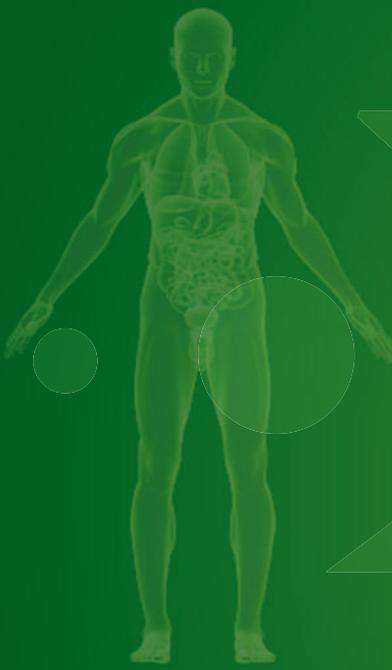


Издательский дом «УроМедиа»



Актуальные темы:

1. Детская урология – стремимся к совершенству!
2. Стволовые клетки в урологии
3. Учиться, учиться и еще раз учиться



ФГБУ "НИИ Урологии"
Минздрава России



Урологическое
телевидение



ИНТЕРНЕТ ФОРУМ
УРОЛОГОВ



UroWeb

МАГАЗИН

Google play

U+ Первое русскоязычное
Приложение для урологов!



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

**Непрерывный доступ
к профессиональным интернет-ресурсам!**

Тема номера: Детская урология.

| | |
|--|----|
| »»» Детская урология – стремимся к совершенству! | 2 |
| »»» Главное в детской урологии – создание и внедрение образовательных программ | 7 |
| »»» Итальянские каникулы детских урологов | 16 |
| »»» Минимально инвазивное хирургическое лечение МКБ у детей | 24 |
| »»» Применение препарата Роватинекс в детской урологии | 28 |
| »»» Консервативное лечение пузырнозависимых форм мегауретера у детей. | 35 |
| »»» Применение противорубцовых препаратов для профилактики осложнений при коррекции гипоспадии..... | 36 |
| »»» Лекарства на основе клюквы в качестве профилактики ИМП..... | 36 |
| »»» Минимально инвазивное хирургическое лечение МКБ у детей | 37 |
| »»» Пневмозистоскопия. Лекция | 40 |
| »»» Рецидивирующая инфекция МВП у детей..... | 50 |
| »»» Анонс «Курс по детской урологии Европейской Ассоциации Детских Урологов» .. | 53 |
| »»» Стволовые клетки в урологии..... | 54 |
| »»» Главное в альфа-блокаторах – уроселективность!..... | 60 |
| »»» Учиться, учиться и еще раз учиться..... | 68 |
| »»» Применение «Пролит Супер Септо капсулы» у пациентов с хроническим простатитом..... | 72 |
| »»» Лечение гиперурикемии: монотерапия против комбинированного лечения. | 76 |
| »»» «Биопрост» в сексологической и урологической практике..... | 80 |



Детская урология - стремимся к совершенству! II Всероссийская Школа по детской урологии-андрологии



В.А. Шадркина
руководитель
проекта «Дайджест
урологии»

Выделение детской урологии-андрологии в отдельную специальность произошло более 5 лет назад. За это время было проведено 2 съезда детских урологов-андрологов и несколько школ по детской урологии. В настоящее время в России около 500 детских урологов.



Президиум Школы (слева направо) Ж.С. Валла, Ю.Э. Рудин, С. Текюл

Детская урология – это постоянно прогрессирующая специальность, в которой открытые оперативные вмешательства уступают место минимально инвазивным методам лечения. Новые методы активно внедряются как за рубежом, так и в нашей стране. К сожалению, не все врачи в настоящее время могут позволить себе посетить зарубежные научные конференции и клиники, чтобы обменяться опытом с коллегами. Поэтому 18-19 апреля 2013 года в ФГБУ «НИИ урологии» (Москва) была проведена II Всероссийская Школа по детской урологии-андрологии с международным участием «Эндовидеохирургия в детской урологии.

Европейской Ассоциации Детских Урологов, Турция).

Первый день Школы был посвящен эндовидеохирургии в детской урологии и малоинвазивным технологиям лечения мочекаменной болезни у детей. Прямая онлайн трансляция из операционной №1 продемонстрировала участникам Школы операцию интравезикальной реимплантации мочеточника, которую выполнили профессор Валла Дж.-С. и зав. детским отделением НИИ урологии Марухненко Д.В. параллельно в операционной №2 были блестяще проведены перкутанная нефролитолапаксия и контактная уретеролитотрипсия (проф. Текгюл С. и Арустамов Л.Д.).

Все доклады, прозвучавшие в рамках II Всероссийской Школы по детской урологии-андрологии, доступны для просмотра на Uro.TV.

Генитальная хирургия и реконструктивно-пластическая урология детского возраста» с одновременной, уже ставшей традиционной, **он-лайн трансляцией мероприятия в рамках проекта Uro.TV.** У всех урологов – и находившихся в зале (231 человек), и смотревших трансляцию (145 человек), была возможность обратной связи с ведущими российскими и мировыми лидерами в детской урологии – проф. Джон-Стефан Валла (Франция), проф. Радош Джиневич (руководитель фонда Урогенитальной реконструктивной хирургии имени Савы Перовича, Сербия), проф. Сердар Текгюл (генеральный секретарь

Лекционная часть рассматривала возможности эндовидеохирургии в детской урологии (проф. Рудин Ю.Э.). С 2008 года по 2012 г в ФГБУ «НИИ урологии» было проведено 172 эндовидеохирургических операций пациентам в возрасте от 11 месяцев до 16 лет. Лапароскопическим доступом было выполнено 149 вмешательств (86%), ретроперитонеоскопическим доступом – 23 (14%). Из них первичных операций было 154 (89%), повторных – 18 (11%). Большая часть оперативных вмешательств выполнялось по поводу гидронефроза (пластика лоханочно-мочеточникового сегмента по

Хайнсу-Андресену) и нефункционирующей почки (нефрэктомии). Преимуществами эндовидеохирургических операций являются малая инвазивность, хорошие косметические результаты, использование миниатюрных инструментов 3-5 мм, сокращение числа портов, возможность выполнения операций через порт. При этом продолжительность операций и результаты по сравнению с открытыми вмешательствами сопоставимы.

Детские урологи из Волгограда (Бондаренко С.Г.) поделились опытом лапароскопической экстравезикальной реимплантации мочеточника.

Доклад профессора Л.Б. Меновщиковой был посвящен иммунотерапии рецидивирующей инфекции МВП (РИМВП) у детей. По данным профессора, 8% девочек и 1% мальчиков препубертатного возраста страдают циститом. После дебюта инфекции у девочек частота рецидивов достигает на первом году 50%, а на втором году – 75%. У мальчиков рецидивы возникают обычно на первом году жизни и составляют не более 20%. Этиология ИМВП у детей несколько отличается от таковой у взрослых – *E.coli* составляет 57%, протей, клебсиелла и энтерококк по 9% каждый, энтерококки 6%. Устойчивость бактерий к антибиотикам в настоящее время некоторыми специалистами расценивается катастрофическая, поэтому на первый план лечения инфекций выступает применение альтернативных методов лечения, например, иммунотерапии, которая позволяет снизить число рецидивов ИМП на 40% при

высоком профиле безопасности.

Профессор **Жан Стефан Валла** в своем выступлении рассказал об оперативных вмешательствах у детей по поводу МКБ с использованием мини-доступа. Профессор отметил, что в последние годы тактика ведения детей с МКБ претерпела большие изменения в связи с усовершенствованием детских эндоурологических инструментов и литотриптеров. Однако, большинство случаев уролитиаза у детей все же требует хирургического вмешательства. Открытое оперативное вмешательство показано не только в случае неудачи при выполнении дистанционной литорипсии или перкутанной нефролитолапаксии, а также является методом выбора у пациентов с аномалиями развития мочевыводящих путей, наличие которых исключает возможность применения этих малоинвазивных методов. Классические «открытые» оперативные вмешательства, такие как цистотомия, уретротомия, пиелотомия и нефрэктомия, стало возможно выполнять через мини-доступ (MAS). Идеальный метод лечения МКБ у детей, считает профессор Валла, должен быть эффективен и безопасен, т. е. обеспечивать полное удаление камней в течение одного оперативного вмешательства под общим наркозом, при этом с отсутствием смертности. Это труднодостижимо у детей из-за часто встречающихся у них метаболических расстройств, высокого риска хронических рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей, что повышает вероятность рецидива камнеобразования. К методам выбора в лечении уро-

лителиза у детей относят малоинвазивные методы (ДЛТ, контактную уретеролитотрипсию, ПНЛП – в зависимости от локализации камня).

До настоящего времени при сочетании МКБ с аномалиями развития мочевыводящих путей, такими как стриктура ЛМС или обструктивный мегауретер, было принято выполнять открытые оперативные вмешательства, одновременно корректируя аномалию развития и избавляя пациента от камней. В настоящее время, если необходимо выполнить сопутствующую реконструктивную операцию на мочевыводящих путях, хорошими методами являются лапароскопия и робот-ассистированная хирургия, в медучреждениях, имеющих соответственный опыт. При расположении камней в дистальных отделах мочеточника, методом выбора является уретероскопия под наркозом, изолированная либо с лазерной/ультразвуковой уретеролитотрипсией, которая эффективна у подавляющего большинства пациентов. Однако многим детям с камнями мочеточников выполняются открытые оперативные вмешательства, это обусловлено неэффективностью уретеролитотрипсии, малой доступностью и трудностью применения педиатрических инструментов, существующих ныне, у детей младшего возраста. Наиболее эффективным методом удаления камней мочевого пузыря у детей считается открытое оперативное вмешательство.

Группа авторов из Ставрополя (Ю.А. Гуденко, З.Б. Лобжанидзе) представили данные по применению фитопрепаратов на



Регистрация на Школу по детской урологии

основе терпенов (Роватинекс) в детской урологической практике. Уникальность выступления состояла в представлении результатов собственного исследования, в котором приняли участие 44 ребенка. Они были рандомизированы на две группы: 1-я группа 17 человек (принимали Роватинекс в возрастных дозировках) и 2-я группа (20 человек – контрольная группа). Курс составил 3 месяца. Лечение с включением в схему Роватинекса назначалось детям с нарушением пассажа мочи из почки, обусловленным обструкцией лоханочно-мочеточникового сегмента (врожденный гидронефроз), стриктурой тазового отдела мочеточника или первичным мегауретером, которым проводилось длительное «программное» стентирование. В контрольной группе детей у 5 было отмечено ухудшение функции установленного стента, которое развилось через ■

4-5 недель за счет солевой инкрустации. Описанные явления отсутствовали у всех 17 (!) детей, которым в комплекс лечения был включен Роватинекс. Авторы сделали вывод, что роватинекс, включенный в комплекс лекарственных средств у детей с длительным программным стентированием, предотвращает возможность образования «белковой матрицы» и солевую инкрустацию, что сохраняет его дренажную функцию и препятствует раннему удалению стента.

Доклад об основных методах, применяемых для лечения камней верхних мочевых путей у детей, прочитал профессор С. Текгюл, генеральный секретарь Европейской Ассоциации детских урологов. Такими методами являются дистанционная литотрипсия (ДЛТ), перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛ), ретроградная интравенальная хирургия, лапароскопические и открытые операции. К малоинвазивным методам относятся перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛ).

О первой успешно проведенной ПНЛ у детей сообщили Woodside et al. С тех пор ПНЛ стало стандартным методом при лечении камней почек у пациентов, которым показано оперативное вмешательство. Проводились исследования по изучению влияния ПНЛ на почечную паренхиму, которые показали отсутствие морфологических и функциональных изменений в последней. В качестве монотерапии ПНЛ является очень эффективным методом лечения. В литературе говорится об эффективности ПНЛ в 85% случаев и 100% случаев при использовании с вспомога-

тельных методов лечения, таких как ДЛТ, КУЛТ и повторная ПНЛ.

Профессор **Мартов А.Г.** в своем докладе уделит внимание особенностям педиатрической эндоурологии, а именно: необходимости проведения общего обезболивания, миниатюрность анатомических структур (уретра, ЧЛС, мочеточник). Все это усугубляется ограниченностью визуализации педиатрических эндоскопов, недостаточный опыт, и главное – отсутствием отдаленных результатов. Профессор поделился опытом выполнения перкутанных вмешательств, комбинированных вмешательств (трансуретральная и перкутанная хирургия) у детей, их результатами, осложнениями, в частности – консервативному лечению резидуальных фрагментов после различных видов вмешательств.

Во второй половине Школы были блестяще продемонстрированы такие сложные операции, как пластика уретры при столбовой гипоспадии (**проф. Джинович Р./Марухненко Д.В.**), пластика шейки мочевого пузыря по Янгу-Диасу у ребенка с экстропфией мочевого пузыря с наацетабулярной подвздошной остеотомией (**проф. Джинович Р./Марухненко Д.В./Чекериди Ю.Э.**).

II Всероссийская Школа по детской урологии-андрологии осветила современные взгляды на малоинвазивные методы лечения детской урологической патологии. Надеемся, что опыт специалистов ведущих отечественных научно-лечебных учреждений, а также зарубежных экспертов в области детской урологии будет взят за основу для всех детских урологов России. ■



Мы продолжаем публикацию интересных интервью с лидерами урологии. Учитывая, что данный выпуск Дайджеста специализированный, посвящен детской урологии, мы представляем интервью с профессором С. Текгюлом. Вопросы отличались разнообразием – от целесообразности скрининга урологических заболеваний у детей, разработки маркеров урологических заболеваний до методов тканевой и генной инженерии в детской урологии

Главное в детской урологии – создание и внедрение образовательных программ



*профессор Сердар Текгюл
Генеральный секретарь Европейской Ассоциации
Детских Урологов, Турция*

Милан 2013

– Уважаемый профессор Текгюл, разрешите поблагодарить Вас за возможность проведения интервью. Есть ли в Турции отдельная специальность детского уролога? Иначе, по Вашему мнению, кто должен оказывать помощь детям с урологическими заболеваниями?

Профессор: Я думаю, что детская урология должна быть субспециальностью. Сначала нужно стать детским хирургом или урологом, и только потом приступать к детской урологии. Сейчас во многих странах мира, в том числе и в Турции, многие врачи занимаются детской урологией,

не имея на то соответствующего образования. Чаще всего такая ситуация встречается среди детских хирургов, так как детская урология представляет собой часть детской хирургии. «Взрослые» урологи имеют более обширное поле деятельности, включающее онкоурологию, урогинекологию, реконструктивно-пластическую урологию и т.д.. Поэтому детская урология для общих урологов – достаточно сложная и не очень привлекательная область. Я думаю, что среди общих урологов больше именно идейных детских урологов, чем среди детских хирургов. ■

Неважно из какой специальности пришел специалист, но он должен иметь дополнительное образование именно по детской урологии, и целиком посвятить себя ей. Большая часть клинической деятельности должна быть связана непосредственно с детской урологией. Если вы с утра оперируете предстательную железу, а после обеда работаете в отделении детской урологии, вы не станете детским урологом. Вы должны заниматься детской урологией практически постоянно, чтобы у вас не оставалось времени ни на что другое. Это непросто. Мы должны быть объективными в этом вопросе и понимать, что любой врач, который хочет заниматься детской урологией, должен позиционироваться только как детский уролог, вне зависимости от той специальности, из которой он пришел.

В Европе существует Объединенный Комитет по детской урологии (GSPU), который состоит из врачей, членов правления Европейского общества детских хирургов, членов правления Европейской ассоциации урологов и Европейской ассоциации детских урологов, в целом это 6 человек – по двое из каждой из этих ассоциаций. Это постоянный состав, который был учрежден в 2003 году. Комитетом были разработаны критерии для работы детских урологов, согласно которым детский уролог должен проучиться в аккредитованном обучающем центре как минимум в течение двух лет, при этом выполнить не менее

250 операций по детской урологии в год. Четко определено, сколько и каких следует выполнить вмешательств. Со списком аккредитованных обучающих центров, в настоящее время их в Европе 17, можно ознакомиться на нашем сайте. Если вы проучитесь в этих центрах, то получите квалификацию «детский уролог».

В настоящее время в Европе около 100 специалистов, получивших таким образом квалификацию детских урологов. Начиная с прошлого года сертификат могут получить исключительно только те врачи, которые проходили обучение и сдали экзамен.

Я считаю, что в России первым этапом должна стать разработка и внедрение образовательных программ, согласно уже существующим критериям, думаю, у вас для этого достаточно опыта и объема работы. Затем следует создать обучающий центр. Как только появится центр, вы сможете приглашать врачей для прохождения обучения. Если центр будет соответствовать критериям, провести его аккредитацию, таким образом, вы будете обучать детских урологов в своей стране. **Но главное – это наличие увлеченных людей, именно им предстоит начать внедрение обучающих программ.**

– Как считаете, все ли в детской урологии должны выполнять детские урологи? Например, первый этап скрининга, первичный прием пациента?

– Нет, это невозможно. Первым об-

ращением пациента должно быть обращение к врачу общей практики. Большая часть операций на мошонке, циркумцизио могут быть выполнены общим урологом или детским хирургом. Это можно не обсуждать. Но, если придерживаться рекомендаций Европейской ассоциации урологов, то там четко описано, лечение каких заболеваний должен проводить только детский уролог – например, лечение гипоспадии. Мы все знаем, что для лечения гипоспадии требуется опыт – если врач выполняет менее 50-ти операций по коррекции гипоспадии в год, получить хорошие результаты невозможно. Однако, если вы делаете орхипексию, то можете продолжать делать ее, даже если вы не детский уролог. Когда появятся центры, о которых мы говорили, когда в них будут работать увлеченные люди, на периферии будут меньше делать таких операций, предпочитая оправить пациента в региональный центр. И в этом есть несомненные плюсы – возможность аккумулировать большое число больных и получить бесценный опыт в их лечении. Особенно это актуально в отношении сложных врожденных пороков половых органов, пузырно-мочеточникового рефлюкса, антенатально выявленного гидронефроза. Такие больные должны проходить лечение в центре, где работают опытные детские урологи, которые в том числе будут заниматься и обучением молодых специалистов.

– **Как вы считаете, нужны ли в**

детской урологии скрининговые программы, профилактические осмотры?

– В мире проводилась пара скрининговых программ, одна из них проводилась в Бельгии – скрининг варикоцеле. Авторы позже сообщили о том, что скрининг не имел положительных результатов. В настоящее время каждому ребенку до рождения проводится перинатальное УЗИ-исследование, которое и является лучшим скринингом. Считаю, что антенатальное выявление гидронефроза оказало положительное влияние на состояние детей. В моей стране, например мочекаменная болезнь эндемична, частота высока даже у детей, поэтому в Турции скрининг МКБ может иметь основания. Однако прежде чем проводить скрининг детей, например по МКБ, нужно выделить группы риска и уже потом формировать скрининговую программу. Однако в настоящее время скрининг не настолько актуален в детской урологии, как во взрослой. Как минимум в скрининг необходимо включать перинатальное УЗИ-исследование.

– **Какие на ваш взгляд, последние наиболее перспективные достижения в детской урологии? Например, маркеры выраженности обструктивных уropатий или новые лекарства?**

– Маркеры – это абсолютно новая огромная область в детской урологии. Идея их использования состоит в том, что при повреждении клеток почечных канальцев лизосомные ферменты выходят в мочу и, определяя их уровень ■

в моче, можно оценить степень повреждения почки. Первые данные в отношении некоторых маркеров показали их значимость, но в настоящее время, не думаю, что кто-то может определить действительно значимый маркер обструкции. Не знаю, есть ли будущее у этого направления исследований. Я все еще думаю, что определять обструкцию можно клинически – путем визуализации серий снимков состояния мочевых путей пациента. Биомаркеры обструкции не имеют существенного значения, и я не вижу перспективы их применения.

– А генная инженерия?

Считаю, что основным направлением фундаментальных исследований будет тканевая инженерия. В начале это было очень многообещающим направлением, а результаты первых исследований – интересными. Но оказалось, что перенести результаты этих экспериментальных исследований в практику крайне сложно, порой даже невозможно. Но все равно направление имеет важное значение для будущего. Все больше и больше специалистов занимаются изучением возможностей тканевой инженерии. И хотя врачи научились получать пролиферацию клеток – клетки крови, мочевого пузыря и другие, пока они не в состоянии добиться развития ангиогенеза. Поэтому невозможно поддерживать дальнейшую пролиферацию клеток и, соответственно, невозможно поддерживать

структуру ткани. Есть попытки использования биоцеллюлярного матрикса. Это направление достаточно перспективное, но клинического применения его пока нет.

Еще, на мой взгляд, интересное поле для деятельности – это работа с генами. Если мы сможем манипулировать с генами в будущем, то сможем определить гены, которые влияют на возникновение врожденной патологии, например гипоспадии. Благодаря таким знаниям мы сможем проводить перинатальную диагностику. Это основное направление для развития детской урологии.

– Позвольте задать несколько вопросов о пузырно-мочеточниковом рефлюксе, как одном из наиболее часто встречающихся заболеваний. Интересно узнать ваше мнение о нерешенных вопросах, влияет ли предшествующее эндоскопическое лечение ПМР на эффективность последующей реимплантации?

– Могу сказать, что мы только закончили написание статьи по этому вопросу, результаты представлены на съезде ЕСПУ в Генуе. Изучены результаты лечения 400 пациентов. В начале, когда мы оценивали небольшое количество пациентов, то пришли к заключению, что эндоскопическое лечение не влияет на частоту возникновения осложнений и успешность реимплантации мочеточников. Но когда в исследовании стало участвовать большое количество пациентов, мы обнаружили,

что отмечается значительное уменьшение эффективности операции и увеличение частоты осложнений в зависимости от количества инъекций и типа вводимого препарата. Небиодegradируемые препараты, такие как Вантрис, вызывают выраженную местную реакцию, поэтому выделение мочеточника в этой группе пациентов гораздо сложнее. Более того, в некоторых случаях это приводит к потере дистального отдела мочеточника. Есть отрицательное влияние ранее проводимого эндоскопического лечения на результаты реимплантации, но большое значение имеет количество инъекций и используемый материал.

– Можете ли вы дать базовые рекомендации, описать случаи, в которых не нужно проводить лечение рефлюкса? Например, не проводить эндоскопическую коррекцию рефлюкса у детей до 6 месяцев, или при отсутствии эпизода клинически значимой инфекции мочевых путей?

– В отношении рефлюкса непросто дать четкие рекомендации. Но я могу сказать, есть одно четкое противопоказание к выполнению эндоскопического лечения – наличие рефлюксирующего обструктивного мегауретера. Это мегауретер, при котором дистальный отдел мочеточника узкий, диспластичный, в котором имеется одновременно и рефлюкс, и обструкция. При выполнении эндоскопической коррекции вы сможете устранить рефлюкс, но при этом

усугубите обструкцию, которая может привести к повреждению почек. Я видел несколько случаев, когда после эндоскопического лечения пациенты потеряли почку. Это основное противопоказание.

Мы знаем, что эндоскопическое лечение рефлюкса высоких степеней не очень эффективно. Но я не могу сказать, что никогда не надо проводить эндоскопическое лечение при рефлюксе высоких степеней, частота успешной коррекции составляет 50% для одного мочеточника. Но мы не делаем операций, эффективность которых 50%, я бы не советовал проводить эндоскопическое лечение при рефлюксе высоких степеней. В отношении эндоскопического лечения пациентов с небольшими степенями рефлюкса, которые могут быть хорошими кандидатами для консервативного лечения, эндоскопическое лечение может быть альтернативой консервативному лечению, так как эффективность этих методов лечения сопоставима. Если вы будете проводить консервативное лечение и наблюдать пациента в течение трех лет, частота исчезновения рефлюкса составит 70-80% при второй-третьей степени рефлюкса. Такие результаты можно получить после проведения одного сеанса эндоскопического лечения. Все другие показания имеют право на существование, но это вопрос выбора. Что касается меня, если пациенту действительно требуется антирефлюксная операция и степень рефлюкса более трех, я сделаю открытую ■

операцию – реимплантацию мочеточника.

– Даже при третьей степени рефлюкса?

– Да, больше третьей степени. Окончательно я принимаю решение после того, как оценю состояние устья при выполнении цистоскопии. Если увижу зияющее устье, короткий подслизистый туннель, я не буду проводить инъекцию в этом случае и сделаю реимплантацию. Степень – это не основной показатель. Часто степень отражает лишь функцию мочевого пузыря, а не анатомию. Если в мочевом пузыре высокое давление, будет рефлюкс высокой степени, степень рефлюкса не должна быть единственным показателем, который влияет на принятие решения о проведении эндоскопической коррекции рефлюкса, есть много других факторов. Но если у пациента имеют место рецидивирующие инфекции мочевых путей, такие как острый пиелонефрит, ему действительно нужно антирефлюксное лечение, и в большинстве случаев методом выбора будет открытая операция.

– Позвольте задать несколько вопросов по гидронефрозу. Один из наиболее обсуждаемых вопросов – применение лапароскопии, робототехники в детской практике – насколько это оправдано и есть ли преимущества?

– Это личный выбор, споры по этому поводу продолжают. Я делаю лапароскопию. В своей практике я делаю лапароскопический доступ при нефрэк-

томии, резекции почки, орхипексии – это рутинная практика. При обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента у большей части детей, которых я оперирую, менее 2-х лет, я не делаю лапароскопию, потому что не вижу преимуществ. У новорожденного или ребенка раннего возраста операцию можно сделать через разрез 3 см с высокой эффективностью. Но если разговор идет о старших детях, например в возрасте 10-12 лет, выполнение лапароскопии имеет смысл. Но преимущества, которые имеет лапароскопический метод, не такие огромные, я бы сказал, они недостаточно большие, чтобы считать этот метод очень хорошим.

Не теряют актуальности открытые операции. В отношении рефлюкса, многие пытались выполнять реимплантацию мочеточников лапароскопически или при помощи роботов, я не буду углубляться в историю, которая не такая уж и большая, всего лишь последние 10 лет. Врачей, которые стали делать реимплантацию интрапузырно с использованием пневмоперитонеума совсем немного в мире. Специалисты, которые научились этой технике, пытались сделать ее популярной, но она не получила широкого распространения среди детских урологов. Эта техника не дает больших преимуществ, у пациентов те же спазмы, частота послеоперационных осложнений отличается не значительно. Я делаю открытые операции, оставляю уретральный катетер на 24 часа, и выпи-

сываю пациента домой на первый или второй день, т.е. все то же, что и при лапароскопической технике. Единственное различие – размер разреза, я и не вижу большого преимущества, в том, что разрез будет на 2 см меньше. На мой взгляд, основное преимущество лапароскопии или робот-ассистированной операции состоит том, что эти операции выполняются экстравезикально. Это имеет смысл, если вы можете делать такие операции лапароскопически, это хороший метод лечения. Но у детей младшего возраста до 4-х лет, выполнять такие операции очень сложно. Многие авторы писали о том, что малый таз детей младше 4-х лет слишком мал для выполнения лапароскопических операций. В настоящее время выполнение лапароскопии гораздо сложнее, чем робот-ассистированных операций и поэтому я считаю, что тем, кто занимается реконструктивной хирургией, следует от лапароскопии перейти к робот-ассистированным операциям. Понятно, что при лапароскопии у вас меньше места и меньше возможностей для манипуляций. Думаю, что для таких сложных операций, а реимплантацию можно назвать сложной операцией, вам нужен робот. Если вы делаете операции только лапароскопически, то должны иметь очень большой опыт, только тогда у вас будут хорошие результаты. Но я все еще не делаю реимплантацию лапароскопически. Мои результаты при открытых операциях достаточно высокие, при этом

частота осложнений небольшая. Родители не просят выполнить наименее болезненную операцию, они хотят получить хорошее лечение и хороший результат. Результаты минимально инвазивного метода лечения не могут быть выше, чем открытой операции, так как оно не дает лучших результатов, но добавляет лишь немного больше дискомфорта, которому я не придаю особого значения. Однако мое мнение, что пока выбор варианта для реконструктивных операций имеет огромное значение в детской урологии.

– Относительно новых технологий в детской урологии, вы занимаетесь лечением мочекаменной болезни у детей, что вы думаете о новых эндоскопических методах лечения – таких как микроперк, айпэд ассистированная перкутанная хирургия? Какие из этих новых технологий могут быть использованы именно для лечения детей?

– Значение новых технологий трудно переоценить особенно в детской урологии. Размер инструментов становится меньше, в частности в случае с микроперком, что достаточно привлекательно для детских урологов. Также для лечения детей очень важно появление новых гибких инструментов для эндоскопии, которые позволяют выполнять ретроградные внутривнепочечные операции. Но возникает вопрос о стоимости, если у вас много пациентов, которым выполняются высокотехнологичные

вмешательства, цена становится выше и выше. Это необходимо иметь в виду, особенно когда речь идет о лечении мочекаменной болезни. Например, при использовании гибкого уретероскопа для выполнения ретроградных вмешательств. Этот инструмент часто ломается, поэтому его использование ограничено, может нарушаться визуализация и уретероскоп нужно менять. Разумеется, появление новых технологий перспективно для получения лучших результатов, но возникает большой вопрос, касающийся их стоимости.

– Что вы думаете о дистанционной литотрипсии у детей?

– Мое мнение, что это лечение первой линии для большинства камней, особенно если камень менее 1 см. Имея хороший инструмент и опыт его использования, вы тратите на это достаточно времени. Иногда врачи не очень хотят прибегать к применению ДЛТ, и использовать этот метод для лечения, отдавая предпочтение перкутанной операции. Но думаю, что для камня лоханки размером менее 1 см, методом выбора все еще остается ДЛТ. Я бы назвал ДЛТ лечением второй линии для камней нижней группы чашечек, в этом случае перкутанное вмешательство лучше. И тоже в отношении камней размером более 1 см, при их дроблении получается много осколков. В нашей группе пациентов в 60% можно использовать ДЛТ, потому что в большинстве случаев мы сталкиваемся с камнями небольшого размера.

– Какие советы вы могли бы дать российским урологам, чтобы улучшить качество детской урологической помощи в России?

– Не знаю, вправе ли я давать такие советы, я ничего не знаю о детской урологии в России, что вы делаете, сколько у вас врачей, членами ЕСПУ являются только 15 российских урологов, если я не ошибаюсь, на мой взгляд, должно быть больше людей, которые занимаются детской урологией. Думаю, это единственный совет, который я могу дать. Больше российских урологов должны ездить за границу, учиться, набираться опыта и использовать этот опыт в своей стране, создавать обучающие программы по детской урологии.

– ЕСПУ предоставляет возможности для стажировки?

– Да, конечно. У нас есть программа, включающая клинический визит на 3 месяца. Единственное, что необходимо сделать – это подать заявку, лучше всего в аккредитованном центре, и связаться с главой центра. Мы можем предоставить вам финансовую поддержку максимум 2500 евро на 3 месяца.

– Это относится к вашему центру?

– Это может быть любой центр. Все что нужно сделать – написать письмо в центр, получить его согласие принять вас, затем подать заявку в ЕСПУ, на вебсайте вы можете найти форму. Вам необходимо сообщить, что вы планируете делать, какое образование у вас есть, какие ваши планы и стоимость. Также вам должно быть менее 45 лет.

– Спасибо за интервью. ■

- Анатомия и физиология
 - Заболевания
 - ДГТЖ
 - Простатит
 - Бесплодие
 - Цистит
 - Онкоурология
 - Рак мочевого пузыря
 - Рак полового члена
 - Рак почки
 - Рак предстательной железы
 - Инфекции мочевых путей
 - Эректильная дисфункция
 - Недержание мочи
 - ГАМП
 - Мочекаменная болезнь
 - Варикоцеле
 - Диагностика
 - Восов

Новые видео

Фотоальбом

Мероприятия

Популярные видео

Интервью с проф. Л. Штрайнер в рамках конференции "Мочекаменная..."

29-04-2013 Просмотров - 143

Семенов Д.В. "Таргетная терапия метастатического рака почки в СПб..."

23-04-2013 Просмотров - 85

Интервью с проф. Х. Ван Поппель на Конгрессе Международного урологического...

26-04-2013 Просмотров - 84

Сизонов В.В. "Скритальный доступ при низведении яичка"

29-04-2013 Просмотров - 84

Весь список

Последние видео

| | |
|--|---|
| <p>Мочекаменная болезнь</p> <p>30-04-2013 Просмотров - 12</p> | <p>Стеид компании Дорнье МедТех Европа ГнБК...</p> <p>29-04-2013 Просмотров - 27</p> |
| <p>Рудин Ю.З. "Этапное лечение экстрф..."</p> <p>29-04-2013 Просмотров - 18</p> | <p>Бурян А.Г. "Ведение пациентов пос..."</p> <p>29-04-2013 Просмотров - 6</p> |

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

- Лечение
- Маловязкая терапия
- НГУ
- Криобляция
- Фотодинамическая терапия
- Профилактика
- Санаторно-курортное лечение
- Консервативное лечение
- Визуализация в урологии
- Детская хирургия
- Оперативное вмешательство
- Малые операции
- Операции на мочевом пузыре
- Операции на органах мошонки
- Операции на почках и надпочечниках
- Операции на простате
- Дистанционная литотрипсия
- Стенты в урологии
- Трансплантация в урологии
- Реабилитация
- Отчеты о конференциях
- Интервью
- Образование
- Защита диссертаций

Дистанционные образовательные курсы по андрологии на 2012-2013гг

При поддержке:

Посмотреть расписание

Интервью

Интервью с проф. Л. Штрайнер в рамках конференции "Мочекаменная..."

29-04-2013 Просмотров - 143

Интервью с проф. Х. Ван Поппель на Конгрессе Международного урологического...

26-04-2013 Просмотров - 84

Интервью с проф. Сейджи Наито на Конгрессе Международного урологического...

26-04-2013 Просмотров - 25

Интервью с проф. М. Деси на Конгрессе Международного урологического о...

23-04-2013 Просмотров - 34

Все интервью

| | |
|--|---|
| <p>Зорюк С.И. - "Новая методика прямо..."</p> <p>29-04-2013 Просмотров - 6</p> | <p>Менюшикова Л.Б. "Иммунология р..."</p> <p>29-04-2013 Просмотров - 6</p> |
| <p>Ю.З.Рудин "Эндовидеокirurgия в детс..."</p> <p>29-04-2013 Просмотров - 8</p> | <p>Интервью с проф. Л. Штрайнер в рамках к...</p> <p>29-04-2013 Просмотров - 143</p> |

Все видео

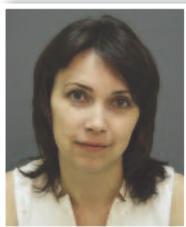
МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТСКИХ УРОЛОГОВ-АНДРОЛОГОВ

3 СЪЕЗД ДЕТСКИХ УРОЛОГОВ-АНДРОЛОГОВ

20-21 апреля 2013

Видеоматериалы конференции

Итальянские каникулы детских урологов



Т.Н. Гарманова
м.н.с. отдела
детской урологии
ФГБУ "НИИ урологии"

«Вот мое мнение!

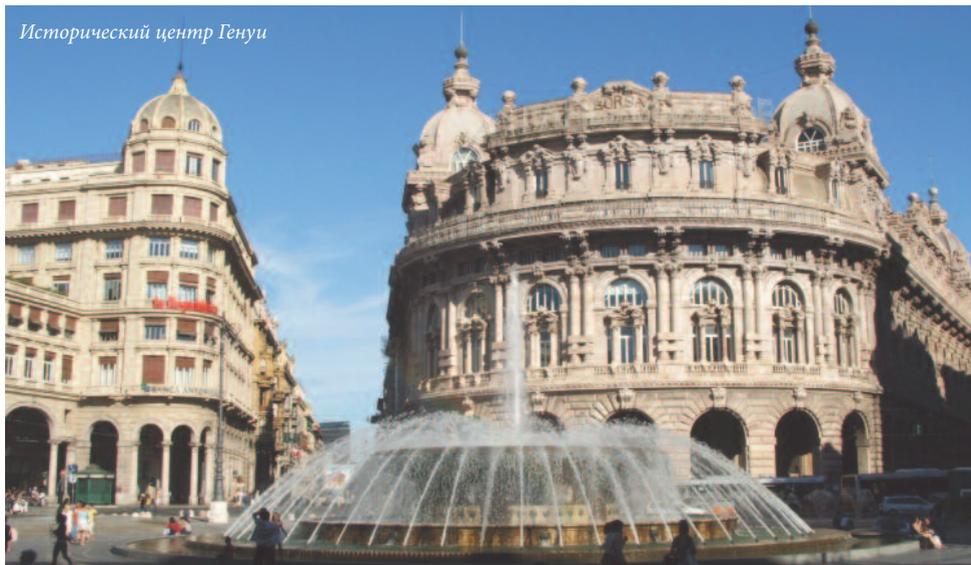
Кто был в Италии, тот скажет "прости" другим землям.

Кто был на небе, тот не захочет на землю.

*Словом, Европа в сравнении с Италией все равно,
что день пасмурный в сравнении с днем солнечным»*

Н. В. Гоголь

Исторический центр Генуи



В небольшом, но богатом историей, итальянском городе Генуя, щедро обласканном солнцем и теплыми ветрами, в котором все внимание устремлено к морю, с 24 по 27 апреля прошел очередной уже 24 съезд Европейского Общества Детских Урологов. В

работе съезда приняли участие более 600 специалистов со всего мира, которые занимаются вопросами детской урологии.

Европейское общество детских урологов – относительно небольшая организация, которая в своем составе

Президиум Конгресса



насчитывает 280 полных членов и примерно столько же ассоциативных. Тем не менее, уже в который раз, благодаря усилиям правления и членов общества, удается провести съезд с большим количеством участников и крайне насыщенной научной программой.

Оценка качества тезисов

В 2013 году на Конгресс было подано 489 тезисов, из них 29 в формате видео. Научный комитет принял 155 тезисов, что составило 31,5% от общего числа. Глава научного комитета Rita Gobert рассказала о новой, но по мнению Правления общества, более объективной системе оценки качества представляемых работ. Эта оценка включает в себя множество параметров, при соответствии или несоответствии которым к присланной работе добавляются или отнимаются баллы. Однако профессор Gobert отметила, при использовании новой системы

они столкнулись с тем, что например рандомизированные исследования по оценке лекарственной терапии энуреза получили гораздо больше баллов, чем работы, в которых была представлена новая очень интересная хирургическая техника, так как последние не были рандомизированы. Научный комитет продолжит работу в направлении более объективной оценки тезисов. ■

Показатели оценки тезисов

| | | |
|---------------------|--------------------------|-----|
| Baseline | | 50 |
| Problem description | Clear | +5 |
| | Vague | 0 |
| | Non existent | -5 |
| Design | prospective | +5 |
| | retrospective | 0 |
| | Questionnaire only | -5 |
| | Not specified | -10 |
| Control group | yes | 0 |
| | Multiple test „one group | +5 |
| | matched | +5 |
| | Randomized | +10 |
| | Matched and randomized | +15 |
| | No control | -5 |

Также в организационно-научном плане представляется интересным доклад Marco Castagnetti о дальнейшей судьбе представленных на съездах ESPU тезисов и докладов. Автор выяснил, что из 1194 тезисов, представленных на съездах ESPU за последние 8 лет, 47% (564 доклада) были в дальнейшем опубликованы, в основном в журналах J. of Pediatric Urology, J. of Urology.

Известный за свои колкие и меткие замечания профессор **F. Ransley** (Лондон, Великобритания) сказал, что, учитывая что почти половина всех тезисов съезда в последующем публикуется, на съезде надо уменьшить время на представление докладов и увеличить время для их обсуждения.

Научная часть Конгресса

Формат Конгресса был представлен короткими сообщениями по 3-5 минут, в рамках которых авторы представляли результаты своих работ. Такие сессии удачно сочетались с круглыми столами с участием лидеров европейской детской урологии, где обсуждались наиболее спорные вопросы и отстаивались мнения. Особенно острой получилась дискуссия по обсуждению осложнений лечения, с которым столкнулись авторы докладов.

Самой информативной частью конгресса стали базовые лекции, в которых суммировались и критически оценивались достижения в основных направле-

ниях детской урологии. Такие лекции прочел профессор **J. Southgate** – о возможностях тканевой инженерии в реконструктивной детской урологии, профессор **S. Tekgul** по лечению мочекаменной болезни, профессор **C. Woodhouse** – о влиянии потребления наркотиков на мочеполовую систему подростков, профессор **G. Ivani** – по сравнению различных видах местного обезболивания при операции на половом члене у детей, профессор **Looijenga L** – по новообразованиям гонад при синдроме нарушенной половой дифференцировки и, наконец, **D. Kehrel** о принципиально новом лечении энуреза.

Из обучающе-организационных моментов хотелось бы отметить презентацию Web-книги по детской урологии, которая была написана под эгидой ESPU, все члены общества могут ознакомиться с этой книгой на сайте <http://espu.org/educational-committee/espu-web-book/165-espu-web-book>.

Веб-каст лекции

S. Tekgul по лечению МКБ у детей смотрите на Uro.TV

Передать содержание всех докладов, представленных на конгрессе невозможно, однако, при желании, с ними можно ознакомиться здесь <http://www.espu2013.org/program>.

Фундаментальные исследования в детской урологии

Первый день конгресса традиционно начался с представления работ по фундаментальным исследованиям в области детской урологии. В работе **К. Aitken** было показано, что изменения, возникающие в почках при обструктивных уропатиях, обусловлены изменением ДНК клеток под влиянием изменения матрикса, в частности коллагена. В исследовании **L. Oliveira** было показано, что TGF β 1 не является маркером выраженности обструкции, что противоречит данным других докладчиков, которые представили свои исследования чуть позже, на сессии по лечению гидронефроза. Так, например, **J. Sulislawski** показал, что уровень маркера TGF β 1 во время операции выше, чем в норме, а через 3-6 месяцев после операции его уровень снижается. В то же время уровень маркера CA 19-9 имеет отрицательную обратную связь со степенью обструкции. Возможно, эти противоречия могут быть объяснены слишком сильной обструкцией, вызванной в эксперименте по сравнению с *in vivo* исследованиями.

Несколько исследований было посвящено изучению гистологических изменений при обструктивных уропатиях – в частности, о выраженном снижении количества c-Kit положительных клеток при выраженном гидронефрозе, иннервации верхних мочевых путей. Не-

сколько работ описывало различные варианты и возможности тканевой инженерии для создания уретры и мочевого пузыря в эксперименте. Авторы из Бристоля (Великобритания) предложили экспериментальную модель для изучения и возможного последующего лечения цистинурии. В двух работах изучался ответ на введение различных объемобразующих веществ с целью коррекции ПМР, в которых авторы отметили, что недеградируемые материалы дольше сохраняются во времени и вызывают более выраженную тканевую реакцию.

Вызвало интерес урологов исследование, результатом которого стало подтверждение эффективности внутриутробного укрытия дефекта при миеломенингоцеле с применением клея и материала, содержащего фактор роста. Однако в комментариях к этому исследованию, было указано, что улучшение неврологической симптоматики у животных после укрытия дефекта может иметь другую причину, так как, согласно проведенным исследованиям, нарушения функции органов возникают уже после хирургической коррекции миеломенингоцеле и именно операция является причиной нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, функция же тазовых органов до операции у таких больных не нарушена.

На сателлитном симпозиуме, посвященном лечению ПМР, были отмечены основные достижения и вопросы в этой

области. Профессор **Caldamone** (США) и **Lackgren** (Голландия) указали на необходимость составления новой классификации ПМР, которая в себя включала бы не только степень рефлюкса, но и функцию почек и мочевого пузыря, тип ПМР, пол ребенка, наличие обструкции, различие в лечении ПМР высокого и низкого риска (risk VUR score).

Профессор **G. Montini** (Италия) в своем сообщении сказал, что нет сравнительных исследований эффективности различных схем антибиотико-профилактики ИМП при рефлюксе. Он также сообщил о проводимых в настоящее время исследованиях в США и Европе под названием RIVUR и PREDICT, направленных на изучении популяции детей с изменениями мочеполовой системы, но до первого эпизода инфекции мочевых путей.

Второй день конгресса начался снова традиционно с обсуждения вопросов лечения ПМР. В. Chertit отметил высокую эффективность применения препарата Vantris® более 95% в лечении ПМР у 497 пациентов. По данным метаанализа, проведенного в США, повторная эндоскопическая коррекция ПМР требуется у 8% пациентов, у 0,4% – третья. Однако предшествующие эндоскопические вмешательства ухудшают эффективность открытых оперативных вмешательств. Рекомендации по диагностике ИМП у детей NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) имеют клиническую значимость только

у детей до 6 месяцев.

В следующей сессии по лечению экстрофии/эписпадии представлялись работы, в которых было показано, что меньший размер лонных костей у детей с экстрофией мочевого пузыря имеет приобретенный характер и является, скорее всего, последствием незамкнутости тазового кольца и отсутствия тяги во время роста ребенка. Также было продемонстрировано, что иннервация мочевого пузыря при экстрофии не нарушена. Много внимания уделялось возможности применения объемобразующих веществ, сеток и слингов для коррекции недержания мочи в данной группе пациентов, однако этот вопрос вызвал очень бурное обсуждение, и многие урологи высказали сомнение относительно дальнейшей судьбы инородного тела по мере роста ребенка. Все сошлись во мнении, что этот вопрос требует тщательного дальнейшего изучения.

В сессии, посвященной лапароскопии в детской урологии, обсуждались вопросы сравнительной эффективности лапаро- и ретроперитонеоскопической пластики ЛМС, существенных расхождений мнений в этом направлении не было. Путем применения маркера повреждения почек было доказано, что лапароскопические операции не вызывают повреждения почек. В двух работах была продемонстрирована эффективность баллонной дилатации при обструктивном мегауретере, однако во

время дискуссии у урологов возникли вопросы – если устье мочеточника проходимо для стента Ch 4 – есть ли обструкция? Возраст пациентов, которым проводилась дилатация, был в 2 раза меньше чем в группе сравнения – не является ли это причиной? Авторы отметили, что баллонную дилатацию невозможно было провести у 1 из 19 пациентов. Эта тема заслуживает дальнейшей более критической оценки и определения показаний к этому методу лечения.

Сессия по лечению МКБ у детей была одной из наиболее высокотехнологичных. Представленные доклады освещали результаты и возможности применения микро-перкутанной и мини-уретероскопической хирургии у детей, применение гольмиевого лазера при оперативном лечении МКБ у детей. Интересно, что согласно работе **Е. Ozturk** (Турция) стентирование или применение альфа-адреноблокаторов после ДЛТ не увеличивает частоту полного излечения ребенка от камней, но уменьшает время отхождения конкрементов.

Крайне интересными оказались доклады в сессии по визуализации в детской урологии. Авторы метаанализа из Ирландии продемонстрировали, что риск развития артериальной гипертонии при мультикистозе почек составляет 20,6 на 1000, и основной причиной АГ являются сопутствующие заболевания. Однако в вопрос из аудитории – какие же последствия имеет возникшая артериальная гипертония у детей – так

и остался неотвеченным. В другой работе, также посвященной мультикистозу почек, было доказано, что проведение качественного УЗИ достаточно для дифференциальной диагностики мультикистоза почек (при нормальном состоянии мочевого пузыря). **Е. Wehbi** в своем выступлении отметил, что при размере лоханки почки при гидронефрозе более 15 мм оценка функции почки только с одной позиции крайне не точна, и при другом положении датчика различия в функции почек могут составить до 50%.

В сессии под названием «Трюки и фишки» **R. Gonzalez** показал, как он выделяет и формирует уретру из кожи крайней плоти при проксимальных формах гипоспадии. Нюансы операции были интересны даже опытным урологам.

В следующей сессии «Аугментация/отведение мочи» в метаанализе было показано, что осложнения после операции формирования катетеризационной стомы возникают у 33% пациентов, чаще всего это стеноз стомы, причем частота осложнений не зависит от типа стомы. В двух анализах отделенных результатов аугментации мочевого пузыря/отведения мочи из США было показано, что за последние 7 лет детские урологи не достигли большого прогресса в данной области, частота осложнений и повторных операций остается достаточно высокой. В результате обсуждения все сошлись во мнении, ■

что требуется тщательный отбор пациентов, которым можно выполнять такие операции как с медицинской точки зрения, так и с социальной (возможность выполнения самокатетеризации). Профессор **Ransley** еще раз подчеркнул, что емкость мочевого пузыря должна соответствовать ночному диурезу ребенка.

Первый приз Конгресса в номинации «Клинические исследования» получила работа **D. M. Weber** «Что такое нормальный половой член?». Авторы доказали, что наиболее важным для пациентов является общий внешний вид полового члена, а положение и форма наружного отверстия их волнует меньше, чем внешний вид лобковых волос. Возможно понимание того, ЧТО хотят пациенты, изменит отношение хирургов к лечению дистальных форм гипоспадии. Именно вопросу оценки внешнего вида полового члена как результата операции были посвящены еще несколько работ, в том числе презентация шкалы HOPE (hypospadias objective penile evaluation).

Вопросы и активную дискуссию вызвало сообщение о более высоком числе осложнений после коррекции гипоспадии при применении андрогенной стимуляции менее чем за 3 месяца до операции. В итоге обсуждения участники Конгресса пришли к заключению, что нужны проспективные исследования для разработки наиболее эффективной схемы андрогенной стимуляции у пациентов с гипоспадией.

Другим важным вопросом, который возник в процессе обсуждения докладов, стал вопрос длительности минимального срока наблюдения за пациентами после коррекции гипоспадии. Мнение о том, что таких пациентов нужно наблюдать до 18 лет и затем передать взрослому урологу, обосновано, но крайне трудно реализуемо во всех странах. Поэтому вопрос об оптимальном минимальном, но достаточном периоде наблюдения остается открытым и требует проведения проспективных исследований.

Также обсуждался вопрос о возникновении осложнений после коррекции гипоспадии, которые возникают уже у взрослых пациентов и которые детские урологи уже не видят. Что является причиной? Активная половая жизнь, протестическое действие спермы, недостаточный рост вентральных структур полового члена? Этот вопрос остался открытым, и как следствие возникает новый вопрос – когда и кого нужно оперировать? Может дистальные формы гипоспадии нужно оперировать, когда пациент вырос? Конечно, большое внимание уделялось частоте осложнений после оперативного лечения гипоспадии, так как 25ти % пациентов после лечения проксимальных форм гипоспадии требуется как минимум еще один этап хирургического лечения. Новые модификации и выбор пациентов для операции Снодграсса позволили уменьшить частоту осложнений, но, тем не

Слева направо: Т.Н. Гарманова, С. Текгюль, Р. Нейман



менее, при повторных операциях и при проксимальных формах гипоспадии частота осложнений достигает 25%.

Важным является результат метаанализа, проведенного группой из Канады под руководством А. Khoury, который показал, что после операции по поводу коррекции недержания мочи у 15% пациентов нарушается функция почек, а у 30% – функция мочевого пузыря. Вопросы чистой интермиттирующей самокатетеризации крайне актуальны с экономической точки зрения во многих странах. В исследовании из Швеции авторы показали, что применение одного катетера для нескольких самокатетеризаций не имеет значимых последствий для пациента.

На конгрессе было, конечно же, еще очень много интересных докладов, в том

числе по осложнениям лечения. В частности, R. Gobert рассказала, что после пиелопластики они наблюдали у одного пациента выраженную длительную лимфорею по страховому дренажу, у другого – почечную колику из-за плохой функции JJ-стента, выход салника из брюшной полости при удалении страхового дренажа, а также описала методы профилактики этих осложнений.

Но все рассказать невозможно, лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать. Для членов ESPU веб-касты Конгресса доступны на официальном сайте.

Следующий юбилейный 25-й съезд Европейской Ассоциации детских урологов пройдет в австрийском городе Иннсбрук с 7 по 10 мая 2014 года. ■

Минимально инвазивное хирургическое лечение МКБ у детей



проф. S. Tekgul
Генеральный секретарь
Европейской Ассоциации детских урологов

Мочекаменная болезнь у детей является важной медицинской проблемой, особенно в эндемичных регионах – на Ближнем Востоке, Южной Азии и Северной Африке. Однако последние эпидемиологические исследования показали, что и в западных странах количество детей с диагнозом МКБ увеличивается.

С развитием малоинвазивных технологий необходимость открытого хирургического вмешательства резко уменьшилась. Основными методами, применяемыми для лечения камней верхних у детей мочевых путей, являются дистанционная литотрипсия (ДЛТ), перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛ), ретроградная интравенальная хирургия, лапароскопические и, в редких случаях, открытые операции.

Перкутанная нефролитотрипсия (ПНЛ)

О первой успешно проведенной ПНЛ у детей сообщили Woodside et al. С тех пор ПНЛ стала стандартным методом в лечении камней почек у пациентов, ко-

торым показано оперативное вмешательство.

Предоперационная подготовка, определение показаний к операции и техника оперативного вмешательства у детей не отличаются от таковых у взрослых. Однако остаются проблемы анатомических образований маленького размера, необходимости хирургических инструментов определенного размера, влияния рентгеновских лучей на ребенка.

Влияние на почечную паренхиму

В урологических кругах давно возникают вопросы о влиянии малоинвазивных оперативных вмешательств на почечную паренхиму. Одно из клиниче-

ских исследований, посвященных этой теме, утверждало, что доказательств образования рубцов после оперативного вмешательства на почке нет. В то же время Samad и коллеги сообщили о наличии у 5% (3 из 60) пациентов рубца на почке после операции. Другие 2 исследования, изучающие эффекты эндоурологических методов лечения на функцию почек продемонстрировали, что **минимально-инвазивные методы не вызывают никаких морфологических и функциональных изменений почечной паренхимы.** Таким образом, было признано, что ПНЛ является безопасным методом лечения МКБ у детей.

Размеры доступа и мини-перк

Первые ПНЛ успешно выполнялись инструментами, применяемыми при операциях у взрослых, однако частота осложнений была выше, чем в настоящее время. Недавно Unsal и др. провели исследование по использованию инструментов разного диаметра в различных возрастных группах детей, которое показало, что при эндоскопических вмешательствах у детей требуются инструменты, специфичные для каждого возрастного периода. У детей старшего возраста можно использовать взрослые инструменты с хорошими результатами. Доган и др., утверждают, что использование инструментов взрослого типа положительно влияет на отхождение камней, уменьшает время операции без

увеличения частоты осложнений. Несмотря на положительные результаты, по-прежнему продолжается поиск возможности применения инструментов небольшого диаметра для снижения травмы почки, брюшной стенки, уменьшения послеоперационной боли, длительности послеоперационной госпитализации и уменьшения частоты переливания крови.

Джекман и др. использовали новый подход – метод “мини-перк”. В начале использовался буж 13F (11F внутренний диаметр), в дальнейшем Джекман описал использование кожуха 11F, который позволил им успешно выполнить операцию, в одном случае даже без нефростомии и без существенных послеоперационных осложнений.

Однако у миниатюрных инструментов есть и минусы – несмотря на упомянутые положительные качества, при кровотечении может быть легко нарушена визуализация из-за меньшего потока ирригационной жидкости, с помощью литоэкстракции возможно удаление только мелких фрагментов из-за малого диаметра кожуха. Таким образом, этот метод лечения следует выбирать только после оценки всех преимуществ и недостатков с учетом возраста ребенка и плотности камня.

ПНЛ без дренажа

Показания к применению ПНЛ без дренажа: ■

- камень размером 2-5 см
- камень менее 2 см, если ДЛТ в качестве первичного лечения оказалась неудачной,
- анатомия ЧЛС, неблагоприятная для проведения ДЛТ,
- если родители ребенка предпочитают ПНЛ в качестве первой линии лечения.

Bilen et al. при мини-ПНЛ устанавливал мочеточниковый катетер в почку только в случаях, если имело место значительное кровотечение или присутствовали резидуальные фрагменты.

Недавно завершилось рандомизированное исследование, в котором изучалась возможность бездренажного завершения ПНЛ на примере ее выполнения у 23 детей. Исследование показало, что при использовании бездренажной методики уменьшается койко-день, снижается потребление анальгетиков, а количество осложнений при этом не увеличивается.

Выводы

Общие принципы ПНЛ одинаковы как для детей, так и для взрослых. ПНЛ у детей должна выполняться урологом только при наличии значительного опыта аналогичных операций у взрослых. Аллен и др. доказали, что обучение одного хирурга занимает минимум 60 операций, набор опыта для операций высокого уровня – 115 операций. Большинство урологов предпочитают формировать доступ под рентгеном, хотя рационально использовать как рентге-

носкопию, так и УЗИ, которое перед операцией или во время создания доступа является хорошей альтернативой рентгенологическим методам визуализации. Однако, у детей для формирования доступа под УЗИ-контролем, перед операцией необходим наркоз. Некоторые хирурги предпочитают выполнять дробление камней повторно для того, чтобы уменьшить количество доступов и снизить вероятность кровотечения.

Выбор доступа должен основываться на следующем – предпочтительнее задняя группа чашечек, расширенные чашечки, если это возможно. Несмотря на эти сходства, ПНЛ у детей имеет некоторые особенности. Во время операции, бужирование не должно превышать 24F, особенно для детей младше 3-х лет (не больше 20F). Для конкрементов трудных локализаций целесообразно использовать гибкие нефроскопы. Относительно тонкая паренхима почки у детей может привести к дислокации. Ирригационная жидкость должна быть теплой для того, чтобы предотвратить переохлаждение и гиперволемию. Кроме того, большое значение имеет возможность полного удаления конкремента.

В качестве монотерапии ПНЛ является очень эффективным методом лечения. **В литературе говорится об эффективности ПНЛ в 85% случаев и в 100% случаев при использовании со вспомогательными методами лечения, таких как ДЛТ, КУЛТ и повторная ПНЛ.** ■



ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России

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

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ УРОЛОГИЯ

ECUro.ru



www.ecuro.ru

Аккредитация ВАК
№ 22/49 от 25.05.12

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

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

Абстракты на английском языке в печатной версии журнала.

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

Применение препарата Роватинекс в детской урологии

В настоящее время в Регистре лекарственных средств, разрешенных к применению в России, числится более 7 000 лекарственных препаратов. Из них более 3 000 наименований лекарственных растений, в том числе – около 300 видов лекарственного растительного сырья. Лекарственные растения с самых древних времен служили целям практической медицины. Применение лекарственных растений в лечебных целях остается актуальным и в наши дни.

Ю.А. Гуденко, И.В. Казанская, З.Б. Лобжанидзе
г. Ставрополь, г. Москва

В России препараты растительного происхождения составляют приблизительно 40% от общего количества используемых в практической медицине лекарств. Каждый третий лечебный препарат на мировом рынке растительного происхождения. Даже в США, где традиционно принято использовать синтетические препараты, более 26% лекарств содержат лекарственные растения. Гораздо шире они используются в Европейских странах, а в странах юго-восточной Азии (Индия, Китай, Пакистан и др.) лекарства из растений имеют большее значение, чем синтетические препараты

Преимущество биологически активных веществ растений заключается в

том, что они легче усваиваются организмом. Отсюда их большая биодоступность и сравнительно редкие случаи непереносимости, побочных явлений.

Лекарственные препараты растительного происхождения, как правило, имеют широкий спектр действия, активны в отношении штаммов микроорганизмов и вирусов, приобретших устойчивость к антибиотикам и синтетическим лекарственным средствам. При рациональном сочетании лекарственных растительных средств с другими препаратами, терапевтические возможности их значительно расширяются.

Особенно это видно при использовании препаратов растительного происхождения для профилактики и лече-

ния заболеваний мочевыводящих путей и др. Они с успехом применяются у пациентов пожилого возраста и детей.

Даже врачи, не имеющие особого желания и опыта в применении фитотерапии, нередко склонны прибегать к назначению детям тех или иных препаратов растительного происхождения в качестве лечебных и профилактических средств, которые прочно вошли в арсенал лекарственных препаратов в повседневной практике.

У пациентов с заболеваниями почек и мочевыводящих путей, в том числе и в детской практике, широкое применение нашли фитопрепараты, содержащие антиоксиданты, обладающие противовоспалительным, спазмолитическим, легким мочегонным и антисептическим действием, улучшающие кровообращение в почке и оказывающие литолитическое действие, способствующие выведению продуктов обмена не только через мочевыделительную систему, но и через желудочно-кишечный тракт. Наиболее ярким их представителем является **Роватинекс**.

Фитотерапия эфирными маслами, или терпенами, давно используется в урологии, в частности в лечении мочекаменной болезни (МКБ). Одним из таких препаратов является **Роватинекс**, применение которого в мире составляет более 50 лет. По данным проведенных исследований Роватинекс обладает антибактериальным, спазмолитическим, литолитическим, противовоспалитель-

ным и диуретическим эффектом. Однако большинство лекарственных препаратов, в том числе и растительного происхождения, имеют возрастное ограничение. В нашем исследовании **Роватинекс** применялся у детей старше 6 лет.

Как известно среди множества факторов, способствующих возникновению мочекаменной болезни, является инфекция верхних мочевых путей. Инфекционный воспалительный процесс, вызванный микроорганизмами расщепляющими мочевины, повышает рН мочи, что вызывает снижение количества защитных коллоидов и усиление процессов кристаллизации (в норме почки выделяют до 1г коллоидов за сутки). Продукты воспаления (отторгнутый эпителий, слизь, гной) участвуют в формировании белковой структуры (матрицы) как центра кристаллизации.

Одним из важнейших факторов в механизме возникновения воспалительного процесса в почках являются состояния, приводящие к нарушению уродинамики. Это врожденные пороки развития мочевой системы: дисплазии устья и сужения мочеточников, пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) и первичный мегауретер, врожденный гидронефроз и инфравезикальные обструкции, нейрогенные нарушения мочеиспускания.

Использование в клинической практике препарата **Роватинекс** обусловлено его комплексным действием. Это ■

особенно актуально у детей и позволяет применять его при лечении хронического пиелонефрита и профилактики формирования «белковой матрицы» как центра кристаллизации, отложения солей и формирования камня. **Роватинекс** потенцирует эффекты антибиотиков и антибактериальных препаратов, обладая нефропротекторным и антиоксидантным действием. Роватинекс может использоваться как в активной стадии воспаления в комбинации с антибактериальными препаратами, так и в качестве поддерживающей противорецидивной терапии курсами не менее 3-х месяцев (3 – 4 месяца) непрерывно.

Целью нашей работы являлась апробация возможности применения препарата **Роватинекс** у детей в возрасте 6 – 11 лет с врожденными пороками мочевыводящей системы, осложненными вторичным пиелонефритом.

Всего в исследовании приняли участие 37 детей: контрольная группа 20 детей; 17 детям одновременно с другими

препаратами назначался **Роватинекс**. При его назначении родители давали согласие на включение этого препарата в лечебный комплекс.

И исследуемая, и контрольная группы детей получали антибиотик Аугментин (Амоксиклав или Панклав) либо Сумамед в возрастной дозировке (курс лечения антибиотиками составлял 7 – 10 дней); Фурадонин или Фурамаг до 3-х недель (при выраженной L-урии). Исследуемой группе назначался Роватинекс (капсулы) – детям в возрасте 6 – 8 лет по 1 капсуле 2 раза в сутки, 9 – 11 лет по 1 капсуле 3 раза в сутки. Курс лечения составлял до 3-х месяцев непрерывно.

Лечение с включением в схему **Роватинекса** назначалось детям с нарушением пассажа мочи из почки, обусловленным обструкцией лоханочно-мочеточникового сегмента (врожденный гидронефроз), стриктурой тазового отдела мочеточника или первичным мегауретером, которым проводилось длительное «программное» стентирование.

Таблица 1. Группы пациентов

| Девочки Мальчики | Количество пациентов, получавших РОВАТИНЕКС | | Количество пациентов, контрольной группы | |
|--|--|------------------------------|---|------------------------------|
| | 6-8 лет - 4 6-8 лет - 2 | 9-11 лет - 7 9-11 лет - 4 | 6-8 лет - 5 6-8 лет - 4 | 9-11 лет - 7 9-11 лет - 4 |
| Обструкция ЛМС (врожденный гидронефроз) | 2 | 4 | 3 | 4 |
| Стриктура т отдела мочеточника | 3 | 3 | 2 | 4 |
| Мегауретер | 1 | 4 | 4 | 3 |



В последние годы так называемое длительное «программное» стентирование при выше перечисленной патологии, стало широко использоваться с целью лечения либо подготовки к оперативному вмешательству.

Под нашим наблюдением находятся 44 ребенка с вышеперечисленной патологией. Была отобрана группа 17 детей, которым разрешено (в соответствии с инструкцией – с 6 лет) применение препарата **Роватинекс**. Как известно, любой стент является инородным телом и вызывает асептическое воспаление, что может способствовать образованию «белковой матрицы» и конкремента в почке. Нередко установленный стент инкрустируется солями и теряет свою

дренирующую функцию, что требует его раннего удаления.

Все дети проходили полное общеклиническое (общий анализ крови, мочи, посев мочи на стерильность и чувствительность; биохимические показатели – мочевина, креатинин, др.) и специальные урологические исследования: УЗИ почек и мочевого пузыря; урофлоуметрия; рентгенологическое и инструментальное (обзорная и экскреторная урография, цистоскопия, цистография, ретроградная уретеро- и уретеропиелография).

По данным анализа крови у всех детей отсутствовали признаки острого воспалительного процесса. Биохимические показатели свидетельствовали ■

о нормальном функциональном состоянии почек (мочевина до 7,6 ммоль/л, креатинин до 92 мкмоль/л), что подтверждалось данными экскреторной урографии. Анализы мочи свидетельствовали о наличии хронического воспалительного процесса (лейкоцитурия). Посев мочи на стерильность или не выявлял бактериурию либо бактериурия была клинически незначимой (< 1000 в 1 мл). После проведения исследования, установления диагноза, стентирования и назначения адекватного лечения, ребенок выписывался на амбулаторное лечение. Контрольное обследование проводилось через 3 – 4 месяца.

По данным анкет, которые заполнялись родителями, следует, что прием Роватинекса не вызывал каких-либо осложнений. В трех случаях у детей в первые дни приема Роватинекса отмечались диспептические явления в виде учащенного, жидкого стула, которые были легко купированы приемом 3 – 5 доз Биобактона и в дальнейшем не повторялись. После 3–3,5 недель приема Роватинекса отмечалось изменение прозрачности мочи, однако анализ мочи в это время был в пределах нормы. Отмечена также более ранняя, чем в контрольной группе (в пределах 5 – 6 недель), нормализация количества лейкоцитов.

Таблица 2. Показатели общего анализа крови

| Показатели крови | Принимавшие РОВАТИНЕКС | | Контрольная группа | |
|------------------|------------------------|---------------|--------------------|---------------|
| | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения |
| Лейкоциты | 6.2 ± 1.2 | 6.3 ± 1.5 | 6.2 ± 0.9 | 6.5 ± 1.1 |
| Эритроциты | 3.95 ± 0.3 | 4.5 ± 0.5 | 4.0 ± 0.3 | 4.2 ± 0.3 |
| Гемоглобин | 105 ± 12 | 115 ± 8 | 105 ± 7 | 110 ± 7 |
| СОЭ | 15 ± 3 | 10 ± 7 | 16 ± 5 | 13 ± 5 |

Таблица 3. Показатели общего анализа мочи

| Показатели мочи | Принимавшие РОВАТИНЕКС | | Контрольная группа | |
|-----------------|--|------------------------|--|---|
| | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения |
| Лейкоциты | 20-25 в п/зр скопл | от 7-9 до 12-13 в п/зр | 20-25 в п/зр скопл | 10-12 в п/зр скопл 50 |
| Эритроциты | 3-5 в п/зр | 1-0-2-3 в п/зр | 3-5 в п/зр | 8-10 в п/зр |
| Белок | 0,01-0,09 г/л | следы; 0,01 г/л | 0,01-0,1 г/л | 0,03-0,01 в п/зр |
| Соли | ураты ⁺⁺ , оксал. ⁺⁺ | нет | ураты ⁺⁺ , оксал. ⁺⁺ | оксал. ⁺⁺⁺ , ураты ⁺⁺ |
| Бактерии | +; ++ | нет | ++; ++ | ++ |
| Слизь | + - | нет | + - | + - |

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

Доказанный литокинетический эффект

При уролитолизе Роватинекс увеличивает долю пациентов с полным освобождением от камней в 2,8 раза*

Традиционная терапия

Терапия + Роватинекс



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

Роватинекс назначается взрослым и детям с 6 лет

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

Показания к применению препарата Роватинекс:

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



Подробнее на www.rowatinex.ru

Производитель: Рова Фармасьютикалс Лтд, Ирландия
Официальный дистрибьютор - ЗАО "Мединторг"
+7 (495) 921-25-15 | www.medintorg.ru



МЕДИНТОРГ
акционерное общество

В контрольной группе детей у 5 отмечено ухудшение функции установленного стента, которое наступило через 4-5 недель. Появились тяжесть, периодически боли в поясничной области на стороне стентирования, ухудшились показатели анализов мочи – лейкоцитурия, микроэритроцитурия, слизь. УЗ исследование показало нарастание картины гидронефротической трансформации, что послужило показанием к раннему удалению стента. У этих детей, при удалении стентов через 4-6 недель, отмечалась их солевая инкрустация, что нарушало дренажную функцию стента. Выше описанные явления отсутствовали у всех 17 детей, которым в комплекс лечения был включен Роватинекс.

На основании полученных результатов можно сделать заключение:

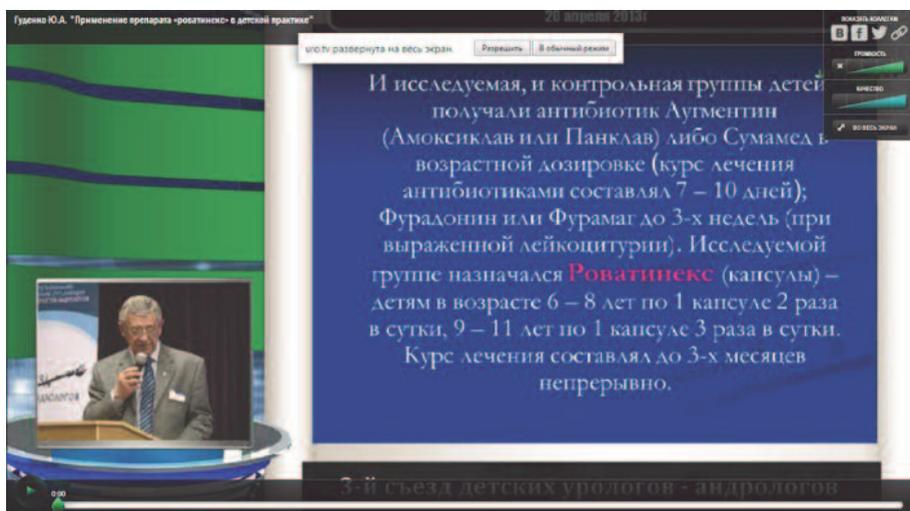
Прием Роватинекса не вызвал каких-либо серьезных побочных явлений или

осложнений у детей.

Включение препарата Роватинекс в комплекс лекарственных средств для лечения воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей способствует более раннему снижению и нормализации количества лейкоцитов в моче, исчезновению бактериурии, уратурии и оксалатурии.

Роватинекс, включенный в комплекс лекарственных средств у детей с длительным программным стентированием, предотвращает возможность образования «белковой матрицы» и солевую инкрустацию стента, что ухудшает его дренажную функцию и вынуждает раннее удаление стента.

Таким образом, Роватинекс может назначаться детям для лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей в комплексе с противовоспалительной, антибактериальной терапией и физиолечением. ■



Консервативное лечение пузырнзависимых форм мегауретера у детей

В детской урологической практике мегауретер – одна из проблем, наиболее часто приводящая к почечным осложнениям. При этом нарушение пассажа мочи по мочеточнику не обеспечивает адекватной эвакуации проникающей в мочевые пути микробной флоры, которая вызывает хроническое воспаление почек, а также патологическое воздействие на почечный кровоток оказывает повышенное внутривисочечное гидростатическое давление.

С.П. Яцык, Б.К. Шапов, С.М. Шарков, А.Г. Буркин
 Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Сложности в дифференциальной диагностике обструктивных и необструктивных видов мегауретера, большое значение нейрогенных дисфункций мочевого пузыря в патогенезе повреждения почек, высокая частота сочетанной патологии и, как следствие, сложности при выборе сроков и способов лечения (консервативного или оперативного), диктуют необходимость поиска быстрых, точных и малоинвазивных методов динамической оценки функционального состояния верхних мочевыводящих путей.

Изучение показателей цитокиновой сети у пациентов с мегауретером указывают на увеличение секреции провоспалительных цитокинов или дисбаланс соотношения про- и противовоспалительных цитокинов, что может иметь важное значение в патогенезе мегауретера у детей.

В нашем исследовании принимали участие 15 мальчиков с пузырнзависимой формой мегауретера в возрасте от 5 до 14 лет. Известно, что изменения мочеточника у таких больных имеет вторичный характер и зависит преимущественно от выраженности нарушений функции мочевого пузыря, а наша тактика лечения направлена на восстановление резервуарной и эвакуаторной функции мочевого пузыря.

С целью оптимизации консервативной те-

рапии детям данной группы проводился электрофорез области мочевого пузыря и нижней трети мочеточников с препаратом Ферменкол, направленным на разрушение избыточного коллагена при помощи ферментов.

В течение 1 года детям проводилось 3 курса. Нами проведено изучение изменений содержания про- и противовоспалительных маркеров склероза мочеточника в сыворотке крови пациентов до и после физиотерапевтического воздействия при помощи иммуносорбентного метода (ELISA).

Анализ полученных результатов показал, что процессы коллагенообразования мочеточника при мегауретере у детей протекают со значительной активацией продукции TGF- β 1, матриксных металлопротеиназ и их тканевых ингибиторов. Гиперэкспрессия MMP под влиянием провоспалительных цитокинов при мегауретере у детей является свидетельством важнейшей роли баланса MMP, их ингибиторов и стимуляторов в формировании и прогрессировании данной урологической патологии.

Таким образом, проведение физиотерапевтического воздействия на область мочевого пузыря и мочеточников с препаратом ферменкол, приводит не только к снижению процессов коллагенообразования, но и активации процессов протеолиза. ■

Применение противорубцовых препаратов для профилактики осложнений при коррекции гипоспадии

В 2011 году в уроандрологическом отделении ФГБУ «НЦЗД» РАМН наблюдалось 19 детей, ранее прооперированных по поводу гипоспадии. Возраст наблюдаемых варьировал от 3 до 15 лет. В 18 наблюдениях послеоперационный период был осложнен развитием меатостеноза, сочетавшегося у 3 детей с дивертикулом уретры, а у 15 – со свищами уретры, у ребенка 15 лет основной жалобой было развитие гипертрофического рубца на вентральной поверхности полового члена после выполненного оперативного вмешательства.

С.П. Яцык, А.Г. Буркин

ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН, уроандрологическое отделение, г.Москва.

18 пациентам были проведены повторные операции: меатотомия, сочетавшая в 3-х случаях с иссечением дивертикула уретры по методике Horton-Devine и в 15 случаях – с пластическим закрытием свища уретры по методике Borchers, 1 пациенту (15 лет) было произведено иссечение рубца на вентральной поверхности полового члена с пластическим закрытием дефекта встречными лоскутами. Деривация мочи в послеоперационном периоде осуществлялась по плаستيковому уретральному катетеру возрастного диаметра, введенному в мочевого пузырь на 4-5 см глубже шейки. Катетер фиксировался лигатурой, проведенной через тыльную сторону головки полового члена. После выполнения оперативного вмешательства на половой член накладывалась стерильная компрессионная повязка.

В терапии гипоспадии помимо антибактериальных препаратов и адекватного обезболивания применялся противорубцовый препарат «Ферменкол», представляющий собой природный комплекс из 9 коллагено-

литических протеаз с молекулярной массой белковых компонентов от 20 до 100 кДа, сырьем для которых служат пищеварительные органы морских гидробионтов (крабов и других морских животных). Препарат обладает выраженным противорубцовым эффектом. В результате применения подобных препаратов происходит уменьшение рубца за счет разрушения в нем избыточного внеклеточного матрикса, прежде всего коллагена, а также нормализуются гидратация рубцовой ткани и ее водно-электролитический метаболизм. Препарат в форме геля наносился ежедневно на область меатуса с 5х суток в течении трех недель. Эти же препараты применялись у 15 летнего подростка для улучшения косметических результатов.

Применение препаратов, влияющих на коллагенообразование, позволило получить максимально выраженный положительный эффект у 17 пациентов (включая пациента 15 лет), удовлетворительный результат получен у 2 пациентов. ■

Минимально инвазивное хирургическое лечение МКБ у детей



Ж.С. Валла
(Valla Jean-Stephane)
профессор, детский
уролог, Франция

За прошедшие годы возможности ведения пациентов с уролитиазом претерпели значительный прогресс за счет усовершенствования и повышения эффективности детских эндоурологических инструментов и литотрипторов. Но большинство случаев уролитиаза у детей требует хирургического вмешательства. Открытые оперативные вмешательства показаны не только в случаях неудач при выполнении дистанционной литорисии и/или перкутанной нефролитолапаксии, они являются методом выбора у пациентов с аномалиями развития мочевыводящих путей, наличие которых исключает возможность применения этих малоинвазивных методов.

Классические «открытые» оперативные вмешательства, такие как цистотомия, уретротомия, пиелотомия и нефрэктомия, стало возможно выполнять через мини-доступ (MAS).

Материалы. Методы. Результаты

За последние 15 лет в нашей клинике проводили лечение 60 пациентов с уролитиазом. 15 пациентам проводилось оперативное лечение с использованием мини-доступа. У семи пациентов имели место камни почки (у 3-х пациентов камни чашечки, у 3-х – камни лоханки, у 3-х камни мочеточника, у 5-ти – камни мочевого пузыря).

Сопутствующая коррекция аномалий развития мочевыводящих путей выполнялась у 5-ти пациентов; у 3-х пациентов обнаружено наследственное нарушение метаболизма (цистинурия). Успешно удалить конкременты удалось у 14 пациентов. Среднее время пребывания в стационаре составило 2,3 дня. Средняя продолжительность последующего наблюдения составила 4 года.

Обсуждение

Идеальный метод лечения МКБ должен быть эффективен и безопасен, т. е. обеспечивать полное удаление камней в течение ■

одного оперативного вмешательства под общим наркозом, при этом с отсутствием смертности.

Это еще более важно и труднодостижимо у детей, так как у них часто встречаются метаболические расстройства, высок риск хронических рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей, что повышает вероятность рецидива камнеобразования, потому возможность отказа от повторных или открытых оперативных вмешательств кажется очень привлекательной. К методам выбора лечения уролитиаза у детей относят малоинвазивные методы (ДЛТ, контактную уретеролитотрипсию, ПНЛП – в зависимости от локализации камня).

ДЛТ является предпочтительным методом для лечения пациентов с камнями почек или проксимальной части мочеточника. Однако большинству детей требуется проводить ДЛТ под общим обезболиванием, а частота повторных вмешательств составляет 58%. В нашем случае в 82% случаях удалось добиться полного избавления от камней, причем такого результата удалось добиться у 12 из 15 пациентов только после одной операции MAS. Наличие таких факторов, как маленький рост пациента, расположение конкремента в дивертикуле чашечки и размер камня более 20 мм, повышает вероятность развития осложнений и снижает индекс полного избавления от камней при выполнении ДЛТ и эндоуро-

логических методов лечения (ПНЛ). Эти факторы в меньшей степени влияют на эффективность вмешательств с мини-доступом.

До настоящего времени при сочетании МКБ с аномалиями развития мочевыводящих путей, такими как стриктура ЛМС или обструктивный мегауретер, было принято выполнять открытые оперативные вмешательства, одновременно корректируя аномалию развития и избавляя пациента от камней.

В настоящее время, если необходимо выполнить сопутствующую реконструктивную операцию на мочевыводящих путях, хорошими методами являются лапароскопия и робот-ассистированная хирургия в медучреждениях, имеющих соответственный опыт.

Не существует метода выбора в лечении дивертикула чашечки; для взрослых урологов его наличие не исключает использования малоинвазивных методик, но в детской урологии существуют трудности доступа (размер инструментов, доступность) и высокий риск рецидива (особенно при оставлении резидуальных камней), что делает предпочтительным доступ, позволяющий избавиться от камня и дивертикула одновременно.

Однако многим детям с камнями мочеточников выполняются открытые оперативные вмешательства, это обусловлено неэффективностью уретеролитотрипсии,

При расположении камней в дистальных отделах мочеоточника, методом выбора является уретероскопия под наркозом, изолированная либо с лазерной/ ультразвуковой уретеролитотомией, она эффективная у большинства пациентов.

малой доступностью и трудностью применения педиатрических инструментов, существующих ныне, у детей младшего возраста. Трое из своих пациентов мы выполняли уретеролитотомию чрезбрюшинным доступом, и зафиксировали одно интраоперационное осложнение.

Наиболее эффективным методом удаления камней мочевого пузыря считается открытое оперативное вмешательство.

У всех наших пациентов с камнями мочевого пузыря наблюдались сопутствующие аномалии развития, предрасполагающие к образованию камней. У некоторых из них в анамнезе были эндоскопические или открытые оперативные

вмешательства на мочевом пузыре (1 экстропия, 1 рабдомиосаркома мочевого пузыря, 1 эпизадия с последующей энтероцистопластикой). Размер 6 из 7 камней мочевого пузыря составил 10 мм и более, что снизило эффективность малоинвазивных методов и сделало маловероятным возможность полного извлечения камня / его отломков. **Преимущества цистолитотомии с использованием мини-доступа перед «открытой» хирургией очевидны и неоспоримы;** наши результаты доказывают целесообразность применения этого метода. У одного из наших пациентов дважды возник рецидив, хотя у него не было резидуальных конкрементов; но отмечалось одно осложнение в ходе операции (перфорация мочевого пузыря), возникшее при установке надлобкового троакара, эта проблема разрешилась на фоне дренирования пузыря.

Выводы

Оперативное лечение уролитиаза у детей с использованием мини-доступа характеризуется эффективностью и безопасностью. У большинства пациентов (87%) наступило улучшение или полное излечение после одной операции. Оперативное лечение с использованием мини-доступа, как метода выбора, заслуживает признания наряду с другими методами лечения МКБ у детей. ■

Пневмозистоскопия

Лекция



Ж.С. Валла
(Valla Jean-Stephane)
профессор, детский
уролог, Франция

Пневмозистоскопия – это оправданный метод для лечения травм брюшной стенки и стенки мочевого пузыря; к преимуществам которого можно отнести снижение длительности пребывания в стационаре и быстрое выздоровление с хорошим косметическим эффектом. Метод не уступает в эффективности классическим оперативным вмешательствам, однако, требует длительной и тщательной подготовки и имеет ряд ограничений.

Пневмозистоскопия может заменить все этапы, осуществляемые при открытой цистостомии, такие как коррекция ПМР, стриктуры мочеточника, уретероцеле, дивертикулов пузыря, цистолитоэкстракцию и т.д. Этот метод стоит освоить всем детским урологам.

Задача пневмозистоскопии – снизить смертность, ассоциированную с классическими открытыми оперативными вмешательствами, сохранив столь же хорошую эффективность.

Изначально пневмозистоскопия применялась для коррекции ПМР; но в последние годы метод расширил границы своего применения и стал применяться при других заболеваниях (обструктив-

ный мегауретер, уретероцеле, дивертикулы мочевого пузыря, камни мочевого пузыря, пластика шейки пузыря при недержании мочи и т.д.)

Принципы пневмозистоскопии
(также называемой *pneumovesicum technique* или *трансвезикоскопический доступ*)

1) Наполнить мочевой пузырь газом (двуокись углерода), что позволяет создать рабочее пространство, эквивалентное объему мочевого пузыря, и хорошую видимость, значительно лучшую, чем при наполнении пузыря жидкостью.

2) Вводятся три надлобковых троакара в эту естественно расширенную полость, один средний для камеры и два боковых

для хирургических инструментов; такая установка обеспечивает «близкий прямой внутрипузырный вид на треугольник Льето и устья мочеточников, который достигается при открытом оперативном вмешательстве». Такая эргономичная позиция хорошо подходит для работы.

Ограничения, противопоказания

Со стороны хирурга:

Все везикоскопические манипуляции имеют свои трудности: интракорпоральное наложение швов в ограниченном пространстве нитью 5/0 или 6/0; длительность обучения; таким образом, все везикоскопические манипуляции остаются прерогативой опытных детских лапароскопистов.

Со стороны пациента:

Основным ограничивающим фактором остается объем мочевого пузыря. Чем меньше мочевого пузыря – тем меньше рабочего пространства. Даже учитывая тот факт, что минимальный возраст наших пациентов составил 4 месяца, сужение границ рабочего пространства вызывало технические трудности и значительно снизило преимущества данного метода. Пневмозикоскопический метод трудноосуществим у

детей младше 1 года или у тех, чей объем пузыря менее 100 мл. В этих случаях даже использование робота, по сути, не решает проблему. В статье MARCHINI G.S, HONG Y.K, MINNILLO B.J, DIAMOND D.A et al. «Robotic assisted laparoscopic ureteral reimplantation in children: case matched comparative study with open surgical approach» (J. Urol 2011; 185:1870-5.) пациенты младше 4 лет или с объемом пузыря менее 200 мл были исключены из исследования.

Другой ограничивающий фактор – состояние стенки мочевого пузыря. Если стенка значительно истончена или в ней выражен воспалительный процесс, процедура будет трудновыполнимой.

Предшествующие неэффективные инъекции или интра-, экстравезикальные операции не должны являться противопоказанием к пневмозикоскопии. Эта методика также возможна при наличии аугментированного пузыря.

Техника

Специфическая проблема пневмозикоскопии заключается в том, что при постановке портов необходимо пройти сквозь две стенки: переднюю брюшную стенку и стенку мочевого пузыря, и в ходе операции надо исключить возможность миграции троакара из пузыря. Самое важное – обеспечить отклонение ■

пузыря к передней брюшной стенке и фиксацию троакара к последней.

В предыдущих работах по везикоскопии пузырь наполнялся обычным физиологическим раствором как при классической цистоскопии и три троакара устанавливались под контролем цистоскопии. Сейчас пузырь заполняется газом на первом цистоскопическом этапе, и только первый срединный трокар устанавливается под цистоскопическим контролем. Конечно, заполнение пузыря жидкостью обеспечивает лучшее давление, чем газом, и это может быть преимуществом, ведь мягкая стенка пузыря у детей может быть смещена или оттеснена троакаром до его установки в пузырь. Мы перешли на заполнение CO_2 по двум причинам: во-первых подтекание крови из стенки мочевого пузыря в месте установки троакара может замутнить ирригационную жидкость, во-вторых, экстравазация жидкости из пузыря может вызвать спадение мочевого пузыря и плохую видимость.

Пневмовезикоскопия осуществляется после опорожнения пузыря (трансуретральный катетер+давление на переднюю брюшную стенку) с использованием CO_2 , нагнетаемого по ирригационному каналу ригидного цистоскопа при максимальном давлении 10-15 мм рт.ст. Как только пузырь заполнится, дно мочевого пузыря

фиксируется к передней брюшной стенке под цистоскопическим контролем. Если стенка живота тонкая, то возможна чрескожная фиксация швами 2/0 или 0/0; при тонкой брюшной стенке может понадобиться больше времени и 2 дополнительных инструмента: 1 – эндоскопический граспер, установленный через оперативный канал цистоскопа для управления нитью в пузыре, 2 – один проводник для иглы с целью проведения и извлечения нити.

Когда стенка пузыря плотно фиксирована к брюшной стенке, 5-мм порт вводится через дно мочевого пузыря для визуализации внутренней поверхности мочевого пузыря. Обзор, осуществляемый 5-мм камерой, намного лучше, чем у цистоскопа. Хирургическая бригада занимает пневмовезикоскопическую позицию – хирург стоит на одной линии с треугольником Льето и экраном. Оперативный инструмент, как правило, граспер, помещается через уретру у девочек, так же, как и у мальчиков, чтобы перемещать цистоскопические grasping-щипцы. Боковые швы для фиксации пузыря накладываются аналогично технике, используемой для дна мочевого пузыря.

Место установки портов на передней брюшной стенке может варьировать в зависимости от роста пациента – у маленьких детей младше 3-4 лет пузырь расположен более высоко, троакары устанавливаются ближе к пупку, что увеличи-

вает риск повреждения брюшины. У детей старшего возраста пузырь расположен глубже и ниже в тазу: троакары устанавливаются ближе к линии бикини, что увеличивает риск задеть эпигастральные сосуды. Особенно осторожно нужно выбирать точку установки в пузырь латерального порта (обычно его диаметр составляет 3 мм), так как при низкой установке он может повредить устья мочеточников. Установка поисковой тонкой иглы (*fine needle*) до латерального троакара позволяет оценить правильное направление, глубину и установить троакар в правильной позиции с первой попытки, без множественных травм слизистой.

Так как защелкивающиеся троакары (*autosuture*, *Pediport Vigon*) больше не доступны, решение сводится к применению обычных многоразовых троакаров или самостоятельно расширяющихся троакаров (порты 3 или 5 мм *Dyne USA*); безопасные *step*-порты (слепая игла), которые просты в установке, но дороги. Обычные многоразовые троакары острые, их следует проводить более осторожно, т. к. у них высокий пенетрационный индекс. При необходимости во время всех процедур через уретру может быть проведен любой хирургический инструмент диаметром 3 мм.

Держатель камеры может быть механическим, пневматическим, роботиче-

ским – он используется для обеспечения стабильности изображения, особенно при наложении швов, что является решающим аспектом в условиях ограниченного пространства при выполнении любых реконструктивных операций.

В конце операции троакары удаляются. Однако некоторые хирурги допускают возможность оставить все раны после удаления портов без ушивания в расчете на их самостоятельное заживление и дренирование пузыря. Моя позиция на этот счет не столь оптимистична: в отношении ран от троакаров размерами от 3 мм, особенно если отверстие от троакара в мочевом пузыре косое, т. е. отверстие в слизистой смещено относительно отверстия в мышечной стенке, в этом случае отверстие порта можно оставить неушитым. Но все раны от портов от 5 мм и более вне зависимости от возраста пациента и толщины стенки пузыря должны быть ушиты с целью предотвращения развития мочепузырных свищей в послеоперационном периоде.

Ряд хирургов рекомендует накладывать поддерживающие швы вокруг троакара на начальном этапе операции и просто затягивать их в конце. Для двух латеральных отверстий в нашей клинике используется наложение швов под контролем камеры; третья рана диаметром 5 мм может быть ушита под контролем зрения. Длительная инсуффляция через ■

уретральный катетер на заключительном этапе может затруднить сопоставление краев слизистой мочевого пузыря. Если после затягивания узла не отмечается утечки газа, значит манипуляция удачна и дренаж может быть удален из пузыря в раннем послеоперационном периоде (через 1-3 дня).

Осложнения

Ряд осложнений связаны с пневмовезикоскопической техникой. Во время установки троакара возможно повреждение дна мочевого пузыря, эпигастральных или подвздошных сосудов. Неудачная попытка установки рабочего порта может привести к конверсии. Попадание газа в паравезикальное пространство и мошонку безвредно, однако при попадании газа в брюшную полость, его необходимо удалить с помощью трансумбиликальной иглы Вереша. В случае подтекания мочи в околопузырное пространство и/или брюшную полость в раннем послеоперационном периоде, необходимо выполнить повторную операцию открытым доступом.

Показания и результаты:

1. Пневмоцистоскопия при ПМР уже была описана разными авторами, однако следует подчеркнуть некоторые

детали, так как при данной методике, так же как и при открытом вмешательстве, возможен ряд осложнений:

- Во время диссекции интубатор, введенный в мочеточник может мигрировать проксимально в устье мочеточника, что может потребовать уретероскопии для его извлечения. Поэтому необходима хорошая фиксация интубатора к устью мочеточника.

- Самое грозное осложнение послеоперационного периода – обструкция мочеточника, чаще всего обусловленная чрезмерным иссечением монополярной петлей (ишемия+ожог). Рекомендовано использовать низкую мощность на электроде петли и прецезионное рассечение тканей возле мочеточника.

Среди малоинвазивных процедур в лечении ПМР, пневмовезикоскопия конкурирует с введением объемобразующих веществ. Обе методики могут использоваться в комбинации, кроме случаев двустороннего процесса (к примеру, рефлюкс низкой степени с одной стороны, и обструктивный мегауретер или уретероцеле с другой). Преимущества, достигаемые при цистоскопии позволяют избежать двусторонней реимплантации и экономят время.

Данные о положительных результатах нескольких пневмовезикоскопических реимплантаций мочеточников по Коэну были опубликованы 10 лет спу-

стя. С момента нашей первой публикации в 2009 о 75 случаях таких операций их общее количество приближается уже к 150 с 92% хороших результатов. Два коротких сравнительных исследования показывают преимущества пневмозекопии в сравнении с открытой хирургией.

2. Мегауретер

Расширенный мочеточник требует формирования более протяженного подслизистого туннеля и иногда буживания, поэтому пересадка дилатированного мочеточника сложнее, чем пересадка недилатированного. Такая ситуация существует и при открытых вмешательствах, и, тем более, при пневмозекопических, т. к. сложно манипулировать с расширенным мочеточником в узком пространстве, а получить полную визуализацию всего дистального отдела мочеточника часто не представляется возможным.

В открытых вмешательствах хирург часто сочетает интра- и экстравезикальный доступ, но это неосуществимо для малоинвазивных методов: хирург должен сделать выбор между интрапузырным (пневмозекопия) и экстрапузырным доступом. Мой опыт пневмозекопии в лечении obstructивного мегауретера ограничен 16 случаями, и в 4 случаях мы вынуждены были прибегнуть к конверсии. Бу-

живание мочеточника (5 случаев) не выполнялись интравезикально, чтобы сэкономить время, мы предпочли вывести наружу дистальную часть мочеточника через уретру у девочек и через ипсилатеральный трокар у мальчиков чтобы выполнить экстракорпоральное буживание. Повторная реимплантация потребовалась спустя 3 месяца после операции по поводу стриктуры мочеточника. У 4 пациентов возник рефлюкс после операции, что в двух случаях потребовало инъекционной терапии.

Таким образом, как и при открытой хирургии, мы считаем результаты неудовлетворительными. Все реимплантации выполнялись по Коэну. Классические открытые реимплантации – по Политанно-Ладбеттеру и Псоас-Хитч – необоснованы.

По моему мнению, пневмозекопия в лечении мегауретера должна применяться лишь в исключительных случаях. В случае большого мегауретера, возраста пациента меньше 1 года предпочтительнее выполнять эндоскопическую дилатацию и стентирование или лапароскопическое буживание мочеточника и неоуретероцистоанастомоз по LICH-GREGOIR.

3. Уретероцеле

Методы лечения уретероцеле должны быть индивидуальными в зависимости от анатомии, патофизиологии ■

и функции почек каждого пациента. Возможно применение простого наблюдения, медикаментозной терапии, эндоскопического иссечения, резекции верхней половины нефункционирующей почки, уретеропиелостомии, иссечение уретероцеле и пересадка мочеточников, и наконец, тотальная реконструкция в сочетании операции на почке с операцией на мочевом пузыре; две последние процедуры можно выполнить пневмозеикоскопически.

- В случае уретероцеле удовлетворительно функционирующей верхней половины удвоенной почки, пневмозеикоскопия позволяет иссечь уретероцеле с реконструкцией пузыря и реимплантации мочеточников единым блоком. При таком сочетании наш опыт включает 3 случая без конверсии, т. е. мы получили 3 положительных результата при среднем периоде последующего наблюдения 3 года.

- В случае уретероцеле нефункционирующей верхней половины удвоенной почки оптимальный метод лечения остается спорным и противоречивым. В литературе описаны трансперитонеальный доступ в качестве одномоментного радикального метода лечения, то возможно использовать два доступа: ретроперитонеоскопический для удаления верхнего полюса почки, в сочетании с пневмозеикоскопией для иссечения уретероцеле

(включая нижнюю часть расширенного мочеточника), закрытия дефекта пузыря и реимплантации мочеточника нижней половины удвоенной почки. Конечно, необходимо выполнить два этапа в течение одного общего наркоза: на первом пациент в латеральной или позиции на животе, на втором он в положении на спине; общее время операции составило 4 часа, как и для трасперитонеального доступа. Но нам удалось прооперировать 10 пациентов, средний возраст которых составил 2,5 лет, без конверсии. Средний период наблюдения составил 4 года, 9 случаев успешного исхода, ни у одного не было обструкции у 1 пациента возник персистирующий рефлюкс с противоположной стороны.

- В итоге одномоментная малоинвазивная операция, выполненная пневмозеикоскопическим или лапароскопическим (рекомендовано для маленьких детей) доступом, позволяет выполнить все необходимые этапы, исключая травму поясничной и надлобковой области.

4. Камни пузыря

Формирование камней пузыря у детей происходит в двух случаях:

- В развивающихся странах эндемичные камни образуются в основном у мальчиков моложе 5 лет, основной компонент – уратные камни.

- В развитых странах наиболее часто камни пузыря встречаются у детей с ау-

ментированным пузырем; в этом случае основной компонент – струвит.

В отличие от взрослых, у детей трансуретральная литотрипсия невозможна, ввиду малого диаметра уретры, которая может быть нормальной маленькой чувствительной уретрой или рубцово-измененной, ранее оперированной уретрой.

Техника перкутанной цистолитотомии описана много лет назад, но лишь с использованием гидродистензии мочевого пузыря. Ряд осложнений, ассоциированный с этой манипуляцией, включает: гипертермию, экстравазацию жидкости в паравезикальное пространство или брюшную полость. CO₂ заполнение позволяет избежать этих осложнений.

Техника: при возможности цистоскоп проводится сначала в уретру или конduit Митрофанова для заполнения мочевого пузыря CO₂ и обеспечения визуального контроля при установке надлобкового порта. Диаметр порта выбирается в соответствии с диаметром конкремента и размером инструментов (5-15 мм) – если ни уретра, ни конduit Митрофанова недоступны, выполняют надлобковую пункцию иглой (18-22 размера) и через которую заполняется мочевой пузырь. Затем делается маленький надлобковый разрез для проведения 5-мм троакара или камеры, осторожно, чтоб не повредить дно пузыря. Вторые и третьи надлобковые порты устанавливаются под визуаль-

ным контролем; также можно установить 10-мм камеру по 5-мм оперативному каналу. У пациентов с предшествующей расширяющей кишечной пластикой пузыря в анамнезе разрез нужно делать ниже, чтоб исключить повреждение брюшины.

Путь литоэкстракции определяется размером и количеством камней. Задача заключается в том, чтобы удалить все камни, не оставив даже самого маленького фрагмента, которые могут послужить ядром для дальнейшего камнеобразования, особенно в аномальном пузыре после кишечной пластики. Если камень менее 8 мм в диаметре, самый простой путь его удаления – аспирация. Камень можно удалить с помощью щипцов, разломив его на мелкие фрагменты. Любые камни более 15 мм следует доставать после фрагментации путем. Электро-, ультразвуковая и пневматическая литотрипсия не могут использоваться в газовой среде. Все камни надо поместить в небольшой пакет (кусочек перчатки, заполненный жидкостью) и удалить после механической литотрипсии. Камни более 30 мм в диаметре удаляются путем классической открытой цистолитотомии.

В конце операции необходима визуальная оценка. Если есть подозрение на наличие резидуальных камней, можно выполнить рентгеноскопию. Рана от порта ушивается, устанавливается ■

надлобковый катетер в качестве дренажа на 2,5 дня, в зависимости от состояния пузыря.

Литературные данные свидетельствуют о 80-100% случаев с минимальным количеством осложнений. Наше короткое исследование подтверждает эти хорошие результаты: у нас была только одна конверсия (камень более 35 мм у пациента с экстрофией мочевого пузыря), отсутствие осложнений, все пациенты избавлены от камней; 2 рецидива камнеобразования за долгий период времени.

Пневмовезикоскопическая цистолитотомия позволяет малоинвазивным доступом удалить камни мочевого пузыря, она исключает повреждения уретры и снижает риск травмы. Это простая процедура, практически не требующая длительного обучения. Чем меньше камень – тем проще операция.

5. Реконструкция шейки пузыря

Лечение несостоятельности шейки пузыря это сложная задача. Множество методов было предложено для лечения нейрогенного МП и экстрофии пузыря. В зависимости от доступа, эти методы можно разделить на 2 группы:

- Экстравезикоуретральный доступ: слинг или уретросуспензия выполняется предпузырным лапароскопическим доступом, искусственный сфинктер уретры формируется при классическом открытом доступе.

- Интравезикоуретральный доступ: введение объемообразующих веществ сужающих уретру и шейку пузыря, используя технику YOUND-DEES, создание интравезикальной неоуретры с механизмом лоскутного клапана по технике KROPP или технике PIPPI SALE и, наконец, закрытие шейки пузыря. Все эти техники могут быть выполнены пневмозикоскопически.

К сожалению, в литературе нет данных по таким случаям. Мой опыт сводится к нескольким случаям введения объемообразующих веществ, потому оценить результаты невозможно.

Выводы

Пневмозикоскопия – новый метод лечения, занимающий важное место среди открытой хирургии и эндоскопических методов. Уже сейчас доказаны ее преимущества в сравнении с открытыми методами, в умелых руках детского уролога метод безопасен и эффективен. В идеале, им должны владеть все детские урологи, предлагая семье ребенка его каждый раз, когда необходима операция на мочевом пузыре.

Однако, для достижения идеальной минимально инвазивной техники этой операции на мочевом пузыре требуется дальнейшее совершенствование инструментария, а также мануальных навыков урологов. ■

Вода натуральная минеральная природная



CERELIA – ВОДА РИМСКИХ ИМПЕРАТОРОВ

Обладает уникальным лечебным
и профилактическим эффектом



Лечебные свойства минеральной воды Черелия (Cerelia):

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

Химический состав, мг/л

| | |
|---|-----------|
| Ионы Кальция Ca ⁺⁺ | 120 - 130 |
| Ионы Магния Mg | 10 - 15 |
| Ионы Хлорида Cl ⁻ | менее 5 |
| Ионы Кремния Si | 17 - 20 |
| Ионы Сульфата SO ₄ | 7 - 10 |
| Ионы Гидрокарбоната HCO ₃ | 395 - 415 |
| Ионы Натрия и Калия Na ⁺ K | менее 10 |

Уровень минерализации, г/л: . 0,45-0,50



Официальный
дистрибьютор

127051, Москва,
Петровский бул., 13
+7(495)708-4769

www.cerelia.ru



Wellness
Philosophy

Рецидивирующая инфекция МВП у детей



Л.Б. Меньшикова
д.м.н., профессор

Во время проведения Школы по детской урологии-андрологии 2013 г. д.м.н., профессор Людмила Борисовна Меновщикова представила вниманию участников доклад по лечению рецидивирующей инфекции мочевых путей у детей и новым методам, применяемым в этой области.

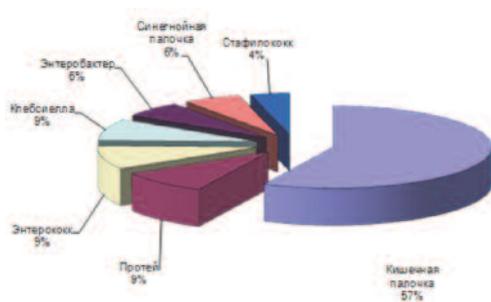
Инфекции мочевых путей (ИМП) – это достаточно частое заболевание детского возраста. В препубертатном возрасте инфекционным поражением мочевого пузыря (МП), вызванным бактериальной флорой, страдают чаще всего девочки (до 8%). Для сравнения – ИМП в этом же периоде жизни страдает только 1% мальчиков. Частота рецидивов у девочек составляет 50% уже в течение первого года после дебюта, а на втором году – уже 75%.

У мальчиков рецидивы встречаются только в 20% случаев и реже.

По данным исследования АРМИД (2010 г) этиология ИМП у детей в целом идентична таковой у взрослых – *E. Coli* 57%, энтерококки – 9%, клебсиелла – 9%, энтеробактерии – 6%.

Основными симптомами ИМП у детей являются: недержание мочи, urgency, поллакиурия, боль, лейкоцитурия, бактериурия с титром 10³ КОЕ/л.

В своем докладе профессор отметила, что, учитывая высокую резистентность основного возбудителя ИМП у детей кишечной палочки к антибактериальным препаратам, рост мультирезистентных штаммов бактерий, отсутствие новых классов антибиотиков, высокий процент побочных эффектов от применения антибиотиков – все это толкает ученых на поиск альтернативных средств лечения





Уро-Ваксом®

капсулы 6 мг



Иммуноterapia инфекций мочевыводящих путей

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

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



ИМП. В качестве одной из возможных альтернатив в настоящее время считается иммунотерапия ИМП.

В целом иммунная система у детей является незрелой, и дети более склонны к развитию инфекций, причем антибактериальное лечение само может оказывать отрицательное воздействие на иммунную систему и местную флору. Важными факторами защиты слизистой оболочки против колонизации бактериями, вирусами или грибами являются секреторный иммуноглобулин А (sIgA) и IgM. У девочек, склонных к рецидивирующим ИМП, уровни sIgA в моче ниже по сравнению с уровнем у здоровых детей, что обуславливает снижение защитных свойств слизистой. Поэтому механизм иммунотерапии, по мнению профессора, должен быть направлен на стимуляцию механизмов врожденного иммунитета и повышение уровня sIgA, что может помочь снизить частоту рецидивов ИМП у детей.

В качестве примера препарата для иммунотерапии ИМП Людмила Борисовна привела Уро-Ваксом – лиофилизированный бактериальный лизат 18 штаммов *Escherichia Coli*. Это наиболее изученный препарат, которым пролечено более 1 миллиона пациентов в течение 5 лет.

При приеме per os в желудочно-кишечном тракте запускается стимуляция

клеток иммунной системы в зоне Пейеровых бляшек, активация Т- и В-лимфоцитов (основных защитных клеток организма). Защитные клетки начинают циркулировать по кровеносным и лимфатическим сосудам, мигрируют в мочевые пути, запускают продукцию защитных и специфических антител в слизистой оболочке мочевого пузыря. Уро-Ваксом вызывает усиление иммунного ответа за счет стимуляции врожденного и приобретенного иммунитета, как клеточного, так и гуморального звена.

С целью лечения ИМП детям Уро-Ваксом можно назначать с 4х-летнего возраста, по 1 капсуле в день, ежедневно утром натощак не менее 10 дней вместе с противомикробным препаратом (максимальный срок – 3 месяца).

В целях профилактики ИМП – по 1 капсуле ежедневно утром натощак в течение 3-х месяцев.

Применение Уро-Ваксома можно осуществлять вне зависимости от вида возбудителя ИМП, также можно сочетать с антибиотиками и уросептиками.

Таким образом, профессор считает, что Уро-Ваксом является эффективным альтернативным методом лечения и профилактики рецидивов инфекции мочевых путей у детей. Препарат хорошо переносится, характеризуется низкой кратностью приема и не формирует резистентности к антибиотикам. ■



Уважаемые коллеги!

От имени Европейской Ассоциации Детских Урологов и ФГБУ "НИИ Урологии"
мы рады сообщать вам о проведении

в рамках III Всероссийской школы по детской урологии Курса по детской Урологии Европейской Ассоциации Детских Урологов, который впервые будет проводится в России, Москве 29-30 мая 2014 года

В рамках курса международные эксперты в различных областях детской урологии представят базисные и последние данные по основным направлениям детской урологии. Формат проведения курса включает в себя лекции, обсуждение клинических случаев и представление обучающих видео выполнения операции. Среди приглашенных лекторов:

C.Radmayr – профессор, член правления Европейской ассоциации Детских урологов, глава отделения детской урологии Университетской клиники Иннсбрука, Австрия

R. Nijman – профессор, экс-президент Европейской ассоциации Детских урологов, глава отделения детской урологии Университетской клиники Гронингена, Голландия

S. Tekgül – генеральный секретарь Европейской ассоциации Детских урологов, профессор, глава отделения детской урологии университетской клиники Hacettepe, Анкара, Турция.

G. Lackgren – профессор, президент Европейской ассоциации Детских урологов, глава отделения детской урологии Университетской клиники Уппсала, Швеция

R. Subramaniam – профессор, глава образовательного комитета Европейской ассоциации Детских урологов, глава отделения детской урологии университетской больницы Св. Джеймса, Лидс, Англия

T. Manzoni – профессор, избранный президент Европейской ассоциации Детских урологов, глава отделения детской урологии госпиталя Маджоре Поликлинико, Милан, Италия

E. Merlini – профессор, казначей Европейской ассоциации Детских урологов, глава отделения детской хирургии госпиталя Маджоре делла Карита, Италия

Принимаются тезисы докладов для выступления на школе, которые будут опубликованы в приложении к журналу "Экспериментальная и клиническая урология".

*Более подробная информация о регистрации и программа школы
будет опубликована в ближайшее время на Uro.ru, UroWeb.ru, Uro+, UroEdu.ru.*

Стволовые клетки в урологии



А. Паевский
Специальный
корреспондент
«Дайджеста урологии»



В.А. Шадеркина
Руководитель
проекта
«Дайджест урологии»

Современная научная медицинская литература наполнена разрозненными сообщениями о стволовых клетках, генной инженерии, биотехнологиях и их применении в различных областях медицины. И если еще несколько десятков лет назад речь о применении стволовых клеток шла только теоретически, то сейчас технологии СК применяются практически, правда, только в рамках клинических исследований. Наше издание не осталось в стороне от мировых трендов – мы представляем новую рубрику «Инновации в урологии», где будут рассматриваться действительно принципиально новые технологии в урологии. Надеемся, что она станет постоянной и интересной для Вас, наши дорогие коллеги

Каждая Нобелевская премия в области естественных наук – химии, физики и медицины и физиологии – не просто награда за выдающиеся открытия и прорывы. Это еще и знаковое событие в мире соответствующей науки, указывающее, как это принято говорить сейчас, на тренды.

В этом отношении премия 2012 года в области физиологии и медицины (кстати, правильнее называть ее премией по физиологии ИЛИ медицине – именно так она именуется по-английски), врученная Джону Гердону и Синья Яманаке, может считаться

классической. Ибо вручена она за работы в ключевой области современной науки – работы по клонированию и стволовым клеткам. Д. Гердон впервые смог клонировать лягушку из клеток эпителия, а С. Яманака сумел получить плюрипотентные стволовые клетки из

обыкновенных дифференцированных клеток. Век назад такие вещи даже теоретически считались невозможными.

Вспомнить все

Что же такое стволовые клетки (СК)? Это – источник обновления всех клеток организма, при этом из некоторых типов СК могут образовываться самые разные клетки. Из стволовых клеток растет эмбрион. Первая клетка, из которой получается наш организм – стволовая. Как и тысячи последующих клеток. Кстати, **существование стволовых клеток предсказал великий русский гистолог и эмбриолог Александр Александрович Максимов в 1908 году.**

Существует несколько типов стволовых клеток. Самая универсальная стволовая клетка — зигота. Она дает начало всем типам клеток организма. Теми же свойствами обладают бластомеры — клетки, образовавшиеся при нескольких первых делениях зиготы. Из зиготы или бластомера можно вырастить целый организм. Такие клетки называются *тотипотентными* стволовыми клетками.

Чуть менее универсальны клетки, образующиеся при нескольких последующих зародышевых делениях (до разделения на зародышевые листки). Они могут дать начало всем клеткам организма, но не плаценте, поэтому целый новый организм из одной такой клетки вырастить невозможно. Эти клетки называются плюрипотентными стволовыми клетками (ПСК).

Уже специализированы мультипотентные стволовые клетки — то есть те, которые могут дать начало множеству клеточных типов, характерных для организма, но не всем. Мультипотентные клетки бывают, если можно так выразиться, «более или менее потентными» — то есть могут давать начало большему или меньшему количеству типов клеток. К мультипотентным относятся и некоторые из стволовых клеток, активных во взрослом организме, о которых говорилось выше. Постепенная дифференцировка потомков мультипотентных клеток приводит к появлению олигопотентных (дающих начало только небольшому количеству типов клеток) и унипотентных (дающих начало только одному типу) клеток. ■

Человеческий организм содержит примерно 50 миллиардов стволовых клеток, которые регулярно обновляются. С годами их количество сокращается, угасать они начинают уже к 20 годам, а в 70 лет их остается совсем немного. Для сравнения: у эмбриона — 1 стволовая клетка на 10 тыс. обычных, у человека в 60-80 лет — 1 клетка на 5-8 миллионов.

Использование стволовых клеток в медицине началось достаточно давно и велось по двум направлениям:

1. инъекции соответствующих стволовых клеток в поврежденный орган и
2. попытки вырастить ткань или целый орган с последующей пересадкой его пациенту.

Второй путь хорош тем, что человек получает фактически новый здоровый орган вместо поврежденного или погибшего, при этом исключаются проблемы с совместимостью донорского органа. За последние годы ученые вырастили множество видов тканей и органов – от сердечного клапана до целого сердца. Правда, последнее еще не работает.

Не осталась в стороне и урология.

От мочевого пузыря из пробки до почки из ...принтера (!)

Урологическое сообщество в 2006 году взорвало сообщение группы Энтони Атала из Северной Каролины. Оказывается, Э. Атала еще в 1999 году пересадил нескольким пациентам мочевой пузырь, выращенный с использованием стволовых клеток, но не опубликовал тогда результаты, дабы убедиться, что операция прошла успешно в отдаленном периоде времени. С тех пор в мире проведено около 30 подобных операций.

Сейчас Э. Атала – один из мировых лидеров нового направления в медицине, которое получило название ткане-

вой инженерии. В его лабораториях ведутся работы над искусственным получением множества тканей и органов, не только урологических (несмотря на то, что Э. Атала – автор большой работы *Stem Cell in Urology*, опубликованной в 2008 году). Здесь выращивают хрящи, кости, сосуды, уретру и многие другие органы и ткани.

Пытаются здесь «работать» и над почками, которые вырастить гораздо сложнее, чем мочевой пузырь. Сам профессор Атала возлагает большие надежды на технологию 3D-печати, посредством которой орган можно будет просто напечатать из соответствующих клеточных культур. Впрочем, более простые случаи клеточной недостаточности пытаются лечить, делая инъекции стволовых клеток в начинающую давать сбои почку.

3D печать – это быстрое создание реальной модели по ее виртуальному образу. Технологический процесс 3D печати представляет собой послойное создание будущего предмета без использования форм или дополнительной оснастки. Существующие технологии позволяют создавать модели из пластика, гипса, специальных полимеров и прочих порошкообразных компонентов, которые могут склеиваться или спекаться в процессе создания прототипа.





3D принтер



Первое напечатанное на 3D принтере оружие AR-15.



Детали, напечатанные на 3D принтере

Другие ученые пытаются работать «традиционным» методом: выращивать почку. Не так давно было опубликовано сообщение об успешно выращенных почечных канальцах почки человека.

А гарвардские специалисты во главе с Харальдом Оттом в апреле 2013 года сообщили, что им удалось вырастить целую почку крысы и пересадить ее живому грызуну. В этом случае в качестве «каркаса» использовалась почка умершей крысы, из которой удалили все клетки, кроме клеток соединительной ткани. Получившаяся почка содержала не все типы клеток, производила всего треть от нормального объема мочи и перерабатывала креатинин в 36 раз медленнее «естественной» почки. Но, тем не менее, это успех.

Тот же самый доктор Энтони Атала, впервые вырастивший и пересадивший мочевого пузырь человеку, в 2009 году провел еще один успешный эксперимент, правда, не на людях. Ему удалось вырастить и имплантировать ткань пещеристого тела полового члена. Не удивительно, что в качестве экспериментальных животных проф. Э. Атала с командой выбрали кроликов.

Эксперимент окончился удачно: 12 прооперированных кроликов спарили с самками, в результате четыре самки забеременели. Если технологию удастся перенести на людей, это будет важнейший прорыв в терапии выраженной эректильной дисфункции и серьезная альтернатива протезированию полового члена. ■



Энтони Атала
профессор
университета
Wake Forest

Конечно, никакие обзоры и статьи не могут заменить живого мнения ученого, который работает в этой области. Один из лидеров тканевой инженерии, первым в мире пересадивший человеку искусственно выращенный из стволовых клеток мочевого пузырь, тот самый доктор Энтони Атала, глава Института регенеративной медицины университета Wake Forest, любезно согласился дать блиц-интервью специально для «Дайджеста Урологии». После тяжелого операционного дня он нашел время, чтобы ответить на несколько вопросов, которые мы прислали ему по электронной почте.

Каковы основные приоритеты в развитии технологий, связанных с использованием стволовых клеток в урологии?

Стволовые клетки из мочевого пузыря (мышечные и эпителиальные) клинически используются для создания мочевого пузыря и уретры, которые имплантируются пациенту. Проекты, которые в настоящее время проходят предварительные клинические испытания, включают в себя использование мышечных клеток предшественников для лечения недержания мочи и клеток эректильной ткани для ее замещения.

Кроме того, ученые из Института регенеративной медицины Wake Forest проводят клинические исследования по применению трансплантации стволовых клеток сперматогенного эпителия в качестве потенциального лечения мужского бесплодия.

Когда впервые был создан искусственный орган мочевого системы? Когда он был впервые пересажен человеку? И какова судьба этого пациента?

Биоинженерный мочевой пузырь впервые был имплантирован пациенту в 1999 году. Мы докладывали об отда-

ленных результатах у семи пациентов в 2006 году. Обследование показало, что биоинженерные органы функционируют так же, как и органы, восстановленные с помощью кишечника, но без единого побочного эффекта. Эти пациенты чувствуют себя хорошо до сих пор.

Вы с тех пор выполняли подобные операции? Сколько из них находится по всему миру? Может ли Вы говорить о внедрении этого опыта в массовую практику?

После нашей пионерской работы мы лицензировали технологию для компании, которая продолжает проводить клинические испытания. Наша технология еще не прошла процедуру одобрения FDA, поэтому она недоступна вне рамок клинических исследований.

Каковы этапы формирования нового органа, например, мочевого пузыря? Сколько времени это занимает?

На создание мочевого пузыря в лаборатории уходит около 6-7 недель. Это период времени начинается небольшой биопсией с забором клеточного материала, продолжается выращиванием клеток и завершается имплантацией нового органа в тело пациента.

Есть ли какие-то отличия в случае создания почки? Трудно ли сделать почку? Сколько времени это займет?

Почка – намного более сложный орган, чем мочевой пузырь, и по количеству типов клеток (около 20), и по плотности. Мы изучаем несколько способов лечения почечной недостаточности – от использования 3D-печати для создания органа до инъекции стволовых клеток в орган. Основные проблемы с тканевой инженерией – это обеспечение адекватного снабжения клеток кислородом после имплантации.

Нобелевская премия по медицине в 2012 году была вручена Шинье Яманака, который получал стволовые клетки из обычных соматических. У Вас нет планов повторить Ваш опыт с мочевым пузырем, но применения соматических клеток в качестве первичного материала?

С нашей технологией тканевой инженерии идеальным будет использование собственных стволовых клеток пациента, так как не будет проблем с отторжением. Когда это невозможно, выходом является использование стволовых клеток из другого источника.

Какие глобальные достижения в этой области за последние 5 лет Вы находите наиболее важными?

Очень важными является развитие биопечати, а также, конечно, работы доктора Яманака и других ученых в области индуцированных плюрипотентных стволовых клеток. ■

Главное в альфа-блокаторах - уроселективность!



А.В. Гудков
Д.м.н., профессор,
главный уролог
Томской
области

25-26 апреля 2013 года в Томске – главном студенческом и университетском городе Сибири состоялся II Конгресс урологов Сибири. В рамках мероприятия была проведена выставка ведущих фармацевтических компаний. Мы обратили внимание на стенд компании Рекордати, представляющей новый альфа-блокатор силодозин, и побеседовали с главным урологом Томской области, зав. кафедрой урологии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава РФ, д.м.н., профессором Гудковым Александром Владимировичем о важности появления на мировом фармацевтическом рынке новых препаратов для лечения ДГПЖ.

1. Александр Владимирович, насколько важно появление нового уроселективного альфа-блокатора Урорек® (силодозин) в арсенале российских урологов?

Гудков А.В.: Для практикующих врачей всегда важно иметь выбор. С появлением нового уроселективного альфа-блокатора силодозин у урологов появилась возможность подобрать для пациента с ДГПЖ наиболее подходящий альфа-блокатор. Силодозин является оригинальным препаратом, обладающим мощной базой рандомизированных плацебо-контролируемых клинических исследований, проведенных в различных странах с позиций доказательной меди-

цины. Основные клинические исследования – это три больших исследования III фазы, проведенные в Европе и США. В этих исследованиях в общей сложности участвовали более полутора тысяч пациентов: примерно треть из них получали силодозин в течение 12 месяцев и более. Это большая доказательная база и очень убедительные результаты.

2. Есть ли у силодозина преимущества перед другими альфа-блокаторами?

Гудков А.В.: Согласно данным исследований силодозин обладает самой высокой уроселективностью из всех су-

УРОРЕК®

Силодозин 4мг; 8мг

Учащенное мочеиспускание

Никтурия

Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря

Качество жизни

ДЛЯ ИДЕАЛЬНОГО СЧЕТА
в матче против ДГПЖ

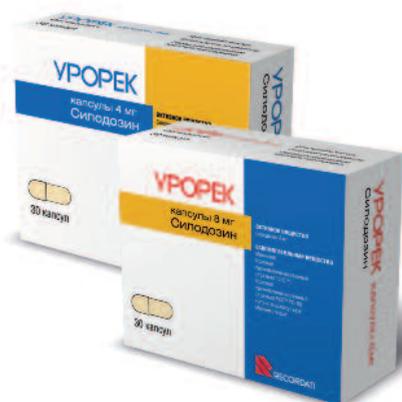
УРОРЕК® является наиболее уроселективным альфа-блокатором. УРОРЕК® способствует облегчению симптомов ДГПЖ, повышая уровень качества жизни пациентов.

- ✓ САМЫЙ УРОСЕЛЕКТИВНЫЙ АЛЬФА-БЛОКАТОР НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ^{1,2,3}
- ✓ БОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ СИМПТОМОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ НАИБОЛЬШЕЕ БЕСПОКОЙСТВО У ПАЦИЕНТОВ (одновременно учащенное мочеиспускание, никтурия и чувство неполного опорожнения мочевого пузыря), по сравнению с тамсулозином⁴
- ✓ ДОКАЗАННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ^{4,5}

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

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

Для медицинских работников и специалистов здравоохранения.



Регистрационный номер: ЛСР-005971/01-250610

 **RECORDATI**

существующих альфа-блокаторов. Он эффективно и быстро облегчает ноктурию – это наиболее беспокоящий пациентов симптом ДГПЖ, который существенно влияет на качество жизни. Исследованиями доказана его наибольшая эффективность из всех существующих адreno-блокаторов в отношении одновременного улучшения трех наиболее беспокоящих симптомов ДГПЖ – ноктурии, неполного опорожнения мочевого пузыря и учащенного мочеиспускания. Немаловажным является факт того, что силодозин не увеличивает риск развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы (прежде всего в отношении падения АД) даже при одновременном его приеме с антигипертензивными препаратами.

3. Каково Ваше мнение о возникновении нарушений эякуляции при назначении селективных альфа-блокаторов?

Гудков А.В.: Это ожидаемое побочное действие при приеме селективных альфа-блокаторов. У части пациентов при приеме селективных альфа-блокаторов происходит оргазм с уменьшенным объемом семенной жидкости или ее отсутствием. Часто имеет место не истинная ретроградная эякуляция, а уменьшенное семяизвержение. Это происходит вследствие ослабленного сокращения гладкой мускулатуры семенных протоков и семенных пузырьков вследствие интенсивного воздействия селективного альфа-блокатора на рецепторы подтипа $\alpha 1A$. Более того, недавно проведенные исследования показали, что у па-

циентов, у которых в ходе лечения силодозином имели место нарушения эякуляции, наблюдалось достоверно более выраженное улучшение общей оценки по шкале IPSS по сравнению с пациентами, не отмечавших в ходе лечения нарушений эякуляции или получавшими плацебо. Таким образом, возникновение нарушений эякуляции можно рассматривать как косвенный признак эффективности препарата. Данный феномен не является серьезным побочным эффектом и быстро обратим при отмене альфа-блокатора. По данным исследований, прием силодозина по причине возникновения нарушений эякуляции прекращают лишь 3,9% пациентов. Безусловно, важно заранее информировать пациента о возможности возникновения такого явления при приеме любого селективного альфа-блокатора.

4. Каким пациентам назначение нового уроселективного альфа-блокатора Урорек® (силодозин) будет оптимальным?

Гудков А.В.: Это может быть любой пациент с ДГПЖ, а также пациенты, у которых доминирующим симптомом ДГПЖ является ноктурия. Также это могут быть пациенты, принимающие антигипертензивные препараты или ингибиторы ФДЭ – 5, пациенты, у которых была неэффективной предшествующая терапия другими α – блокаторами; пациенты, которые отказываются принимать другие α – блокаторы вследствие наличия побочных эффектов; пациенты, которым диагноз ДГПЖ поставлен впервые. ■





NEW

THE WORLD'S FIRST FULLY-INTEGRATED BIPOLAR & ULTRASONIC TECHNOLOGY

Rapid cutting and reliable 7 mm vessel sealing from a single surgical instrument.

The benefits of both advanced bipolar and ultrasonic energies to provide unprecedented versatility:

- Reliable 7 mm vessel sealing
- Minimal thermal spread
- Fastest-in-class cutting
- Reduced mist generation for improved visibility
- Precise dissection with fine jaw design
- Fewer instrument exchanges

For more information, please visit www.olympus.ch

OLYMPUS

Your Vision, Our Future

THUNDERBEAT

ВПЕРВЫЕ В МИРЕ ОДНОВРЕМЕННАЯ ПОДАЧА
К ТКАНЯМ БИПОЛЯРНОЙ И УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭНЕРГИИ

**Высокая скорость резекции и надежный гемостаз сосудов
до 7 мм в диаметре одним инструментом.**



Генераторы и принадлежности

THUNDERBEAT

| | | |
|-----------------|-----------------|---|
| WB91051W | ESG-400 | Аппарат электрохирургический THUNDERBEAT |
| N3808660 | USG-400 | Аппарат электрохирургический с функцией ультразвука серии THUNDERBEAT |
| N3635730 | TC-E400 | Тележка THUNDERBEAT |
| N3808760 | TD-TB400 | Трансдююсер THUNDERBEAT |
| N3809230 | MAJ-1870 | Педаля для THUNDERBEAT |
| N3809330 | MAJ-1871 | Кабель 25 см для THUNDERBEAT |
| N3809430 | MAJ-1872 | Кабель 10 м для THUNDERBEAT |
| N3809530 | MAJ-1873 | Адаптер для UHI-2 и UHI-3 THUNDERBEAT |
| N3809630 | MAJ-1876 | Фиксатор крепления THUNDERBEAT |

*Required for the automatic mist and smoke evacuation function

Хирургические инструменты THUNDERBEAT

THUNDERBEAT

| | | |
|-----------------|------------------|---|
| N3810330 | TB-0545PC | Инструмент THUNDERBEAT 5 мм, 45 см, пистолетная рукоятка, 5 шт./уп. |
| N3810430 | TB-0535PC | Инструмент THUNDERBEAT 5 мм, 35 см, пистолетная рукоятка, 5 шт./уп. |
| N3810530 | TB-0545IC | Инструмент THUNDERBEAT 5 мм, 45 см, линейная рукоятка, 5 шт./уп. |
| N3810630 | TB-0535IC | Инструмент THUNDERBEAT 5 мм, 20 см, линейная рукоятка, 5 шт./уп. |
| N3810730 | TB-0520IC | Инструмент THUNDERBEAT 5 мм, 20 см, линейная рукоятка, 5 шт./уп. |
| N3810830 | TB-0510IC | Инструмент THUNDERBEAT 5 мм, 10 см, линейная рукоятка, 5 шт./уп. |



Пистолетная рукоятка



Линейная рукоятка



Универсальная электроэнергетическая система для хирургии

Specifications, design and accessories are subject to change without any notice or obligation on the part of the manufacturer.

СОЧЕТАНИЕ БИПОЛЯРНОЙ И УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭНЕРГИИ В ОДНОМ ИНСТРУМЕНТЕ

Отличительные особенности инструментов THUNDERBEAT

THUNDERBEAT - первый в мире инструмент, в котором биполярная и ультразвуковая энергия подаются к тканям одновременно. Данное сочетание обеспечивает значительные преимущества по сравнению с аппаратами, использующими только биполярную и ультразвуковую энергию, подаваемую к тканям отдельно. Ультразвуковая энергия обеспечивает быстрое рассечение тканей, биполярная энергия, подающаяся с учетом изменения сопротивления в тканях, обеспечивает надежный гемостаз тканей и лигирование сосудов. Инструменты THUNDERBEAT имеют два типа рукояток, четыре варианта рабочей длины, обеспечивая хирургов оптимальным выбором.



Преимущества сочетания биполярной и ультразвуковой энергии для хирургии:

- Надежный гемостаз сосудов до 7 мм
- Минимальный риск термического латерального повреждения
- Максимальная скорость лигирования и резекции
- Уменьшение паро- дымообразования улучшает качество визуализации
- Точная диссекция благодаря конструкции бранш
- Один инструмент для большинства манипуляций

THUNDERBEAT

Революционный дизайн бранш

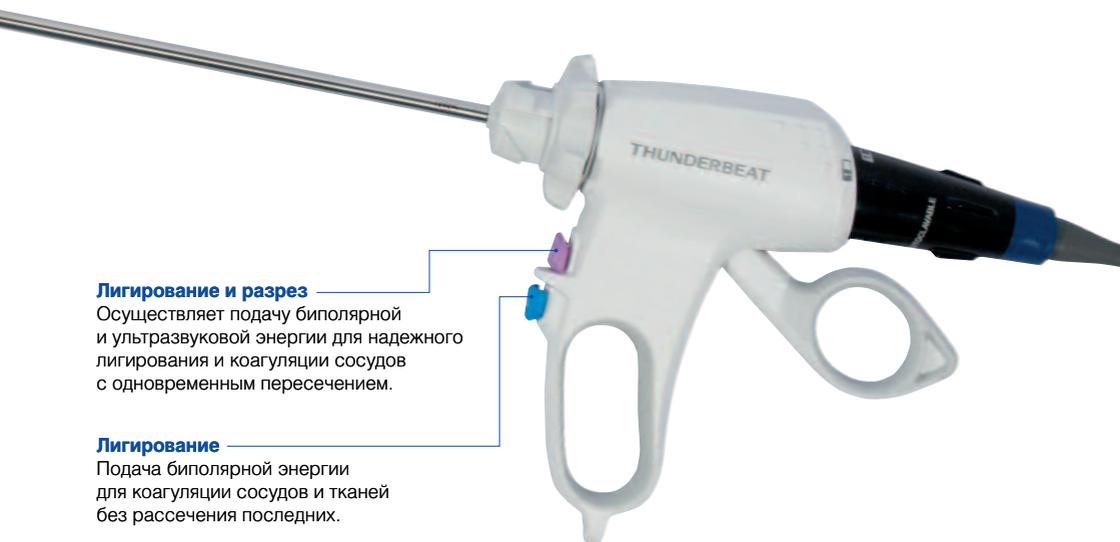
Инструменты THUNDERBEAT имеют запатентованный дизайн бранш, техническое решение аналогично конструкции крепления автомобильного стеклоочистителя, что позволяет точно адаптироваться к ультразвуковому зонду, обеспечивая точность диссекции и снижение образования пара и дыма, сохраняя уровень качества визуализации. Настоящее конструктивное решение равномерно распределяет давление при закрытии бранш независимо от формы, толщины, типа оперируемых тканей, обеспечивая стабильную подачу энергии для лигирования и распределение усилия при захвате и диссекции тканей.

Биполярные бранши

Запатентованное крепление

Соответствующий дизайн бранш для точной диссекции и снижения паро-дымообразования

Ультразвуковой и биполярный зонд



Лигирование и разрез

Осуществляет подачу биполярной и ультразвуковой энергии для надежного лигирования и коагуляции сосудов с одновременным пересечением.

Лигирование

Подача биполярной энергии для коагуляции сосудов и тканей без рассечения последних.

Учиться, учиться и еще раз учиться...

С 22 апреля по 14 июня 2013 года на сайте профессионального урологического образования *UroEdu.ru* были проведены курсы дистанционного образования по теме «Цистит. Инфекции мочевыводящих путей».

Организаторами курсов выступили ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России и Интернет форум урологов. Благодаря мощной технической и информационной поддержке ИД «УроМедиа», ООО «Замбон Фарма», *Uro.ru*, *Uro.TV*, *UroWeb.ru*, в обучении приняли участие 254 уролога из России и стран СНГ.

Участие в курсах дистанционного образования было **БЕСПЛАТНЫМ** для урологов.

Урологи прослушали следующие лекции:

1. Неосложненные инфекции мочевыводящих путей.

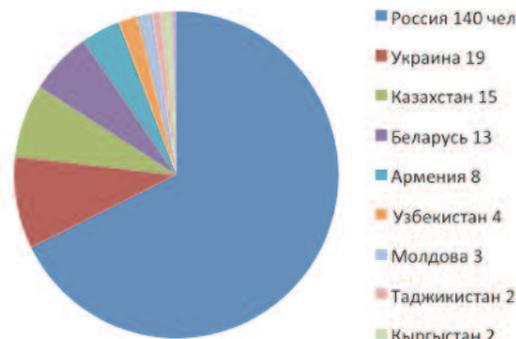
Лектор – заведующая отделом инфекционно-воспалительных урологических заболеваний с группами клинической фармакологии и эфферентных методов лечения профессор ФГБУ «НИИ урологии» д.м.н., профессор Перепанова Т.С. (Москва).

Прослушали 254 уролога, положительно ответили на тесты в конце лекции – 232 человека.

2. Современные подходы к терапии ИМП.

Лектор – директор НИИ антимикробной химиотерапии ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская

Участники курсов по странам



МОНУРАЛ®

ФОСФОМИЦИНА ТРОМЕТАМОЛ

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



- Пиковая концентрация Монурала в моче в 440 раз выше уровня МПК для *E. Coli*
- Самая высокая чувствительность к *E. Coli* в России, США и странах ЕС (ARESC, ДАРМИС)
- Высокая клиническая эффективность благодаря 100% комплаенсу
- Одобрен FDA для применения у детей и беременных
- 1 доза 3 г на курс лечения при терапии острого цистита
- 1 доза 3 г каждые 10 дней, курс 3 месяца – при терапии рецидивирующего цистита



Zambon
1999

ООО «Замбон Фарма»

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

академия» Минздрава России д.м.н., профессор Козлов Р.С. (Смоленск).

Прослушали 220 урологов, положительно ответили на тесты в конце лекции – 215 человек.

3. Эффективная антимикробная терапия: в фокусе комплаентность пациентов.

Лектор – д.м.н., профессор кафедры клинической фармакологии Первого Московского Медицинского Университета им. И.М. Сеченова Архипов В.В.

Прослушали 212 урологов, положительно ответили на тесты в конце лекции – 210 человек.

4. Рецидивирующие инфекции мочевых путей. Ошибки диагностики. Новые подходы к лечению.

Лектор – д.м.н., профессор кафедры урологии и хирургической андрологии РМАПО Сняжкова Л.А.

Прослушали 209 урологов, положительно ответили на тесты в конце лекции – 208 человек.

5. Ведение пациенток с острой и хронической инфекцией мочевых путей во время беременности от первого триместра до родоразрешения.

Лектор – д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Первого Московского Медицинского Университета им. И.М. Сеченова Никонов А.П.

Прослушали 208 урологов, положительно ответили на тесты в конце лекции – 204 человека.

Таким образом, курс успешно завершили 204 уролога, которые получили сертификаты о прохождении курсов дистанционного образования, подписанные преподавателями – авторами Российских национальных рекомендаций «Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов».

В сентябре планируется логическое продолжение курсов дистанционного образования, в котором планируется разбор врачебных назначений, клинических случаев, интереснейшие лекции, которые прозвучат впервые. Преподаватели – признанные лидеры области российской урологии. ■

**Следите за информацией на наших проектах Uro.ru, Uro.TV,
а также на мобильном приложении Uro+.**



Монурель

Превидист

защита от цистита

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ



3 эффекта в одной таблетке

Экстракт клюквы 36 мг РАС (проантоцианидины)

Препятствует адгезии кишечной палочки к клеткам уротелия

1. Повреждает синтез фимбрий
2. Деформирует бактериальную клетку

Витамин С

3. Повышает сопротивляемость организма

1 таблетка в день:

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

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Экстракт
клюквы
36 мг РАС
+
Витамин С



ОДИН РАЗ В ДЕНЬ

Zambon
фарма

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

Применение «Пролит Супер Септо капсулы» у пациентов с хроническим простатитом

Хронический простатит – третье по значимости заболевание предстательной железы после рака предстательной железы и доброкачественной гиперплазии простаты. Современные исследования показывают, что в большинстве случаев причиной хронического простатита является бактериальная инфекция, поддерживающая в тканях предстательной железы постоянное воспаление. Основные симптомы и признаки хронического простатита это: боли и дискомфорт в области промежности и половых органов, появление дизурических явлений и пр.

В «Медицинском центре андрологии и сексологии» урологом-андрологом к.м.н. А.В.Сагаловым был проведен клинический анализ эффективности применения «Пролит Супер Септо капсулы» в составе комплексного лечения пациентов с хроническим простатитом в дозировке по 1200 мг (2 капсулы) 3 раза в день во время еды в течение 20 дней с оценкой эффективности лечения через 14-28 дней после окончания курса лечения.

Группа обследованных включала в себя 97 мужчин в возрасте от 19 до 58 лет (средний возраст – 38,2 года) с лабораторно подтвержденным хроническим простатитом слабой и средней степени

активности и с более или менее выраженными явлениями застоя (конгестии) в предстательной железе.

Все пациенты прошли комплексное обследование, включающее:

- Микроскопию мазка из уретры;
- Пальцевое исследование предстательной железы с микроскопическим исследованием полученного секрета;
- Обследование на ИППП - хламидии, уреоплазмы, микоплазмы, гарднереллы, трихомонады, вирус простого герпеса и вирус папилломы человека 16, 18 тип.
- Бактериологическое исследование уретрального содержимого и секрета простаты;

Таблица 1. Выраженность проявлений хронического простатита

| Степень активности воспаления и выраженность застойных явлений хр. простатита до лечения | | Основная группа (n=54) | | Контрольная группа (n=43) | |
|--|-------------------|------------------------|-----|---------------------------|-----|
| Активность | Застойные явления | Абс. | % | Абс. | % |
| Слабоактивный | Слабые, умеренные | 15 | 28 | 10 | 23 |
| | Выраженные | 11 | 20 | 13 | 30 |
| ВСЕГО | | 26 | 48 | 23 | 53 |
| Средней степени активности | Слабые, умеренные | 19 | 35 | 14 | 33 |
| | Выраженные | 9 | 17 | 6 | 14 |
| ВСЕГО | | 28 | 52 | 20 | 47 |
| ИТОГО | | 54 | 100 | 43 | 100 |

Таблица 1. Динамика эффективности лечения

| Степень активности воспаления и выраженность застойных явлений хр. простатита после лечения | | Основная группа (n=54) | | Контрольная группа (n=43) | |
|---|-------------------|------------------------|-----|---------------------------|-----|
| Активность | Застойные явления | Абс. | % | Абс. | % |
| Здоров | Отсутствуют | 29 | 54 | 20 | 48 |
| | Слабые, умеренные | 14 | 26 | 9 | 21 |
| ВСЕГО | | 43 | 80 | 29 | 68* |
| Слабоактивный | Отсутствуют | 6 | 11 | 6 | 14 |
| | Слабые, умеренные | 1 | 2 | 3 | 7 |
| ВСЕГО | | 7 | 13 | 9 | 21* |
| Средней степени активности | Отсутствуют | 3 | 5 | 4 | 9 |
| | Слабые, умеренные | 1 | 2 | 1 | 2 |
| | Выраженные | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ВСЕГО | | 4 | 7 | 5 | 11 |
| ИТОГО | | 54 | 100 | 43 | 100 |

* - p<0,05

- УЗИ, ТРУЗИ – по показаниям.

Пациентам проводился курс лечения:

- Противомикробные препараты (дазолик, орнидазол, тиберал, трихопол);
- Антибактериальная терапия и др.;
- Введение лекарств в виде микроклизм (отвар ромашки, димексид, антибиотик);
- Физиопроцедуры (электростимуляция простаты (Интрадон)), массаж простаты;
- Изоляция презервативом.

Все пациенты были разбиты на 2 группы. В исследуемой группе (54 человека) в курс лечения включался «Пролит Супер Септо капсулы» по 1200 мг (2 капсулы) 3 раза в день на 20 дней. Контрольная группа составила 43 пациента.

Группы были сопоставимы по возрасту, клиническим и лабораторным проявлениям основного заболевания, отсутствию выраженных отклонений в состоянии здоровья в связи с другими патологическими процессами в организме.

Из исследования были исключены пациенты с высокой степенью активности простатита и наличием значимой сопутствующей патологии, в первую очередь – наличием ДГПЖ любой степени выраженности.

В контрольных анализах на выявленную при первичной диагностике

условно-патогенную микрофлору отмечена полная элиминация возбудителей как в основной, так и в контрольной группах исследования. На фоне лечения у 3 пациентов были слабовыраженные диспептические явления, не требующие медикаментозной коррекции. У всех этих пациентов в анамнезе в течение 4 месяцев перед курсом лечения отмечались курсовые приемы антибиотиков других групп (в связи с простудными заболеваниями, неэффективной коррекцией воспалительных заболеваний половых органов).

Динамика клинических и лабораторных показателей позволила автору исследования сделать вывод об улучшении состояния предстательной железы, а именно - снижении количества лейкоцитов в уретральном содержимом и секрете предстательной железы, что связано как с элиминацией микроорганизмов вследствие антимикробного действия назначаемых препаратов, так и с повышением уровня местного иммунитета, улучшением микроциркуляции и стимуляцией репарационных процессов в очаге поражения.

Результаты проведенного исследования позволяют рекомендовать «Пролит Супер Септо капсулы» в качестве составной части комплексной терапии у больных воспалительными заболеваниями предстательной железы. ■

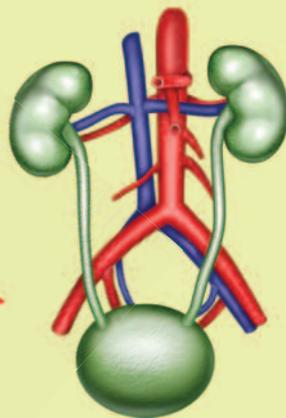


ПРОДИТ

Эффективная помощь
при инфекционно-воспалительных заболеваниях
мочевыделительной системы и мочекаменной болезни

Применяется в комплексной терапии:

- мочекаменной болезни, кристаллурии;
- острых и хронических инфекций мочевого пузыря и почек;
- неинфекционных хронических воспалений почек.



- Способствует разрыхлению и выведению камней из почек и мочевых путей
- Оказывает противовоспалительное и спазмолитическое действие
- Улучшает клубочковую фильтрацию, усиливает диурез
- Обладает антибактериальными свойствами
- Повышает эффективность лечения антибиотиками

Клинические исследования проведены в НИИ урологии Минздрава РФ и более чем в 25 городах России.

Рекомендован ведущими урологами России.

Может применяться длительно, не вызывает привыкания и синдрома отмены.

Реализуется в аптечных сетях, доступен по цене.

Препарат не является лекарственным средством. БАД. Имеется государственное удостоверение о применении. Производится в России. Разрешено к применению в России. СГР № RU.77.99.1.003.E.002889.02.11 от 11.02.2011 г. На правах рекламы.

www.netkamney.ru • неткамней.рф
www.netinfection.ru • нетинфекций.рф

Растительный
препарат
компания

ГРИНВА

Наши дистрибьюторы – ведущие национальные фармацевтические компании.
Розничные продажи: 78 регионов, более 100 крупнейших аптечных сетей России, более 30 000 аптек.

109012, г. Москва, ул. Варварка, 14. Тел. (495) 229-14-30 (многоканальный)

Лечение гиперурикемии: монотерапия против комбинированного лечения

Мочекаменная болезнь - одна из форм нарушения обмена веществ, которая имеет тенденцию к росту в связи с изменением характера питания и увеличением значимости неблагоприятных экологических факторов, оказывающих прямое воздействие на организм человека.

Абсолютное число зарегистрированных больных МКБ в РФ на 2009 год составляет 738 130 человек (в сравнении с 2002 г. - 629 453 человека). По регионам максимальные показатели частоты встречаемости мочекаменной болезни на 100 тыс. чел. детского населения были отмечены в Магаданской области (140,8), а минимальные - в Республике Бурятия (9,1) и Курганской области (4,2).

Частота образования уратных камней с формированием мочекаменной болезни (МКБ) у больных подагрой крайне высока. Причиной этого является хроническая гиперурикемия (ГУ) - ключевой патогенетический фактор развития как подагры, так и уратного

нефролитиаза. ГУ может приводить к непосредственному повреждению почек, инициируя и поддерживая прогрессирование клубочковой гипертрофии, артериолопатии и гипертензии. И, наоборот, учитывая, что около 70 % конечного метаболита пуриновых оснований - мочевой кислоты (МК) - выводится почками, ухудшение их функции может способствовать развитию ГУ и подагры. Частота выявления подагры у больных с хронической почечной недостаточностью (как у мужчин, так и у женщин) во много раз превышает популяционную.

Вещества, ощелачивающие мочу, такие как цитраты, облегчают почечную экскрецию мочевой кислоты, но их

**Лечение мочекаменной болезни +
Растворяет уратные камни + Предупреждает
нефролитиаз + Доказательства эффективности
в многочисленных РКИ + Оригинальный
препарат + Немецкое качество + Одобрен EAU®**



Полную информацию о препарате можно прочитать в инструкции по применению.
В комплекте мерная ложечка, зажим и индикаторная бумага.

Регистрационное удостоверение П №007951 от 09.06.2010

117198, г. Москва, Ленинский пр-т, 113/1, оф. 404 В. Тел.: +7 (495) 933-67-94

www.rottapharm-madaus.ru

* EAU — Европейское общество урологов



От производителя оригинального лекарственного препарата ДОНА®

вспомогательное действие для ингибиторов ксантиноксидазы еще не исследовано.

Ученые из Японии под руководством Saito J. провели рандомизированное проспективное исследование влияния

уровни мочевой кислоты, клиренс мочевой кислоты, интенсивность клубочковой фильтрации, оцененной с помощью уровня клиренса креатинина.

После анализа результатов обоих видов терапии ученые отметили, что сы-

МКБ у больных подагрой выявляется во много раз чаще, чем в популяции и примерно в 40 % случаев предшествует ее дебюту.

комбинации аллопуринола и препаратов цитрата на функцию почек у пациентов с гиперурикемией. В исследовании приняли участие 70 пациентов с гиперурикемией с уровнем мочевой кислоты в сыворотке более $\geq 7,0$ мг/дл или имеющих диагноз гиперурикемии в прошлом.

Все пациенты были случайным образом распределены на две группы: 1 группа – монотерапии аллопуринолом, 2 группа – комбинированной терапии аллопуринолом и цитратом (гексакалий-гексанаatriй-тригидро-пентацитратом).

Аллопуринол (100-200 мг/сут) с добавлением цитрата (3 г/сутки) или без него вводили в течение 12 недель. До и после лечения определялись сывороточ-

вороточные уровни мочевой кислоты значительно снизились в обеих группах, однако более значимо – в группе комбинированной терапии. Клиренс мочевой кислоты значительно повысился в группе комбинированной терапии, но не в группе монотерапии. Клиренс креатинина в целом не изменялся в обеих группах, однако значительно повысился в группе комбинированной терапии у пациентов с нарушенной функцией почек.

Эти результаты показывали, что добавление препаратов цитрата к ингибиторам ксантиноксидазы весьма полезно для пациентов с гиперурикемией, т. к. приводит к снижению сывороточного уровня мочевой кислоты и повышает скорость ее клубочковой фильтрации. ■

Авторы:



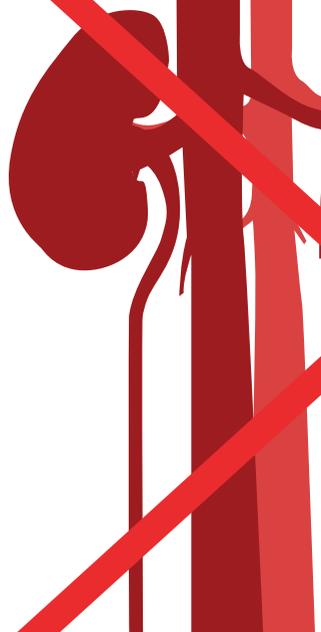
Антонов Алексей Витальевич

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



Аль-Шукри Сальман Хасунович

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



Эндовидеохирургические операции на почках и верхних отделах мочеточников

Руководство для врачей

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

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

**Издательский дом “УроМедиа”
Москва
2013**

«Биопрост» в сексологической и урологической практике



С.Б. Артифексов
ГБУЗ «Нижегородский
областной клинический
диагностический центр
Нижегород

Лечение хронического простатита (ХП) и доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) представляет собой непростую задачу. Оно требует от пациента и врача серьезных усилий, предполагающих использование широкого арсенала фармакологических средств.

Часть препаратов для лечения предстательной железы, в частности антибиотики, сами могут стать причиной снижения качества жизни, в том числе за счет микробиологических нарушений (дисбактериоза) кишечника и слизистых мочеполовой системы, нарушения функции почек и печени и т. п.

В настоящее время в целях решения этих проблем все чаще внимание урологов привлекают препараты комбинированного действия, которые оказывают влияние на основные звенья патогенеза хронического простатита, но не влияют на организм в целом.

К их числу можно отнести, в частности, препарат «Биопрост» (ЗАО «Интелфарм»). Его эффективность определяется содержанием фитостеролов, наиболее важными из которых считаются в-ситостерин, кампестерол, сигмастерол, которые снижают концентрацию простагландинов в ткани предстательной железы посредством торможения синтеза циклооксигеназы и лейкотриенов, что сопровождается достаточно быстрым противовоспалительным эффектом при его использовании.

Существенно, что «Биопрост» не обладает гормональными андрогенными свойствами и не изменяет содержания

О ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ У ВРАЧА

НОВЕЙШЕЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
ПРОСТАТИТА И АДЕНОМЫ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

P. 003058/01

БИОПРОСТ®

биодоступность
безопасность
удобство и простота
природные компоненты

простатит + аденома



Реши
проблему

просто



Группа компаний «Интелфарм»
603000 Нижний Новгород, ул. Костина, 4
Тел. (831) 430-02-06, Факс (831) 433-00-03.
E-mail: info@intelpharm.ru www.intelpharm.ru
Лицензия № ФК-09/04-00089 от 1 июля 2010 г.
Рег. уд. IPN603058/01. Отпускается без рецепта.

тестостерона в сыворотке крови. Его компоненты улучшают микроциркуляцию в простате и тем самым препятствуют отеку ацинусов предстательной железы, уменьшая ее размеры, устраняя боль, нормализуя мочеиспускание и что немаловажно, увеличивая тем самым остроту сексуальных ощущений во время семяизвержения.

Кроме того, известно, что компоненты масла семян тыквы, содержащегося в препарате, в частности токоферолы и каротиноиды, обладают выраженным антиоксидантным действием, угнетающим процессы перекисного окисления липидов мембран клеток, препятствуя их повреждению в процессе воспаления и, следовательно, сохраняющих структуру предстательной железы.

Введение в состав лекарственной формы тимола, обладающего антисептическим действием, способствует нормализации микробного пейзажа половых путей, ускоряя процессы восстановления функции простаты. Несомненным достоинством препарата «Биопрост» является форма его в выпуска в виде ректальных суппозиторий (свечей), обеспечивающих наиболее эффективный путь доставки активных компонентов непосредственно в предстательную железу.

В процессе комплексного обследования пациентов с заболеваниями пред-

стательной железы нами осуществлялся сбор анамнеза, пальпация простаты, анализ секрета простаты, 3-ей порции мочи, урофлоуметрия, общий анализ мочи, посев 3-ей порции мочи, УЗИ простаты, общий и биохимический анализы крови, исследование сексуального статуса мужчин. Результаты проведенного исследования динамики показателей в процессе лечения, включающего препарат «Биопрост» показали, что у всех пациентов отмечалось снижение суммы IPSS и улучшение индекса качества жизни до 8 баллов. При пальцевом ректальном исследовании отмечается исчезновение болезненности, отека ткани предстательной железы. Отмечалась нормализация эхо-структуры ткани предстательной железы, при этом достоверно отмечено, что размер предстательной железы имел тенденцию к нормализации.

Таким образом, применение препарата «Биопрост» у больных, страдающих хроническими заболеваниями предстательной железы, является безопасным и эффективным, как в период обострения заболевания, так и в период ремиссии. Ослабление или исчезновение ассоциированной с заболеваниями предстательной железы симптоматики повышало эффективность патогенетической терапии сексуальных дисфункций. ■

На правах рекламы





СОНИРИД ДУО

0,4 мг тамсулозин + 5 мг финастерид



Мужской набор

Комбинированное
лечение ДГПЖ
без лишних затрат!



ГЕДЕОН РИХТЕР

реклама



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

Сайты печатных изданий и дистанционного образования



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



Редакция дайджеста:

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

Тираж 3500 экземпляров

Подписка на сайте **urodigest.ru**

Распространение бесплатное – Россия, страны СНГ

Периодичность 1 раз в 2 месяца

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

Издательство “УроМедиа”

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

e-mail: info@urodigest.ru

www.urodigest.ru

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!

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

The logo for UroMedia is located at the bottom center of the page. It consists of the word "UroMedia" in a white, sans-serif font, set against a dark blue rounded rectangular background. To the right of the text is a stylized graphic of three overlapping circles in shades of blue and white, resembling a molecular or cellular structure.

UroMedia