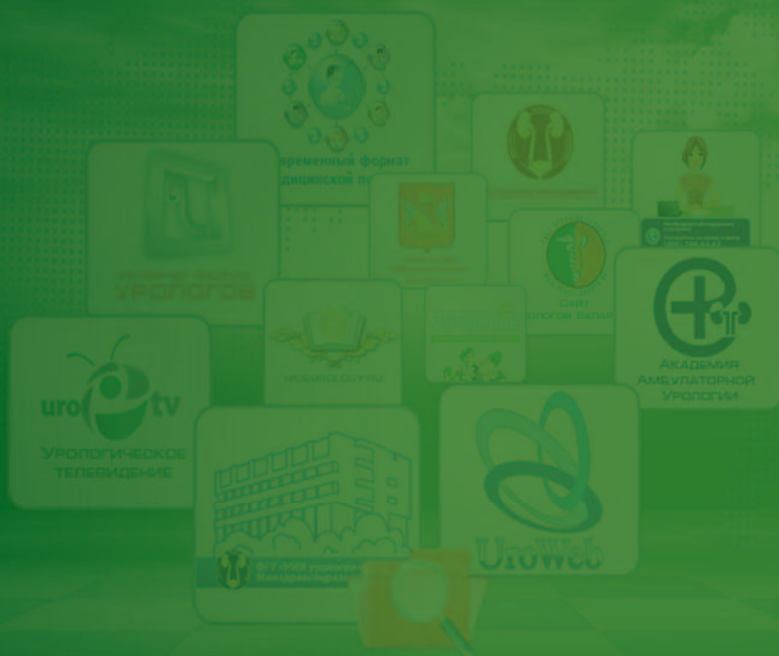
ПИ № ФС77-54663 от 09.07.2013

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»