

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

Постоянная
катетеризация:
за и против

Периодическая
катетеризация:
избежать
сложностей легко

Уретерокутанеостомы
– прошлый век?

ТЕМА НОМЕРА:

ВАРИКОЦЕЛЕ И МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ИЛИ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ?





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

ОКСАЛИТ

В ПОЧКАХ СТАЛАКТИТЫ РАСТВОРИТ



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

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ



·»» Тема номера:	
·» Субклиническое варикоцеле и мужское бесплодие: медикаментозное или хирургическое лечение?	2
·»» Стомированные урологические пациенты. Актуальность проблемы в мире и России.....	14
·»» Постоянная катетеризация у неврологических пациентов: «за» и «против»	16
·»» Периодическая катетеризация мочевого пузыря	20
·»» Цистостома: установка, уход, прогноз	24
·»» Уретерокутанеостомия и ее актуальность в 21 веке	28
·»» Профилактика и лечение инфекционных осложнений у дренированных пациентов	36
·»» Туберкулез полового члена.....	44
·»» Нарушения мочеиспускания при сочетании болезни Паркинсона и гиперактивного мочевого пузыря.....	50
·»» Курс дистанционного образования по мужскому бесплодию «Ответственное отцовство».....	62
Публикация статей в журнале ВАК	
«Экспериментальная и клиническая урология».....	64

Субклиническое варикоцеле и мужское бесплодие: медикаментозное или хирургическое лечение?



С.И. Гамидов

д.м.н., профессор, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» (г. Москва)

В течение последних 15-20 лет показаниями для хирургического лечения варикоцеле являются 3 состояния: постоянные ноющие боли в мошонке, уменьшение объемов яичка и мужское бесплодие. Однако не прекращаются споры урологов в отношении сочетания бесплодия и субклинического варикоцеле – можно и нужно ли таких пациентов оперировать, можно ли проводить им консервативную терапию по поводу бесплодия? Об этом мы спросили ведущего андролога РФ д.м.н., профессора Сафара Исраиловича Гамидова (ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова»).

Сафар Исраилович, пришли ли ученые к выводу по поводу взаимосвязи варикоцеле и мужского бесплодия? Или до сих пор имеются разногласия?

С.И. Гамидов: Давно уже установлено, что варикоцеле является одной из причин мужского бесплодия. Но вместе с тем известно, что не у всех мужчин, имеющих варикоцеле, развивается бесплодие. Многие мужчины с варикоцеле фертильны, и это факт. Когда мы рекомендуем оперативное лечение пациенту с варикоцеле, мы не всегда уверены в том, что восстановим его фертильность. Вероятнее всего, это связано с тем, какой вред уже нанесен организму теми патогенетическими факторами, которые сопровождают варикоцеле – гипертермия мошонки и индуцированный ею оксидативный стресс, гипоперфузия и гипотрофия яичек, гормональные изменения и т.д. Чаще всего к бесплодию приводит именно двустороннее варикоцеле, в существовании которого до сих пор сомне-



ваются некоторые урологи. Это более частая проблема, чем принято считать. И при наличии показаний двустороннее варикоцеле надо оперировать с двух сторон, а не дожидаться результата от односторонней операции и затягивать процесс лечения. Однако, если с одной стороны мы наблюдаем клинически выраженное варикоцеле, а с другой стороны – субклиническое, то вопрос о целесообразности двусторонней операции становится очень неоднозначным. Все мы знаем, что субклиническое варикоцеле не следует оперировать. Я с этим, в целом, согласен. Но нет единых критериев по которым варикоцеле следует считать субклиническим! Можно, конечно, ориентироваться на пальпацию, но любой хирург согласится, что пальпация является очень субъективным методом.

Как связаны между собой оксидативный стресс и гипертермия мошонки?

С.И. Гамидов: Теория этой взаимосвязи такова: гипертермия мошонки вследствие обратного тока крови по измененным венам приводит к развитию теплового стресса, который стимулирует выработку активных форм кислорода в митохондриях и других органоидах. Этот процесс поддерживается повышенным венозным давлением в яичках, развитием ишемии, которая в свою очередь запускает выработку интерлейкинов 1 и 6, и гормона лептина. Эти вещества приводят к стимуляции выработки активных форм кислорода. Возникает порочный круг. Зная этот механизм, мы понимаем, как разорвать этот порочный круг – нужно устранить его пусковые факторы, то есть гипертермию и ишемию. Это можно сделать, остановив венозный рефлюкс с помощью хирургического лечения варикоцеле. Кроме того, нужно бороться с развившимся в результате варикоцеле оксидативным стрессом.

Вы хотите сказать, что современное лечение варикоцеле должно быть комплексным – хирургическим и медикаментозным?

С.И. Гамидов: Да, сочетание хирургического лечения и антиоксидантной терапии, как правило, позволяет более быстро достигнуть результата. Но, во-первых, даже при бесплодии варикоцеле не всегда нужно оперировать. Во-вторых, невозможно «лечить» варикоцеле медикаментозно, строго говоря. ■

Варикозное расширение вен мошонки и венозный рефлюкс нельзя устранить с помощью медикаментозного лечения – можно лишь смягчить или устранить оксидативный стресс, к которому они приводят. Другое дело, что в отдельных случаях этого оказывается достаточно для того, чтобы достигнуть желаемой беременности в паре и без выполнения варикоцелэктомии. И все же называть это «медикаментозным лечением варикоцеле» было бы некорректно.

Имеет ли значение каким методом будет прооперирован пациент?

С.И. Гамидов: В настоящее время «золотым стандартом» считается микрохирургическая методика в различных вариантах. Опыт хирурга, оснащение, прецизионная техника позволяют свести к минимуму осложнения, самым неприятным из которых является атрофия яичка. Заслуживают внимания также лапароскопические и эндоваскулярные вмешательства. Имеет значение не метод, а качество выполнения операции. Поэтому я считаю, что выбор метода должен определяться не модой, а квалификацией хирурга, оснащенностью учреждения и особенностями организации лечебного процесса. К примеру, если клиника оснащена всем необходимым оборудованием для лапароскопических операций и штатом эндоскопических хирургов, но не имеет операционного микроскопа, зачем «имитировать» модную операцию Мармара и дискредитировать метод? В то же время, есть случаи, когда на первый план выходят индивидуальные особенности пациента. Например, важно учитывать, что лапароскопическая операция заведомо менее эффективна при некоторых гемодинамических типах варикоцеле. А у пациентов, перенесших грыжесечение или орхипексию, я бы не рекомендовал выполнять субингвинальную варикоцелэктомию, особенно начинающим хирургам. Кроме того, учитывайте, что вероятность рецидива существует всегда, и думайте, как с ним будете разбираться вы или другой хирург. Мне проще выполнить повторную операцию при рецидиве после умело выполненной операции Иванисевича, которую сейчас все ругают, чем после неизвестно как выполненной операции Мармара. Конечно, при прочих равных условиях, когда клиника прекрасно оснащена и специалисты хорошо владеют микрохирургическими и эндоскопическими методиками, а у пациента нет каких-то особенностей, которые могут повлиять на выбор ме-



тогда лечения варикоцеле, предпочтение следует отдать микрохирургической субингвинальной варикоцелэктомии как операции с минимальной частотой рецидивов и осложнений, не требующей эндотрахеального наркоза, доступа в брюшную полость и применения ионизирующего излучения. Но, согласитесь, такие идеальные условия для работы встречаются очень редко. Что касается роботической варикоцелэктомии, я пока не уверен в экономической целесообразности этого вмешательства, как и не вижу у него принципиальных преимуществ перед микрохирургической или лапароскопической операцией. Не исключаю, что субингвинальная робот-ассистированная варикоцелэктомия будет иметь более благоприятную кривую обучения, но это пока не доказано.

Еще одной проблемой является то, что у нас до сих пор нет предикторов эффективности хирургического лечения варикоцеле в плане улучшения фертильности. Перевязать или клипировать вены, устранить рефлюкс – не проблема, но мы никогда не можем быть уверены в том, что это повлияет на фертильность мужчины. И об этом мы должны честно предупреждать своих пациентов.

Если не удастся достичь фертильности пациента, какие есть выходы?

С.И. Гамидов: Можно применить вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), однако это уже отдельный разговор. Нужно понимать, что ВРТ очень дорогостоящая методика, не гарантирующая положительный результат. Существующие сравнительные исследования показывают, что варикоцелэктомия превосходит ВРТ с экономической точки зрения. Вы можете спросить, почему так получается, что варикоцелэктомия дает положительный результат лишь у части пациентов. Нет единых критериев успеха операции при варикоцеле. Некоторые авторы считают, что успех – улучшение показателей спермограммы. Другие считают, что успех это наступление беременности у партнерши. Отсюда путаница в интерпретации результатов исследований. Мы на практике часто видим, что улучшение спермограммы не всегда влечет за собой повышение вероятности естественного зачатия. Это связано как с тем, что репродуктивное здоровье женщины не всегда в идеальном состоянии, так и с тем, что в рутинной практике могут не учитываться более тонкие нарушения ■

на молекулярном уровне. И наоборот. Бывает, что спермограмма, казалось бы, не улучшилась, а у жены пациента наступает беременность. Такие приятные «сюрпризы» связаны обычно с улучшением показателей фрагментации ДНК сперматозоидов, нормализацией показателей оксидативного стресса и, вероятно, оптимизацией пока что неизученных протеомных и метаболомных регуляторов функции сперматозоидов. Откуда столько разногласий касательно эффективности варикоцелэктомии? Во-первых, не всегда доктора исключают другие очевидные факторы бесплодия перед тем, как прибегнуть к варикоцелэктомии. Во-вторых, урологи «старой школы» могут игнорировать вены на правой стороне при двустороннем варикоцеле, и в результате выполняют «полуоперацию» и не получают никакого эффекта, тем самым дискредитируя хирургическое лечение варикоцеле как таковое. В-третьих, эффект зависит от качества выполнения операции. Казалось бы, это само собой разумеется, но на практике все не так. Микрохирургическая субингвинальная варикоцелэктомия – сложная и кропотливая операция, хотя и может выполняться в амбулаторных условиях. Этому многие не понимают и относят ее в разряд «простых» вмешательств, подчас доверяя выполнение ординаторам. Неопытный доктор может ненамеренно оставить единичные вены в составе семенного канатика и добьется кратковременного эффекта от такой операции. А затем происходит перераспределение давления на оставшиеся венозные стволы и возникает рецидив. Перевязка даже одной из артериальных ветвей может привести к ухудшению спермограммы, и при этом гипотрофии яичка может и не быть. Лимфатические сосуды перевязывать тоже нежелательно, это может привести не только к гидроцеле, но и к менее явным последствиям – лимфогенному отеку яичка. Сложно сказать, оказывает ли он отрицательное влияние на сперматогенез, но уж совершенно точно он его не улучшает.

В последние годы широко обсуждается назначение гормональных препаратов, в частности, препаратов тестостерона, при субклиническом гипогонадизме, кроме того, его применяют для улучшения физической формы, снижения веса и еще многих ситуациях. Урологи знают, что применение препаратов тестостерона по механизму обратной связи приводит к уменьшению синтеза эндогенного тестостерона, уменьшению размеров яичек,



снижению фертильности. С другой стороны, есть ситуации, когда назначение гормонотерапии, может исправить ситуацию. Как Вы относитесь к гормонотерапии?

С.И. Гамидов: В ряде исследований ученые отмечали, что имеется связь между варикоцеле и низким уровнем тестостерона, что объяснили нарушением эндокринного компонента тестикулярной секреции. Отсюда напрашивается вывод, что в некоторых случаях применение гормональных препаратов может приводить к улучшению параметров спермограммы. Речь не о препаратах тестостерона, естественно. До сих пор данных об эффективности такого лечения относительно мало. Так, например, A. Radicioni опубликовали результаты лечения 20 подростков с идиопатическим левосторонним варикоцеле, которым назначался очищенный фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) в дозе 75 МЕ 3 раза в неделю на протяжении 3 мес. После терапии у 9 пациентов было отмечено значительное повышение концентрации сперматозоидов, количества сперматозоидов, доли сперматозоидов с прогрессивной подвижностью и снижение количества сперматозоидов с атипичной морфологией. Недостатком исследования было то, что оно было нерандомизированным неконтролируемым исследованием, в котором оценивались только показатели спермограммы, но не частота наступления беременности, плюс маленькое количество пациентов не позволяют делать окончательные выводы. Исследование любопытное, но очень далекое от практики. Простейший фармакоэкономический анализ покажет, что выполнение варикоцелэктомии окажется во много раз дешевле, чем непрерывное применение препаратов фоллитропина до наступления беременности.

Есть исследования, касающиеся применения кломифена и ингибиторов ароматазы, но все они обладают недостаточной статистической мощностью. Кроме того, гормональная терапия стимулирует сперматогенез, но не компенсирует многочисленные дефекты сперматогенеза, возникающие на фоне венозной гиперемии яичка и оксидативного стресса. Для того, чтобы куда-то доехать на машине с отвалившимся колесом, нужно для начала поставить новое колесо, а не давить на педаль газа, что есть сил. Надеюсь, аналогия понятна. К тому же, применение препаратов гонадотропинов ограничивается их стоимостью, а модуляторы эстрогеновых рецепторов имеют непредсказуемую эффективность и побочные явления. В любом случае, эффект гормональной терапии ■

временный. Международные данные свидетельствуют о том, что варикоцелэктомия приводит в ряде случаев к повышению уровня тестостерона. Опираясь на эти факты, можно говорить о преимуществе хирургического лечения перед монотерапией гормональными препаратами.

Какие медикаментозные средства могут применяться в лечении мужского бесплодия, обусловленного варикоцеле? И какова их доказательная база?

С.И. Гамидов: В литературе обсуждается применение нестероидных противовоспалительных средств, венопротекторов, ферментных препаратов и др. Но во всех этих данных легко запутаться, качество доказательной базы слабое, и я не рекомендовал бы транслировать данные этих исследований в рутинную клиническую практику. Эти подходы заслуживают дальнейшего изучения в многоцентровых проспективных исследованиях, но на это может уйти огромное количество времени и средств. Не уверен, что это необходимо, ведь нам, к счастью, известны эффективные и безопасные методы хирургического лечения варикоцеле. А у тех пациентов, кому операция не показана, патогенетически обосновано применение антиоксидантных комплексов. Использование коэнзима Q10, например, изучалось R. Festa и им было доказано значительное повышение концентрации и прогрессивной подвижности сперматозоидов у пациентов с бесплодием и варикоцеле.

Достаточно крупное исследование с участием 325 пациентов было посвящено одновременному применению антиоксидантной терапии и НПВС. При таком виде терапии отмечалось улучшение показателей спермограммы при варикоцеле 3й степени, но это улучшение продолжалось только на протяжении приема препаратов. Не рассматривалось наступление беременностей и рождение детей, а группы пациентов отличались высокой гетерогенностью, что не позволяет стандартизировать результаты исследования.

Применение венопротективных средств на основе биофлавоноидов тоже анализировалось в исследованиях у пациентов с субклиническим варикоцеле – после применения препаратов отмечалось уменьшение боли, ассоциированной с варикоцеле, уменьшение параметров рефлюкса по данным доплерографии, но не отмечалось повышения общего количества сперматозоидов, концентрации



сперматозоидов, улучшения их морфологии и увеличения объема семенной жидкости. Однако, в своей практической деятельности мы не наблюдали эффекта от применения венотоников и фактически отказались от этих препаратов.

Можно ли говорить о сопоставимости медикаментозных и хирургических средств лечения варикоцеле?

С.И. Гамидов: Они в принципе не сопоставимы, это не конкурирующие методы. Целью хирургии является радикальное решение проблемы патологического венозного сброса. Целью медикаментозной терапии является временное устранение оксидативного стресса как фактора, нарушающего сперматогенез и ухудшающего функцию сперматозоидов. Потому нет и всеобъемлющих исследований, которые бы сравнивали медикаментозное и хирургическое лечение. Есть, конечно, публикации о сравнении отдельных препаратов с хирургическими методами. Так, например, в одной работе субингвинальная варикоцелэктомия сравнивалась с антиэстрогенами и гонадотропинами на примере 42 мужчин. Значимой разницы между консервативным и хирургическим лечением по концентрации, морфологии и подвижности сперматозоидов через 6 месяцев обнаружено не было. Беременность была зафиксирована в двух случаях в группе хирургического лечения, и только в одном – в группе консервативного лечения. Можно ли сделать какой-то вывод на основании этих данных? На мой взгляд, это затруднительно. Более интересны перспективы сочетания хирургического лечения варикоцеле с адъювантной антиоксидантной терапией, направленной на скорейшее восстановление нормального сперматогенеза после проведенной операции. Любая адъювантная терапия, как антиоксидантная, так и гормональная, даст результаты лучше, чем просто операция без дополнительных назначений.

Исходя из приведенных Вами данных, можно считать, что медикаментозную терапию все же нельзя исключать из арсенала вспомогательных лечебных методов при мужском бесплодии, ассоциированным с варикоцеле? Возникает другой вопрос – когда ее применять – до или после хирургического лечения? ■

С.И. Гамидов: Конечно нельзя. Я только что упомянул вариант адъювантной медикаментозной терапии после проведенного оперативного лечения. Этим мы сочетаем положительные эффекты обоих методов и умножаем шансы пациентов на наступление беременности. Возможна и обратная последовательность. Операция по поводу варикоцеле должна выполняться только тогда, когда исключены все остальные причины бесплодия. Бывает, что единственной выявленной причиной оказывается оксидативный стресс на фоне варикоцеле. При наличии показаний варикоцелэктомия всегда окажется эффективнее, но иногда целесообразно начать с курса антиоксидантной терапии и при отсутствии должного эффекта, исчерпав все консервативные методы лечения, выполнять операцию. Все случаи должны рассматриваться индивидуально с учетом степени варикоцеле, выраженности изменений в лабораторных анализах и предпочтений пациента.

Но ведь есть исследования, которые говорят о возможности консервативного лечения в качестве монотерапии, без хирургии?

С.И. Гамидов: Смотря о чем идет речь. Консервативное лечение не приведет к регрессу варикоцеле. Не устранил риск гипотрофии яичка. Не устранил болевую симптоматику, если она действительно связана с варикоцеле, хотя это далеко не всегда так. Но консервативной терапии может оказаться достаточно для того, чтобы на время нивелировать неблагоприятное влияние варикоцеле и добиться наступления беременности и рождения ребенка. С практической точки зрения для многих пар это действительно можно назвать «успехом консервативного лечения варикоцеле».

Мы достаточно часто применяем антиоксиданты как при субклиническом варикоцеле, так и в рамках адъювантной терапии после хирургического лечения клинически выраженного варикоцеле. Анализ исследований показал, что адъювантная антиоксидантная терапия в 20 раз повышала вероятность улучшения показателей спермограммы по сравнению с контрольной группой. Однако это улучшение не сказывалось на частоте наступления беременности, когда оценивались результаты лечения через 12 мес. Проводились исследования по влиянию цинка, L-карнитина на показатели спермограммы в сравнении с оперативным лечением. Был сделан вывод, что комбинированная терапия цинком и фолиевой

кислотой положительно влияет на параметры спермограммы после операции, но ее клиническое значение в плане частоты наступления беременности остается непонятным.

В чем заключаются сложности применения медикаментозного лечения в данной ситуации?

С.И. Гамидов: Применение медикаментозных средств после хирургического лечения, так же как и в случае эмпирической консервативной терапии по поводу идиопатического мужского бесплодия, затрудняется отсутствием высококачественных исследований с высоким уровнем доказательности. Дизайн подавляющего большинства исследований недостаточно проработан, нет единых стандартов оценки эффективности терапии. Только в некоторых исследованиях учитывается наступление беременностей и рождение детей – конечной цели проводимой терапии. В некоторых исследованиях, о которых мы говорили во время интервью, продемонстрировано улучшение параметров спермограммы на 38–46% по сравнению с плацебо. Учитывая это, все варианты терапии остаются эмпирическими до проведения крупных проспективных исследований. В ряде статей представляется теоретическое обоснование применения и объяснение возможной эффективности тех или иных видов консервативного лечения для мужчин с варикоцеле, но не удастся представить удовлетворительную доказательную базу на практическом материале.

Можно ли хирургическое лечение считать основным методом лечения мужского бесплодия, ассоциированного с варикоцеле?

С.И. Гамидов: Я бы не был столь категоричен. Перед тем, как формулировать показания к хирургическому лечению варикоцеле у мужчин из бесплодных пар, необходимо исключить другие причины бесплодия и, насколько это возможно, провести их лечение. Необходимо учитывать также здоровье женщины и ее овариальный резерв, что нередко игнорируют некоторые андрологи. В итоге мы получаем некоторую субпопуляцию пациентов, у которых варикоцеле играет основную роль в развитии бесплодия. Вот у них, согласюсь, варико-

коцелэктомия является главным методом лечения. Хотя и здесь эффективность операции составляет не 100%. Если паре по-прежнему не удастся достигнуть беременности естественным путем, нужен переход к вспомогательным репродуктивным технологиям. В зависимости от выраженности изменений в спермограмме и от женского фактора, выбирают внутриматочную инсеминацию, экстракорпоральное оплодотворение или интрацитоплазматическую инъекцию сперматозоида. Кстати, и в этих случаях нельзя сказать, что варикоцелэктомия выполнена зря, так как даже частичное улучшение показателей спермограммы порой позволяет выбрать более физиологичный вариант ВРТ. Более того, накоплен опыт, свидетельствующий о том, что хирургическое лечение варикоцеле позволяет улучшить качество ДНК сперматозоидов и, тем самым, повысить эффективность программы ВРТ и снизить риск невынашивания беременности. Кстати, в мире наблюдается тенденция к расширению показаний к хирургическому лечению варикоцеле. Обсуждается выполнение варикоцелэктомии при подготовке к ВРТ при повышенном индексе фрагментации ДНК и анеуплоидии сперматозоидов, а также при азооспермии перед проведением microTESE. Вне репродуктологического контекста обсуждают потенциальный положительный эффект варикоцелэктомии при гипогонадизме и эректильной дисфункции.

Оперативное лечение варикоцеле должно выполняться после исключения остальных причин бесплодия в паре. Поскольку варикоцелэктомия не всегда приводит к однозначному положительному результату, адъювантная антиоксидантная терапия может оказаться допустимым вариантом. В отдельных случаях антиоксидантной терапии оказывается достаточно для того, чтобы достичь беременности. Требуется проведение клинических исследований с валидными конечными точками, такими как частота наступления беременности и частота рождения живых детей, для того чтобы можно было рекомендовать этот вид терапии с позиций доказательной медицины. ■

Беседовала В.А. Шадеркина



КАКОЕ ЭТО СЧАСТЬЕ БЫТЬ ОТЦОМ!

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

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

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

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

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

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

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

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

SH PHARMA
source of healing

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

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Стомированные урологические пациенты. Актуальность проблемы в мире и России



Г.Г. Борисенко

к.м.н., врач-уролог высшей категории, доцент кафедры эндоскопической урологии РМАНПО (г. Москва)

Урологию невозможно представить без необходимости использования различных систем дренирования с целью отведения мочи. О мировых тенденциях, их корреляции с российскими данными, количестве стомированных пациентов рассказал кандидат медицинских наук, доцент кафедры эндоскопической урологии РМАНПО, врач-уролог высшей категории Геннадий Георгиевич Борисенко.

Дренирование верхних мочевых путей

Одной из самых распространенных урологических проблем в мире является **мочекаменная болезнь (МКБ)**. Средняя заболеваемость ею по всему миру колеблется в пределах 3,5–9,6%. Однако если в странах Европы этот показатель составляет 5–10%, в США — 7–15%, а в арабских странах — 20%, то в России он может достигать 40% среди всех урологических заболеваний. МКБ часто требует оперативного вмешательства и может быть сопряжена с тяжелыми осложнениями, в процессе лечения нефролитиаза часто приходится прибегать к дренированию мочевых путей. Сегодня в исследованиях отмечается рост заболеваемости и выявляемости МКБ: так, в Великобритании за последние 10 лет она выросла на 63%. Частота рецидивов при этом может достигать 50–74%.

Другим распространенным состоянием, требующим дренирования верхних мочевых путей, является **острый пиелонефрит**. В США распространенность острого пиелонефрита, в том числе обструктивного, достигает 12 человек на 100 тыс. населения среди мужчин и 27 — среди женщин. По данным на 2019 год, дренирование методом чрескожно-пункционной нефростомии (ЧПНС) проводится в США у 58% мужчин и 45% женщин с острым пиелонефритом.

В России сегодня нет сопоставимых статистических данных, однако в Москве, как подчеркнул Геннадий Георгиевич, дренирование почки проводится 93% па-



циентов с обструктивным пиелонефритом. Основным методом дренирования выступает стент. В 48% случаев причиной гнойно-воспалительных заболеваний почек является МКБ, 16% – аномалии развития и 15% — инфравезикальная обструкция.

Показаниями к дренированию верхних мочевых путей (ЧПНС/стент) являются травмы и ятрогенные повреждения мочеочника, обструктивный гнойный пиелонефрит/пиелонефроз, в частности, на фоне гинекологических, хирургических и онкологических заболеваний, а также этапное лечение (чрескожная пункционная литотрипсия, эндопиелотомия).

Дренирование нижних мочевых путей

Для дренирования нижних мочевых путей методом троакарной цистостомии или с помощью уретрального катетера показаниями выступают доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), стриктуры уретры, травмы и другие факторы. Также оно применяется при проведении внутривезикулярной химиотерапии. Необходимость в дренировании может возникнуть как в пред-, так и в послеоперационном периоде. Оно выполняется в экстренном или плановом порядке, может быть наружным или внутренним. Также необходимо быть готовым к конверсии методов дренирования в зависимости от течения и исходов операции.

Для принятия решения о выборе того или иного метода дренирования необходимо грамотно провести диагностику. В процессе могут применяться рентгеновские и ультразвуковые исследования, а также компьютерная томография. Выполнять все это, особенно в круглосуточном режиме, к сожалению, не всегда позволяют оснащение клиники и квалификация персонала. К тому же, принять грамотное решение о методе дренирования не всегда бывает просто даже при ультразвуковом наведении. Во многом из-за этого наиболее часто применяется стентирование — самый доступный метод дренирования для всех лечебных учреждений.

К оценке возможностей, трудностей и осложнений дренирования всегда необходим грамотный подход. Также важно информировать пациента о причинах, сроках и рисках дренирования, учитывая при этом нанесенный ему психологический ущерб. ■

Материал подготовила Ю.Г. Болдырева

Постоянная катетеризация у неврологических пациентов: «за» и «против»



А.В. Бершадский
к.м.н., врач-нейроуролог (г. Екатеринбург)

Артем Валерьевич Бершадский, к.м.н., врач-нейроуролог, из Екатеринбурга, рассказал на урологической интернет-конференции №5 «Дренирование мочевых путей» о методах опорожнения мочевого пузыря у пациентов нейроурологического профиля, их особенностях и перспективах.

Решение о тактике коррекции нарушений мочеиспускания у неврологических пациентов должно приниматься на основании урологического анамнеза и результатов лабораторной диагностики с определением объема остаточной мочи. Необходимо также провести объективизацию жалоб пациента с привлечением дневников мочеиспускания, опросников и инструментальных исследований. Важно понять, когда началось расстройство мочеиспускания и предшествовало ли оно появлению неврологического заболевания. Диагностическая тактика должна планироваться с учетом состояния пациента, в частности, наличия у него когнитивных или речевых нарушений. При рассмотрении лабораторных результатов стоит иметь в виду, что бессимптомная бактериурия у пациентов с повреждениями спинного мозга является вариантом нормы и не требует антибактериального лечения.

У неврологических пациентов, имеющих нарушения произвольного мочеиспускания, опорожнение мочевого пузыря достигается тремя путями:

- рефлекторное мочеиспускание с мануальным пособием (раздражение триггерных зон, приемы Креде и Вальсальвы);
- периодическая катетеризация (через мочеиспускательный канал или сухую стому);
- постоянное дренирование (уретральные и супрапубикальные катетеры).

Виды катетеров, показания и противопоказания к катетеризации описаны во множестве зарубежных и отечественных клинических рекомендаций для врачей и медсестер.

По общему мнению, предпочтительным методом отведения мочи является **периодическая катетеризация**. В частности, рекомендации Европейской ассоциации урологов 2017–2018 гг. предписывают всегда, когда это возможно, избегать установки постоянных уретральных и надлобковых катетеров. Согласно мнению европейских экспертов, периодическая катетеризация, выполняемая в асептических условиях, является стандартом лечения пациентов, неспособных к самостоятельному произвольному опо-



рождению мочевого пузыря. Пациент при этом должен быть проинструктирован о методике периодической катетеризации и возможных рисках. Рекомендуемые размеры катетеров, применяемых с этой целью, – 12–16 Ch.

Постоянная катетеризация может быть полезна для применения у пациентов в остром периоде. Первый постоянный катетер изобрел французский врач XIX века Огюст Нелатон. Большой вклад в развитие методов фиксации катетера внес английский хирург сэр Генри Томпсон. Еще в XIX веке Теодором Дюкампом была впервые предложена идея устройства с баллоном, известного сегодня как катетер Фолея, но окончательно она оформилась лишь столетие спустя: Фредерик Фолей опубликовал свою статью в 1937 году.

Несмотря на распространенность устройства, врачи и средний медицинский персонал не всегда хорошо осведомлены о правилах использования катетеров. Так, согласно инструкции к катетерам Фолея, они предназначены для длительной установки — на срок до 7ми суток. Вместе с тем, согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов, риск развития инфекции мочевых путей возникает у пациентов, чей мочевой пузырь был катетеризирован последние 48 часов. По собственным наблюдениям лектора, замену катетера следует производить через каждые 3-е, а во время лечения инфекций мочевых путей (ИМП) — 2-е суток. Также обязательна замена перед началом антибактериальной терапии. Такой подход позволяет значительно снизить объемы использования антибиотиков для лечения обострений ИМП.

При длительной установке уретрального катетера у мужчин половой член необходимо поднять к передней брюшной стенке — таким образом возможно убрать изгиб, при котором катетер давит на область уретры с малым кровоснабжением. В результате снижается риск образования свищей.

Другая доступная опция — **цистостомический дренаж**, при котором нужно учитывать ряд основных правил по уходу за цистостомой. Смена дренажа производится раз в 2–4 недели, при его непроходимости — чаще, как только пациент замечает первые признаки нарушения проходимости. Применение антибиотиков для профилактики инфекции, а также промывание катетеров не рекомендуются, однако необходимо следить за уровнем инкрустации катетера для своевременной его замены.

Для цистостомии при нейрогенных нарушениях мочеиспускания существует ряд четких показаний:

- острый период основного неврологического заболевания;
- неэффективность или невозможность использования других методов;
- острая фаза воспалительных заболеваний нижних мочевых путей;
- анатомические аномалии или стриктуры уретры;
- внутрипузырный рост аденомы предстательной железы; ■

- сложности с введением уретрального катетера (недостаточная функция рук у пациента, отсутствие ухаживающего персонала и т. д.);
- высокий объем приема жидкости;
- снижение когнитивных функций у пациента;
- повреждения кожи промежности (пролежни, мацерация и т. п.) с установкой постоянного дренажа на время заживления.

Следуя этому списку показаний, возможно снизить риски, сопряженные с постоянной катетеризацией – риск развития инфекций верхних мочевых путей, образования камней мочевого пузыря и почек, эрозии и стриктур уретры, эпидидимита, пиелонефрита, а также хронического цистита с утолщением стенки и снижением емкости пузыря.

Как у уретральных катетеров, так и у цистостомии есть свои противопоказания. В первом случае это острый простатит и подозрение на наличие повреждений/сужений уретры. Во втором — опухоли мочевого пузыря, операции на брюшной полости в анамнезе, коагулопатия, асцит, а также наличие грыжевой сетки или других протезов.

Альтернативной опцией отведения мочи у мужчин является использование уропрезервативов, или мужских наружных катетеров, не требующих установки в полость мочевого пузыря. Их использование удобно для учета диуреза в отделениях интенсивной терапии при условии правильного подбора размера. Показания к применению уропрезервативов:

- гиперактивность мочевого пузыря без значимого объема остаточной мочи;
- стрессовое недержание при повреждении наружного сфинктера (после ТУР, РПЭ);
- период интенсивного наблюдения, когда требуется баланс введенной и выведенной жидкости, а катетеризация невозможна или нецелесообразна;
- недержание мочи при неврологических расстройствах и нервно-мышечных синдромах;
- недержание у пациентов с когнитивными нарушениями, деменцией или малой подвижностью;
- заживление пролежней ягодичной области.

Противопоказанием к использованию уропрезервативов является хроническая задержка мочи с высоким внутрипузырным давлением, выступающая причиной недержания. К осложнениям относятся инфекции нижних мочевых путей и аллергия на компоненты презервативов.

Врачи – урологи и неврологи, оказывающие помощь пациентам с неврологическими заболеваниями, сопровождающихся нарушением функции мочеиспускания, должны знать все аспекты отведения мочи и уметь ими пользоваться. ■

Материал подготовила В.А. Шадеркина

Межрегиональная общественная организация

www.forumurology.ru



Интернет форум урологов



Периодическая катетеризация мочевого пузыря



Е.С. Филиппова

к.м.н., доцент кафедры урологии Уральского государственного медицинского университета (г. Екатеринбург)

В рамках урологической интернет-конференции №5 «Дренаживание мочевых путей» Екатерина Сергеевна Филиппова, к.м.н., доцент кафедры урологии Уральского государственного медицинского университета, выступила с подробным докладом о технике выполнения периодической катетеризации и опциях, доступных сейчас российским пациентам.

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов, периодическая катетеризация является стандартным методом лечения больных с нарушением функции опорожнения мочевого пузыря. К этой категории относятся не только пациенты, не имеющие возможность мочиться самостоятельно и/или имеющие большой объем остаточной мочи, но и те, кто опорожняет мочевой пузырь за счет мышц брюшного пресса или рефлекторно.

Преимущества интермиттирующей катетеризации

Периодическая (интермиттирующая) катетеризация имеет ряд заметных преимуществ. В частности, при ней нет осложнений, связанных с использованием постоянного дренажа (пролежни, хроническое воспаление, формирование биопленок, повышение риска развития новообразований). Также снижается риск развития пузырно-мочеточникового рефлюкса, ведущего к поражению верхних мочевых путей — пиелонефриту, уросепсису, хронической почечной недостаточности и т.д.. При правильно организованной периодической катетеризации сохраняется емкость мочевого пузыря, отсутствуют ограничения в реабилитации и повышается общее качество жизни пациентов.

Стереотипы об интермиттирующей катетеризации

С 1972 года, после широкого внедрения метода периодической катетеризации в медицинскую практику, удалось существенно снизить смертность от урологических осложнений пациентов с повреждениями спинного мозга, особенно в позднем периоде после травмы [1]. Несмотря на это, в России лишь порядка 5% пациентов со спинальной травмой получают назначение интермиттирующей катетеризации, тогда как, например, в Нидерландах этот показатель достигает 87% [2]. Отчасти это связано с тем, что в России как среди пациентов, так и среди врачей разных специальностей сохраняется множество



мифов, связанных с периодической катетеризацией. К примеру, многие считают, что катетеризация требует особых стерильных условий или присутствия медицинского персонала, и пациент не может выполнять ее самостоятельно, что процедура травматична и ведет к повреждениям уретры или мочевого пузыря, что она повышает риск инфекции. Наконец, сохраняется убеждение, что лучше мочиться самостоятельно, путем выдавливания или выстукивания мочи, чем прибегать к использованию катетера. Все эти идеи не соответствуют действительности.

Консультирование и обучение пациентов

На этапе освоения методики пациенту требуется качественное консультирование и обучение, именно на этом этапе желательно присутствие среднего медицинского персонала для того, чтобы помочь больному в подборе позы для катетеризации и разъяснить технические вопросы. Существует также ряд приспособлений для упрощения самокатетеризации – в частности, зеркала, которые крепятся к ноге или на ободок унитаза, а также устройства для удержания катетера. Они чуть менее распространены в России, чем в странах Европы, но их, тем не менее, возможно достать. Таким образом, практически любой пациент может освоить метод периодической катетеризации при наличии грамотной консультативной помощи. Важно также напомнить пациенту о необходимости антисептической обработки рук и области наружного отверстия уретры перед выполнением процедуры.

Стерильность или ее отсутствие

Интермиттирующая катетеризация подразделяется на три вида:

- стерильная — проводится в стерильном помещении. Используются стерильные перчатки, стерильные одноразовые катетеры и стерильная емкость для слива мочи.
- асептическая — проводится в нестерильном помещении. Используются стерильные одноразовые катетеры и дезинфекция области гениталий.
- чистая — проводится в нестерильном помещении. Используются чистые перчатки, также может проводиться без перчаток. Чистый, но не обязательно стерильный раствор для обработки гениталий и чистая емкость для слива мочи.

С 2008 года рекомендации Европейской ассоциации урологов отдают предпочтение асептической катетеризации. Средняя ежедневная частота катетеризации составляет 4–6 раз, однако нужно помнить, что у некоторых пациентов — к примеру, при гиперактивности или малом объеме мочевого пузыря — она может выполняться чаще. Рекомендуемый диаметр катетера — 12–14 Ch. В идеале объем мочевого пузыря при катетеризации не должен превышать 400–500 мл. ■

Особенности катетеров и их получение в РФ

Катетеры для самостоятельного применения делятся на лубрицированные и нелубрицированные, латексные и безлатексные, с антибактериальным покрытием и без, требующие и не требующие активации водой. Как отметила Екатерина Сергеевна, использование доступных сухих катетеров в сочетании лубрикантом не обеспечивает нужного скольжения по уретре, отягощает процедуру и повышает риск осложнений. По этой причине предпочтительно применение лубрицированных катетеров [3]. Сегодня нет однозначных данных в пользу одного из видов прелубрицированных катетеров в сравнении с остальными. Мировой рынок катетеров для периодической катетеризации весьма широк. Производители стараются сделать их как можно более гибкими и компактными. Впрочем, не все модели сегодня доступны в России из-за их высокой стоимости. Вместе с тем российские пациенты могут получать катетеры бесплатно по программе реабилитации, что недоступно жителям ряда стран СНГ.

На территории РФ сегодня представлены, в частности, катетеры Gentle Cath с гидрофильным покрытием — к ним прилагаются саше с водой для активации. Катетеры B Braun готовы к использованию, в качестве покрытия используется глицерин. Форма упаковки позволяет держаться за нее при введении катетера. Компания Coloplast является старейшей на российском рынке и выпускает два типа катетеров: активируемые Easy Cath и готовые к использованию Speedy Cath. Оба имеют ПВП-покрытие.

Также существуют наборы, где катетер уже присоединен к мешку-мочеприемнику, в России их можно получить бесплатно. Это приспособление удобно, если пациент проводит процедуру вне дома. Катетеризация при помощи такого набора всегда будет асептической: доступные сегодня наборы, выпускаемые компаниями Coloplast и B Braun, не нуждаются в активации и могут использоваться сразу.

Признаком неадекватной коррекции функциональных нарушений мочеиспускания является рецидивирование инфекций мочевых путей на фоне интермиттирующей катетеризации. Это обычно не зависит от типа катетера и сопряжено с неверно выбранной тактикой лечения.

К сожалению, российские пациенты лишены возможности выбирать катетеры самостоятельно: они получают то, что им выписано по программе реабилитации. В любом случае лучшим является тот катетер, который подходит конкретному пациенту. ■

Источники:

1. Hartkopp et al., 19972.
2. Attar K. H. et al., 20103.
3. Newman D., 2017

Материал подготовила В.А. Шадеркина

Смотрите сны,
не отвлекаясь

ДИУНОРМ

- уникальное решение для пациентов, страдающих ноктурией
- аналогов в России нет



SHPHARMA
source of healing

№ свидетельства госрегистрации RU.77.99.11.003.E.004613.10.18

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Цистостома: установка, уход, прогноз



С.В. Шкодкин
Д.м.н., профессор кафедры госпитальной урологии БелГМУ
(г. Белгород)

Сергей Валентинович Шкодкин рассказал «Дайджесту урологии» о техниках надлобкового дренирования мочевых путей и случаях, когда оно может рассматриваться как опция.

Под эпицистостомией подразумевается надлобковое дренирование мочевого пузыря, промежностная и влагалищная цистостомия представляют на сегодня лишь исторический интерес.

Надлобковая пункция

Надлобковая пункция мочевого пузыря является вариантом временного дренирования, но может быть удобной опцией оказания экстренной помощи пациентам на догоспитальном этапе, особенно когда требуется транспортировка больного. К данной категории могут быть отнесены пациенты с острой задержкой мочеиспускания вследствие гиперплазии предстательной железы при невозможности трансуретрального дренирования, а также при онкологических заболеваниях полового члена, мочеиспускательного тракта или предстательной железы. Эпицистостомия — безопасный метод временного отведения мочи, чаще всего применяемый однократно — на период транспортировки пациента в стационар.

Троакарная эпицистостомия наиболее популярна, учитывая наличие одноразовых наборов со всем необходимым для процедуры набором инструментов и расходных материалов. В ряде случаев также может применяться операционная цистостомия с высоким сечением мочевого пузыря.

Дренирование мочевого пузыря, в частности, надлобковое, применяется прежде всего в случае задержки мочеиспускания — острой или хронической — при полной, неполной или парадоксальной способности к опорожнению.

Показания для надлобкового дренирования

Причины нарушения оттока мочи, когда может применяться дренирование, подразделяются на несколько категорий:

1. Механические:

- доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ);
- рак предстательной железы;



- гнойные формы острого простатита;
- склероз шейки мочевого пузыря;
- камни мочевого пузыря или уретры;
- сгустки крови;
- разрывы уретры;
- новообразования мочевого пузыря, уретры или полового члена;
- стриктуры уретры;
- фимоз, меастеноз;
- распространенные опухоли колоректальной зоны, матки и вульвы;
- выпадение матки и передней стенки влагалища;
- попадание инородных тел.

2. Органические заболевания нервной системы:

- травмы головного и спинного мозга;
- опухоли ЦНС;
- сухотка спинного мозга;
- инфекционные миелиты;
- рассеянный склероз;
- демиелинизирующие заболевания.

3. Другие причины:

- рефлекторные нарушения функции мочевого пузыря;
- фармакологически обусловленная задержка мочеиспускания.

У пациентов с органическими заболеваниями предпочтительна интермиттирующая катетеризация. В то же время у больных с механической обструкцией эпицистостомию стоит рассматривать как вариант дренирования нижних мочевых путей.

Абсолютными показаниями к эпицистостомии при ишурии являются:

- подготовка к оперативному вмешательству (мочевые свищи у мужчин);
- аденома предстательной железы (ложный ход, полученный при катетеризации);
- стриктуры мочеиспускательного канала;
- разрывы уретры;
- опухолевые новообразования предстательной железы, шейки мочевого пузыря, уретры и полового члена;
- наличие острого уретрита или простатита;
- повреждения мочевого пузыря — как этап оперативного лечения.

Относительным показанием к эпицистостомии можно считать необходимость использования постоянного катетера. В таких случаях эта мера способна снизить ■

частоту катетеризационной травмы и риск воспалительных стриктур мочеиспускательного канала. Установка постоянного катетера сегодня не имеет преимуществ перед троакарной эпицистостомией.

Троакарная или операционная эпицистостома?

В ряде случаев возникает вопрос, каким образом предпочтительно проводить надлобковое отведение мочи: путем троакарной или операционной эпицистостомии.

Троакарный метод имеет преимущества в ряде случаев, среди которых:

- ДГПЖ, если есть вероятность восстановления мочеиспускания;
- острый уретрит или простатит у пациентов на периодической катетеризации;
- мочевиные свищи у мужчин;
- стриктуры мочеиспускательного канала;
- опухолевые новообразования предстательной железы, шейки мочевого пузыря, уретры и полового члена при прогнозе на радикальный метод лечения.

Операционная эпицистостомия предпочтительна в следующих случаях:

- ДГПЖ при наличии камней и плохом прогнозе;
- разрывы уретры;
- опухолевые новообразования предстательной железы, шейки мочевого пузыря, уретры и полового члена в случае оказания паллиативной помощи;
- при повреждениях мочевого пузыря — как этап оперативного лечения;
- гемотампонада мочевого пузыря;
- тучность пациента.

Существуют некоторые частные случаи, когда может рассматриваться выполнение операционной эпицистостомии. Среди них – травмы мочевого пузыря, ранения кишки при уретральной хирургии, а также пузырно-влагалищные свищи. В последнем случае, однако, дренирование не способствует заживлению свища и, как отметил Сергей Валентинович, его применение обычно неоправданно. Во всех перечисленных случаях необходимость эпицистостомии должна тщательно взвешиваться.

Лектор также подчеркнул, что закрытие надлобкового свища возможно только после хирургического восстановления проходимости пузырно-уретрального сегмента, при этом не требуется никакой фистулографии. Незаживающий надлобковый свищ обычно связан с механической или функциональной обструкцией пузырно-уретрального сегмента или атонией детрузора.

Системы для троакарных дренажей

Главные хирургические принципы эпицистостомии — адекватность диаметра дре-



нажа, максимально краниальное его проведение через стенку мочевого пузыря в области дна и отсутствие контакта с шейкой пузыря.

Системы, используемые для троакарных дренажей, подразделяются на несколько видов по методу установки — с внутренним стилетом и проведением по внешнему кожному, а также по способу фиксации — баллонные катетеры и катетеры «pig tail». К возможным недостаткам одноразовых систем относятся диаметр дренажа до 14 Ch, что может привести к обструкции и необходимости частой замены; возможность миграции «pig tail» катетеров или ирритативная симптоматика при их использовании; риск кровотечения в системах с кожухом, а также высокая стоимость конструкций.

Реальной альтернативой выступает использование лапароскопического троакара 12–15 мм с насечкой. Его преимущества — наличие атравматического ножа, который убирается при попадании в просвет полового органа, и насечки, обеспечивающей надежную фиксацию у передней стенки мочевого пузыря.

Сергей Валентинович еще раз подчеркнул, что при проведении операционной эпицистостомии важны адекватный диаметр дренажа, максимально краниальное проведение через стенку мочевого пузыря в области дна, отсутствие контакта с шейкой пузыря, избежание излишней герметизации с наложением лишних швов и фиксация стенки пузыря к апоневрозу прямой мышцы живота.

Кроме катетера Фолея, чаще всего используемого сейчас при троакарной эпицистостомии, доступны катетеры Пеццера и Малеко. Их применение лучше рассматривать при операционной цистостомии.

Уход за дренажами

Сергей Валентинович также перечислил основные принципы ухода за дренажами после их установки:

- обработка раны – сухая повязка;
- отказ от промывания дренажа;
- закрытая дренажная система в отсутствие позывов для сохранения емкости мочевого пузыря;
- своевременная замена дренажа;
- отказ от необоснованной антибактериальной терапии.

В заключение Сергей Валентинович заметил, что часть больных социально дезадаптирована или не имеет нужных мануальных навыков, потому лишена возможности проводить интермиттирующую катетеризацию. В таких случаях эпицистостомия может использоваться как опция для повышения качества жизни пациентов.

Материал подготовила Ю.Г. Болдырева

Уретерокутанеостомия и ее актуальность в 21 веке



М.А. Хохлов
к.м.н., онкоуролог (г. Москва)

Максим Александрович Хохлов, к.м.н., онкоуролог, выступил на урологической интернет-конференции №5 «Дренирование мочевых путей» с докладом о показаниях к уретерокутанеостомии и дальнейшем сопровождении стомированных пациентов.

Исторический экскурс методов отведения мочи

Как отметил Максим Александрович, рассматриваемый метод, в отличие от многих других в урологии, не претерпел значительных изменений с момента своего открытия. Исторически отведение мочи началась с простых кожных фистул — уретеростом и пиелостом. В 1852 году J. Simon предложил методику уретеросигмоанастомоза, а в 1856 году Le Dentu была предложена уретерокутанеостомия. Более ста лет эти практики были преобладающими. Клиническое внедрение илеокондуитов началось только в 1980-х годах, а ортотопических континентных методик — спустя еще 10 лет.

По классификации методы деривации мочи подразделяются на инконтинентные (уретерокутанеостомия, формирование кондуитов — операция Брикера) и континентные (ортотопическая и гетеротопическая цистопластика, отведение мочи в участок ЖКТ — уретеросигмостомия и другие).

Клинические ситуации для выбора УКС

Уретерокутанеостомия не относится к числу методов, обеспечивающих пациенту максимально возможное качество жизни. Тем не менее, для ее выбора сегодня сохраняется ряд возможных причин:

- паллиативное отведение мочи у пациентов с неоперабельным раком мочевого пузыря («отключение» мочевого пузыря при профузной макрогематурии и выраженной дизурии, а также после эмболизации ветвей внутренней подвздошной артерии;

- деривация мочи после цистэктомии отчаяния при местно-распространенном или генерализованном раке мочевого пузыря;

- применение у ослабленных пациентов и больных старческого возраста, которым не показана кишечная пластика ввиду высокого риска осложнений, а также низкой ожидаемой продолжительности жизни после операции;

- по желанию пациента, после информирования его обо всех возможных модификациях и осложнениях оперативного вмешательства;

- исходя из прогностических особенностей течения онкопроцесса;

- у пациентов с выраженным интеркуррентным фоном;

- при анатомических особенностях, делающих выполнение кишечных пластик маловероятным и/или высокорискованным (выраженный спаечный процесс в брюшной полости, короткий корень брыжейки тонкой кишки, ожирение пациента, недостаточная длина мочеточников, тонкие, атрофичные мочеточники и т. д.);

- опыт хирурга и оснащенность конкретного медучреждения;

- комплаентность пациента и его интеллектуальный уровень;

- наличие развитой инфраструктуры по обслуживанию и уходу за стомированными пациентами.

Существует несколько видов уретерокутанеостом:

- уретеростомия in situ;

- концевая уретерокутанеостомия — ипсилатеральная (однопросветная и двупросветная),

- билатеральная и уретероуретерокутанеостомия;

- пиелокутанеостомия.

Варианты формирования стом

В распоряжении врача имеются различные варианты формирования (пластики) стом.

В частности, это пластика **V-образным лоскутом**:

1. V- или U-образное рассечение кожи, формирование тоннеля через переднюю брюшную стенку, стараясь избегать смещения ее слоев по плоскости, извлечение мочеточника наружу, не менее 3 см и спатуляция его по латеральной (наименее васкуляризированной) стенке;

2. «триангуляция» стомы: сшивание края кожного лоскута с зоной края спатуляции, а разведенных краев мочеточника — с основаниями кожного лоскута; ■

3. наложение промежуточных выворачивающих узловых швов для окончательного формирования стомы, выступающей в виде «сосочка».

Другой вариант — пластика **Z-образным лоскутом** (двуствольная):

1. Z-образное рассечение кожи в намеченном для стомы месте;
2. сепарация кожных лоскутов от подкожной жировой клетчатки;
3. удаление глубокого подкожного жира, чтобы избежать втяжения кожи в области стомы. Иссечение округлого участка переднего листка влагалища прямых мышц живота. X-образное рассечение поперечной фасции и брюшины;
4. выведение мочеточников наружу через сформированное отверстие и удаление излишков тканей на них. Для увеличения просвета латеральную стенку каждого мочеточника продольно рассекают;

5. кожные лоскуты вшиваются в разрезы на концах мочеточников синтетической рассасывающейся нитью 3–0.

Также возможна пластика по типу «**рыбьего рта**»:

1. как только мочеточники мобилизованы, правый мочеточник переводится на левую сторону или наоборот, в зависимости от того, где планируется вывести стому. Правый мочеточник проводится между связкой Трейца и нижней брыжечной артерией в аваскулярном участке брыжейки нисходящего отдела поперечно-ободочной кишки;

2. циркулярным разрезом кожи (диаметр обычно 4,5–5 см) создается стома для обоих мочеточников. Подкожная жировая клетчатка иссекается вокруг стомы, в это свободное пространство в последующем подошьется лоскут большого сальника. После удаления подкожной жировой клетчатки передняя пластинка апоневроза прямых мышц живота рассекается крестообразным разрезом, чтобы обеспечить широкий просвет и минимизировать возможную обструкцию мочеточников апоневрозом;

3. прямые мышцы живота разводятся тупым путем. Крестообразным разрезом формируется тоннель для выводимых на кожу органов;

4. оба мочеточника вытягиваются, по меньшей мере, 1,5–2 см над кожей. По медиальным краям мочеточники, один на 3, другой — на 9 условного циферблата спатулируются на протяжении 1,5 см, сшиваются медиальными краями, создавая стому в виде «рыбьего рта»;

5. мочеточники на протяжении укутываются дистальным тонким концом мобилизованного участка большого сальника. Конец сальника укладывается под-

можно. Проверяется капиллярная кровоточивость культей мочеточников и выделение на них мочи;

6. мочеточники в виде «рыбьего рта» фиксируются узловыми швами к коже. Дистальный конец сальника подшивается к наружному листку апоневроза. Мочеточники дренируются двумя стентами подходящего диаметра. Интубаторы фиксируются лигатурами к коже.

Помимо этого, существует *методика уретероуретероанастомоза с уретерокутанеостомией*:

1. если нужно вывести оба мочеточника, но один дилатирован, а другой — нет, предпочтительнее вывести более расширенный мочеточник на кожу и наложить уретероуретероанастомоз чрезбрюшинным или внебрюшинным способом;

2. рассекается париетальная брюшина над более расширенным мочеточником, его выделяют на небольшом участке. Под контролем зрения с помощью пальца между двумя разрезами формируются забрюшинный тоннель и по нему изогнутым зажимом подводится более сохраненный мочеточник к другому, расширенному, выводимому на кожу;

3. расширенный мочеточник выделяется до мочевого пузыря, пересекается между зажимами. На проксимальный конец накладывают шов-держалку, а дистальную культю перевязывают. Продолжая выделять расширенный мочеточник, отслаивают брюшину боковой и передней стенок брюшной полости до предполагаемого места нахождения стомы;

4. создается доступ в брюшной стенке, не проникающий через брюшину, и соединяется с забрюшинным тоннелем, сформированным для расширенного мочеточника. Через канал проводится большой зажим, расширенный мочеточник выводится наружу за шов-держалку на проксимальном конце. Здесь необходимо проверить, не перекручен ли мочеточник;

5. более сохраненный мочеточник спатулируется, продольно рассекается стенка расширенного мочеточника на протяжении 2 см и накладывается уретероуретероанастомоз;

6. ушивается париетальная брюшина, затем — передняя брюшная стенка. При необходимости продольно рассекается проксимальный конец мочеточника, выведенного наружу, и подшивается к коже. Вводить стенты в мочеточник необязательно;

7. при петлевой уретерокутанеостомии один из мочеточников подводится к коже в виде петли, а конец его анастомозируется с концом другого мочеточника [1]. ■

Необходимо также учитывать ряд условий, необходимых для нормального функционирования уретерокутанеостомы:

- толщина и жизнеспособность мочеоччника;
- избегание перекутов, перегибов, ангуляции, сдавления мочеоччника фасциями на протяжении, а также в месте прохождения через слой передней брюшной стенки;
- формирование «валика» из дистального конца мочеоччника;
- достаточная длина мочеоччников;
- правильное расположение уретерокутанеостомы (не рядом с костными выступами, складками и реберной дугой);
- маркировка предполагаемой локализации уретерокутанеостомы;
- в идеале — крепление мешка-мочесборника-аппликатора до операции;
- адекватный и своевременный уход за стомой, обтураторами, смена мешков.

Осложнения УКС

Уретерокутанеостомия, по словам Максима Александровича, является самым безопасным методом деривации мочи. Тем не менее, и у нее возможны свои осложнения.

Наиболее распространенное — **стеноз стомы**, связанный с некрозом терминального отдела мочеоччника (как правило, чаще развивается в интактных мочеоччниках). Также при выраженном дефиците длины мочеоччника, тучности пациента и в ряде других случаев не исключены **инвагинация** и **отрыв мочеоччника**. При неправильной технике наложения стомы, а также несоответствии диаметра диафрагмы мочеприемника ее размеру возможны мацерация кожи и **контактные дерматиты**. Наконец, присутствует риск **инфекции верхних мочевых путей** за счет рефлюкса инфицированной мочи.

Согласно доступным сегодня данным исследований, по сравнению с илеокондуитом, уретерокутанеостомия более проста в исполнении, менее опасна для пациентов в группе высокого риска осложнений, сопряжена с меньшим количеством ранних и поздних послеоперационных осложнений, а также меньшим числом восходящих инфекций верхних мочевых путей [2-6].

Тактика ведения пациента в стационаре и амбулаторно

Тактика ведения пациента с уретерокутанеостомой крайне важна как в стационаре, так и на амбулаторном этапе.



В частности, **в стационарных условиях** при выполнении хирургического пособия необходимо:

- Максимально полно информировать пациента о его заболевании и предстоящем оперативном лечении, а также всех возможных методах отведения мочи и получить его согласие.

- Выбрать максимально правильные и подходящие для больного метод деривации мочи и его модификацию с учетом в том числе оснащенности стационара и опыта хирурга.

- Провести профилактику интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений.

- Организовать регулярные перевязки с этапами начального базисного обучения пользованию необходимыми приспособлениями для стомированных пациентов.

- Проинформировать больного о наличии у него мочеточниковых катетеров и прочих оставляемых при выписке дренажей при их наличии.

- Маршрутизировать пациента для дальнейшей реабилитации и наблюдения в амбулаторное звено.

При **амбулаторном наблюдении**, в уходе и профилактике осложнений важно:

- Как можно скорее поставить пациента на амбулаторный учет в районный онкодиспансер/поликлинику и в кабинет стомированных больных.

- Провести с пациентом школу пользования приспособлениями по уходу и обслуживанию стом и их компонентов.

- Выдать все необходимые и положенные пациенту компоненты для ухода за стомой.

- Провести работу с психологом по адаптации пациента к новым условиям и значимому снижению качества жизни, препятствовать развитию стрессовых и депрессивных расстройств на этом фоне.

- Организовать профилактику инфекционных осложнений в условиях функционирования стом, замену мочеточниковых дренажей и уход за раной при необходимости.

Как подчеркнул Максим Александрович, здесь крайне важно четко разграничить обязанности врачей стационарной и амбулаторной помощи.

Обеспечение адекватного ухода за стомированными пациентами

Для ухода за стомами сегодня доступен целый ряд средств и приспособлений.

В частности, защитные пленки — это эффективный инструмент, защищающий ■

кожу от действия влаги, механических повреждений, раздражений, вызванных мочой и калом, не препятствующий при этом воздухообмену. Идеально подходят для раздраженной, поврежденной или чувствительной кожи.

Очистители кожи прекрасно заменяют собой воду, позволяя обработать стому и область возле нее. Очистители не раздражают и не пересушивают кожу, в то же время эффективно удаляют любые физиологические среды, а также следы от пасты, защитных пленок и иных средств по уходу за стомой.

Пудра — это отличное абсорбирующее средство, которое помогает удалить излишки влаги перед наклеиванием пластины. Пудры используют для профилактики и лечения повреждений кожи, вызванных мокнутием.

Паста для выравнивания кожи эффективно разглаживает поверхность вокруг стомы, обеспечивая тем самым более надежную фиксацию кало- или мочеприемника.

Защитные кремы помогают в профилактике и борьбе с повреждениями кожи, спровоцированными действием каловых масс, гноя и мочи. Они снимают раздражения, увлажняют, восстанавливают естественный уровень pH кожи и одновременно формируют водоталкивающий защитный барьер.

Нейтрализаторы запаха представляют собой концентрированный раствор, который добавляется в кало- или уроприемник при замене или опорожнении и эффективно справляется с неприятными запахами любого происхождения.

Обучением уходу за стомами сегодня занимается Ассоциация стомированных больных «АСТОМ», участниками которой открыт информационный интернет-портал astom.ru. Кроме того, не так давно вышло учебное пособие «Уход за стомами» под редакцией О.Н.Выговской («Православная гимназия», Новосибирск, 2016). При кабинете стомированных больных московской ГКБ №24 также работает школа по уходу за стомами. ■

Источники:

1. *Namiki, Ynagi, 1995*
2. *Hirano A. et al., 1995*
3. *Kilcier M. et al., 2006*
4. *De Liveliotis C. et al., 2011*
5. *Yadav P. et al., 2018*
6. *Tsaturyan A. et al., 2019*

Материал подготовила В.А.Шадеркина



НЕОБХОДИМЫЙ АКСЕССУАР
КАЖДОГО МУЖЧИНЫ

ГАРДАПРОСТ

- ♥ уникальное решение для пациентов, страдающих ДГПЖ и ПИН
- ♥ аналогов в России нет

SHPHARMA
source of healing

№ свидетельства госрегистрации RU.77.99.11.003.E.004904.11.18

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Профилактика и лечение инфекционных осложнений у дренированных пациентов



Т.С. Перепанова

Д.м.н., профессор, зав. отд. инфекционно-воспалительных заболеваний и клинической фармакологии НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина - филиал «НМИЦ радиологии» Минздрава России (г. Москва)

Тамара Сергеевна Перепанова, д.м.н., профессор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал НМИЦр МЗ РФ в ходе 5й урологической интернет-конференции «Дренирование мочевых путей» дала подробное интервью по теме мероприятия. В беседе с научным редактором UroWeb.ru Викторией Анатольевной Шадеркиной, профессор рассказала об основных принципах профилактики и лечения инфекционно-воспалительных процессов при уходе за дренированными больными и перспективах развития этой области.

Тамара Сергеевна, наличие у пациентов тех или иных дренажей рассматривается как осложняющий фактор заболевания. Есть ли различия в ведении пациентов с нефростомами, дренажами, стентами, уретральными катетерами?

Т.С. Перепанова: Вы затронули самую актуальную тему в урологии, потому что развитие так называемых катетер-ассоциированных инфекций мочевых путей — бич всех без исключения больниц, не только российских. Уретральный катетер, конечно, более опасен, чем нефростома или цистостома. Он является фактором риска номер один не только для развития внутрибольничных инфекций мочевых путей, но и для развития уросепсиса. Порядка 70% септических осложнений связаны с установкой уретральных катетеров, стентов, нефростом и цистостом. Скажем, и врачи, и пациенты порой забывают об установленных стентах, и на этом фоне развивается синдром системной воспалительной реакции. Такое состояние ошибочно диагностируется как атака пиелонефрита, пневмония или что-то еще. На самом же деле стент или уретральный катетер



являются тем очагом инфекции, который необходимо удалить до начала анти-микробного лечения. Как только очаг инфекции удален, в течение 2–4х дней все нормализуется: и температура, и уровень лейкоцитов, и все прочие признаки системной воспалительной реакции. Это абсолютно типичная ситуация, и к нам регулярно поступают пациенты, которых месяцами лечили антибиотиками на фоне стента, стоявшего в течение нескольких месяцев.

Если мы говорим об уретральных катетерах, нефростомах и цистостомах, то первые из них, подчеркну, наиболее опасны. У мужчин при их использовании могут развиваться эпидидимит, орхит, простатит и так далее. К сожалению, с первых часов установки любого дренажа, особенно уретрального катетера, начинается его контаминация госпитальными штаммами микроорганизмов. Катетер, находящийся в организме пациента более семи дней, на 100% будет инфицирован.

Как вести таких пациентов? Конечно, обязательны асептические условия, стерильные перчатки, использование антисептического геля при установке. Раньше практиковалась ежедневная обработка антисептиками, сегодня уже показано, что это никакого значения не имеет, важны только антисептические гели при установке уретрального катетера. **Главное — не промывать катетеры и дренажи.** При промывании все биопленки на поверхности катетера, все микроорганизмы «загоняются» внутрь больного. При таком массивном поступлении микроорганизмов выделяются эндотоксины и развивается системная воспалительная реакция. В таком случае также важно понимать, что это не атака пиелонефрита, например, а попадание токсина в кровь, и здесь возможен эндотоксический шок.

Мы общаемся с врачами и пациентами в регионах и, к сожалению, видим, что промывание эпицистостом — распространенная практика.

Т.С. Перепанова: Единственным показанием для промывания является гематурия, тампонада мочевого пузыря, но даже в этом случае рекомендуется сменить цистостомический дренаж на стерильный и промывать уже через него.

Какие возбудители сейчас чаще всего становятся причиной воспалительной реакции? ■

Т.С. Перепанова: На протяжении последних десятилетий основными возбудителями мочевой инфекции и катетер-ассоциированной инфекции являются энтеробактерии. Это уропатогенная кишечная палочка *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae*, которая сегодня обладает уже двумя-тремя факторами устойчивости, мультирезистентностью. Она может быть устойчива к карбопенемам. Затем протейные инфекции, синегнойная палочка, а при катетер-ассоциированной инфекции может обнаруживаться и *Candida*, поскольку грибы быстро растут на катетерах. Кандидозные инфекции мочевых путей встречаются достаточно редко, и, если грибы высеиваются при исследовании — скорее всего, это посев катетера.

Показано ли бактериальное исследование больным с уретральным катетером?

Т.С. Перепанова: Как рутинная не рекомендуется. Если мы говорим о больных перед операциями — конечно, нужно удалить имеющийся катетер и поставить стерильный, если без него невозможно обойтись, или же поменять цистостомический дренаж, и только после этого взять посев мочи. Мы должны знать состав флоры, если возникнут какие-то осложнения после операции. Но рутинно это не требуется, потому что, по большому счету, не требуется никакого лечения: формируются биопленки, и сегодня не существует даже фиксированных периодов замены катетеров или дренажей.

В каких случаях показано назначение антибактериальных препаратов пациентам с дренажами?

Т.С. Перепанова: Если наблюдается лихорадка на фоне присутствия катетера или стента, если развился синдром системной воспалительной реакции, который может очень быстро перейти в острый пиелонефрит, сепсис и септический шок. Опять же, прежде чем начинать антибактериальную терапию, нужно убрать источник инфекции — катетер, при необходимости заменив его на стерильный. Стенты в большинстве случаев просто убирают безо всякой замены. Уже после этого начинается антибиотикотерапия. У пациентов с эпицистостомой — то же самое. Еще раз скажу, что промывать их нельзя.

Второе показание — у больных перед эндоскопическими вмешательствами, где предполагается инцизия слизистых. Опять повторю – после удаления инфицированного катетера или замены его на стерильный.

А показана ли антибактериальная терапия пациентам с нефростомами, или там все зависит от конкретной ситуации?

Т.С. Перепанова: Да, зависит, конечно, от клинической ситуации. Если, опять же, началась системная воспалительная реакция, поднялась температура, — меняем дренаж на стерильный и после этого начинаем антимикробное лечение в соответствии с посевом. Рутинно, для профилактики оно не назначается. Это, во-первых, бесполезно, во-вторых, вредно. Мы только селекционируем резистентные штаммы таким образом. Длительные антибактериальные курсы, особенно на фоне стентов, абсолютно не нужны.

Сегодня остается актуальной проблема биопленок. Появились ли какие-то препараты, которые воздействуют на них?

Т.С. Перепанова: Знание о биопленках мы получили относительно недавно, вместе с появлением электронных микроскопов. В мире, конечно, очень активно работают с биопленками, и мы тоже стараемся на них влиять. К сожалению, сама структура биопленок, в которую входят масса микроорганизмов и матрикс, препятствует этому. В биопленку могут проникать фторхинолоны и макролиды, но матрикс «выкидывает» антибиотики методом эффлюкса. Потом, все разрабатываемые антибиотики, рассчитанные на живые размножающиеся микроорганизмы, не действуют на микроорганизмы, находящиеся внутри биопленки, где они меняют свою форму, у них ослаблен метаболизм, поэтому на них существующие антибиотики и не влияют. Разрабатываются новые препараты неантимикробного действия, они проникают, например, в протеины. Мы, в свою очередь, начали работу с бактериофагами. Это российское достояние, Советский Союз и Россия были первыми на этом поле, и мы единственная страна, где налажен промышленный выпуск бактериофагов.

Недавно мы провели исследование: перед перкутанной нефролитотрипсией обрабатывали катетеры в течение получаса бактериофагом. Перед этим ■

провели предварительную работу с Институтом микробиологии имени Н.Ф. Гамалеи, чтобы точно установить нужный отрезок времени. Было установлено, что бактериофаги действуют на раннюю сформировавшуюся биопленку — всего 6–8 часов. После 8–12 часов развивается зрелая биопленка, на которую не действуют уже и фаги. Интересно, что на катетерах, извлеченных через сутки, в 3х из 30-ти случаев в самой биопленке был обнаружен живой бактериофаг. Значит, он туда проник, и это уже обнадеживает. Мы пытаемся сейчас разработать, к примеру, гелевые формы бактериофагов, чтобы они лучше удерживалась на катетерах, но тут тоже не так все просто.

Какой механизм действия фагов?

Т.С. Перепанова: Бактериофаг запускает свою ДНК в бактерию. Дальше из составляющих бактерии — из митохондрий, из ядра — он начинает формировать свои вирионы, то есть развивается вирусная инфекция среди бактерий. Из содержимого клетки начинают формироваться «детеныши» фагов. В итоге клетка лизируется, из нее выходят новые вирионы и заражают соседние клетки. По большому счету, сам фаг внедряется и погибает, но из его ДНК развивается дальнейший процесс уничтожения бактерий.

Выглядит перспективно. Наверное, несправедливо, что в течение 10–20 лет фаги были забыты?

Т.С. Перепанова: Их открыли в 1918 году и в 30-е годы после всех экспериментальных исследований начали активно пробовать на людях. Но потом в 1938 году открыли пенициллин. Естественно, эффект был мощным. Думали, что им можно вылечить все, но, конечно, резистентность стала развиваться сразу же. Сегодня проблема антибиотикорезистентности в числе первых в мире. Даже новые дорогие антибиотики не успевают за ней. Поэтому фаги сейчас снова рассматриваются как перспективный метод.

Скажите, пожалуйста, Тамара Сергеевна, есть ли какие-то общие принципы ведения пациентов с урологическими дренажами?

Т.С. Перепанова: Главное — стараться дренажи/катетеры/стенты вообще не ставить, а при необходимости — как можно меньше держать. Понятно, что абсолютно обойтись без катетеров и дренажей в урологии мы не можем, но в части инфекционных осложнений у больных с нарушениями мочеиспускания более безопасна интермиттирующая катетеризация. У мужчин также возможно применение уропрезервативов. Затем, сама установка должна производиться в стерильных условиях и со стерильными перчатками. Общие принципы: не промывать, использовать антисептические гели только при установке, убирать при первой возможности, не кормить пациента антибиотиками и уросептиками без показаний.

В последнее время контроль над применением антибиотиков усилился, многие аптеки их уже не продают без рецепта. Что еще можно сделать в этом направлении?

Т.С. Перепанова: Хорошо, что Вы ведете свои интервью и программы на подобные темы. Мы тоже организовали школу по рациональной фармакотерапии в урологии. Уже было показано, что образовательные программы, особенно в том, что касается катетер-ассоциированных инфекций, имеют огромное значение. Уровень распространенности инфекций снижается на 70% после проведения образовательных программ среди медицинских работников, а также пациентов. Люди узнают о том, что не нужно промывать дренажи, о том, что их нужно убирать и менять на стерильные прежде, чем назначить антибиотик, и так далее.

Конечно, образовательный процесс должен быть непрерывным. Постоянно появляются новые данные клинических исследований, нужно следить за ними.

Т.С. Перепанова: Совершенно верно. Сейчас мы обновляем федеральные клинические рекомендации 2019 года. Сделаем, наверное, отдельную вкладку по уходу за катетерами. Врачи не всегда могут уделить время чтению научных журналов, а так они увидят то, что нужно. ■

В целом какие перспективы Вы видите в ведении пациентов с дренажами?

Т.С. Перепанова: К сожалению, никакое покрытие, даже антимикробное, не дает страховки от инфекции. Катетеры с импрегнированным серебром чуть лучше себя показывают на сроках до семи дней, но после семи дней все едино, повышается риск развития инфекции. Со стороны катетеров нет защиты. Это не слизистая мочевых путей, в которой есть цитокины, антимикробные пептиды и так далее. У катетера нет иммунитета слизистых оболочек, поэтому начинается строительство биопленок. К тому же, большинство микроорганизмов вырабатывают уреазу — фермент, который разлагает мочевины мочи на аммиак и CO_2 . При этом pH меняется в щелочную сторону и начинают оседать кристаллы. Эти кристаллы выпадают на любое покрытие, и уже на них микробы начинают строить биопленку.

По большому счету и наши, и международные усилия сейчас привели к тому, что хотя бы после ТУР, после перкутанных вмешательств катетер на первые сутки удаляется. Это уже огромный прогресс, потому что раньше их держали до выписки.

Последний момент — мочеприемники. Катетер, собирательные трубки и мочеприемник — это единая система, которую нельзя нигде разъединять, особенно во время дежурства, грязными руками. Открывается только клапан мешка, чтобы слить мочу. Любое разъединение может привести к передаче инфекции. Если оно необходимо, нужно все делать в стерильных перчатках и потом мыть руки, прежде чем перейти к следующему больному, иначе переносятся госпитальные штаммы микроорганизмов. Самое главное — санитария и гигиена.

Спасибо за интервью! ■

*Материал подготовила В.А. Шадеркина
научный редактор UroWeb.ru*

Полную видеоверсию мероприятия можно посмотреть на Uro.TV.

Цистит? Не пугает! ЦИСТАЛИС помогает



«ЦИСТАЛИС» («CYSTALIS») представляет собой натуральный комплекс активных компонентов, которые благоприятно воздействуют на различные механизмы, позволяющие облегчить состояние при цистите и предотвратить его обострение.

Эффективная уникальная комбинация активных веществ против цистита в одном препарате - не имеет аналогов на рынке!

- Олигомерные проантоцианидины
- Арбутин
- D-манноза

ЦИСТАЛИС - новое слово при цистите!



SHPHARMA®
source of healing

www.shpharma.ru

№ свидетельства госрегистрации RU.77.99.11.003.E.001615.04.19 от 24.04.2019

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Туберкулез полового члена



Е.В. Кульчавеня

Д.м.н., профессор, руководитель урогенитальной клиники
ФГУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» (г. Новосибирск)

Туберкулез полового члена — достаточно редкая, но опасная патология, которую из-за низкой распространенности сложно распознать в процессе диагностики. Как не пропустить туберкулез ПЧ и каковы характерные признаки поражения половых органов у мужчин, рассказала в интервью научному руководителю Uroweb.ru Виктории Анатольевне Шадеркиной доктор медицинских наук, руководитель урогенитальной клиники ФГУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» профессор Екатерина Валерьевна Кульчавеня.

Екатерина Валерьевна, насколько велика распространенность туберкулеза полового члена (ТПЧ) и как силен риск заболеть им?

Е.В. Кульчавеня: Это относительно редкое заболевание, однако в ряде регионов земного шара до сих пор наблюдается эпидемия туберкулеза. С учетом роста миграции, в том числе из этих регионов, разумно помнить об опасности внелегочных форм туберкулеза, включая его локализацию на половых органах. В литературе представлено около 200 публикаций по этой теме. Большинство — из Индии и Японии, что подтверждает гипотезу о расовой предрасположенности к туберкулезу. Есть и одно наблюдение из России.

Какие локализации возможны при поражении туберкулезом мужских половых органов?

Е.В. Кульчавеня: Среди локализаций туберкулеза мужских половых органов превалирует эпидидимит (42%), затем с равной частотой (21%) идут везикулит и туберкулез предстательной железы. Туберкулез яичек диагностируют у 15% па-

циентов, а на долю пенильного туберкулеза приходится не более 1%. В свою очередь, туберкулез полового члена включает туберкулез кожи пениса, головки полового члена и кавернозных тел. Надо отметить, что некоторые авторы, в частности, D. M. Pillsbury и соавторы относят поражения полового члена к кожному туберкулезу, не выделяя отдельную патологию.

Но ведь и кожный туберкулез может носить различный характер?

Е.В. Кульчавеня: Да. Есть две категории кожного туберкулеза. Первая — истинный туберкулез кожи, обусловленный пролиферацией микобактерии туберкулеза (МБТ) в толще дермы и включающий первичный шанкр, волчанку (*lupus vulgaris*), скрофулодерму, бородавчатый туберкулез кожи (*verrucosa cutis*), орифициальный туберкулез на границе кожи и слизистой и милиарный туберкулез.

Вторая категория туберкулеза кожи — это туберкулид, различные кожные проявления реакции гиперчувствительности к МБТ во время гематогенной диссеминации, они обусловлены сосудистой реакцией на антигены возбудителя. Встречается у лиц с хорошим иммунным ответом, гиперэргией к туберкулину.

В клинических формах туберкулида выделяют эритематозно-индуративную, папуло-некротическую и лихеноидный туберкулез кожи, или лишай золотушных. Папуло-некротический туберкулид проявляется множественными изъязвленными папулами и чаще всего затрагивает области с волосяными и сальными фолликулами. В редких случаях сообщалось о повреждениях ладоней, ■



Узелково-язвенная форма туберкулеза головки полового члена



Первичный туберкулез головки полового члена

стоп и полового члена. Узелковая форма, или безболезненный папуло-некротический туберкулид, развивается у лиц с хорошим иммунным ответом. Он одновременно может появиться экстрагенитально: на ногах, коленях, локтях или ушных раковинах.

Кроме того, существуют этиологические различия. Туберкулез полового члена может быть первичным, когда инфицирование происходит при прямом контакте — в результате полового акта или через инфицированную одежду — или же вторичным заболеванием в результате гематогенной диссеминации микобактерии туберкулеза. Также в литературе описаны случаи его ятрогенного развития — как осложнения БЦЖ-терапии по поводу рака мочевого пузыря.

В чем сложности диагностики этого заболевания?

Е.В. Кульчавеня: Любые изменения на половом члене заставляют предположить в первую очередь заболевания, передаваемые половым путем, или злокачественное перерождение тканей. Диагноз подтверждают преимущественно патоморфологически, идентификация микобактерии туберкулеза методом посева описана только в одном случае, а результаты ПЦР-диагностики дают положительный результат не более чем в трети случаев.

Существуют четкие диагностические критерии ТПЧ: прежде всего, положительная реакция Манту, но здесь возможны исключения. Далее — типичная клиническая и патоморфологическая картина. Также оценивается эффективность противотуберкулезной терапии.

Обычно срок диагностики не превышает нескольких месяцев, максимальный зафиксированный отрезок — два года. Особое внимание следует обращать на пациентов с метаболическим синдромом — фактором повышенного риска развития туберкулеза половых органов у мужчин.

Наиболее информативна в диагностическом плане краевая биопсия с последующим патоморфологическим исследованием. Также больному непременно следует провести обследование органов грудной клетки и брюшной полости с помощью лучевых методов диагностики с целью исключения альтернативных очагов туберкулеза.

С какими заболеваниями в первую очередь необходима дифференциальная диагностика?



Е.В. Кульчавеня: С кандидозным баланопоститом, саркоидозом, шистоматозом, однако две ведущие нозологии — это сифилис и карцинома. Ошибки в диагностике закономерно осложняют лечение. Например, в литературе описаны случаи ТПЧ, развившегося в послеоперационном периоде у реципиента донорской почки. Появившиеся на головке полового члена язвы интерпретировали как пустулезную форму генитального герпеса; после длительной безрезультатной терапии была выполнена биопсия, гистологическое исследование выявило туберкулез.

Есть другое наблюдение, которое авторы трактуют как пенильный туберкулез. В течение полутора лет 53-летний мужчина испытывал боль и затруднения при мочеиспускании. Изначально диагностирована стриктура уретры, по поводу чего была выполнена реконструктивная операция с биопсией пораженных тканей. В послеоперационном периоде появились папуломатозные высыпания на головке полового члена. Патоморфологическое исследование биоптата показало гранулематозное воспаление. Была назначена стандартная четырехкомпонентная противотуберкулезная химиотерапия с хорошим эффектом. Мы видим, что на самом деле здесь остался недиагностированным туберкулез мочевой системы, поскольку туберкулезный уретрит всегда вторичен по отношению к нефротуберкулезу, а ТПЧ развился из-за того, что операция на нижних мочевыводящих путях проводилась в состоянии активного туберкулезного воспаления без необходимой предшествовавшей антибактериальной подготовки.

Также описан случай очень долговременного — 20-летнего рецидивирующего течения ТПЧ, который дерматологи вели как атопический дерматит. Очевидно, что для правильной постановки диагноза здесь важно привлечение всех доступных инструментальных средств и сотрудничество специалистов различных профилей. Иногда ошибки в диагностике могут дорого обойтись пациенту: известен случай, когда у 87-летнего мужчины с жалобами на болезненное мочеиспускание и язву на головке полового члена без патоморфологической верификации была диагностирована карцинома и выполнена парциальная ампутация полового члена, однако гистология операционного материала обнаружила туберкулез. У другого больного была ошибочно диагностирована гангрена Фурнье, выполнены пеноскротальные разрезы, затем — орхэктомия и перинеальная уретростомия, в то время как это оказался туберкулез, диагноз которого позже был подтвержден гистологически и методом ПЦР. ■

Ранее вы говорили, что возможна передача туберкулеза половым путем. Стоит ли опасаться супругам больных?

Е.В. Кульчавеня: Разумеется, и в различных источниках описаны случаи семейного полового туберкулеза. Например, пятидесятилетний мужчина в течение двух месяцев отмечал язву на головке полового члена и отек, а также увеличение паховых лимфоузлов слева. Все лабораторные показатели были в норме. Посев биоптата дал рост МБТ, чувствительной ко всем препаратам; гистологически также обнаружено туберкулезное воспаление. Жена пациента от обследования отказалась, но через год у нее появились лихорадка, ночные поты, потеря массы тела и меноррагия. Женщина все же была вынуждена обратиться к врачу. При гинекологическом осмотре были обнаружены обильные влагалищные выделения белесого цвета без запаха и язвы на шейке матки, получен материал для гистологической и бактериологической верификации туберкулеза. Позже молекулярно-генетическими методами была подтверждена идентичность МБТ, выделенной у нее, и ранее — у ее мужа, что подтверждает половой путь передачи инфекции.

Вы уже отметили редкость этой патологии, но все-таки давайте повторим: какие признаки должны насторожить лечащего врача и стать причиной для проверки на наличие туберкулеза?

Е.В. Кульчавеня: Подозрение у врача должны вызвать различные узелки и уплотнения на головке полового члена — болезненные или безболезненные. Отек полового члена, локальный или тотальный, а также гнойное истечение из язв или уретры. Возможно развитие эректильной дисфункции вследствие туберкулезного кавернозита. Также может наблюдаться опухолеподобный рост по типу цветной капусты, закрывающий меатус. Кроме того, возможно, но необязательно увеличение паховых лимфатических узлов — как реактивный региональный лимфаденит, так и туберкулез периферических лимфоузлов. Как правило, анализ мочи при изолированном ТПЧ нормальный, скротальные органы не изменены. Реакция Манту чаще гиперэргическая. При наличии любого из этих признаков или их сочетании врачу следует проявить настороженность относительно туберкулеза.

Спасибо за интересное интервью! ■

Я = АЛЬФА. И СИЛА МОЯ ВНУТРИ

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



На фоне курсового приема комплекса «Альфа» наблюдалось:

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

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

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

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

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

SHPHARMA
source of healing

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

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Нарушения мочеиспускания при сочетании болезни Паркинсона и гиперактивного мочевого пузыря



Е.С. Коршунова

К.м.н., уролог, старший научный сотрудник Национального медицинского исследовательского радиологического центра МЗ РФ, доцент кафедры урологии «Центральной государственной медицинской академии» УДП РФ, врач высшей категории (г. Москва)

Нарушения мочеиспускания, как известно, встречаются не только при урологических заболеваниях. Большая доля проблем с мочеиспусканием наблюдается при различных неврологических нарушениях. Одним таким состоянием является болезнь Паркинсона – прогрессирующее хроническое заболевание головного мозга, преимущественно связанное с дегенерацией дофаминергических нейронов черной субстанции. Диагностику и ведение пациентов с такой сопутствующей патологией редакция Дайджеста урологии обсудила с к.м.н., нейроурологом Коршуновой Екатериной Сергеевной.

Екатерина Сергеевна, какие клинические проявления у болезни Паркинсона? У многих она ассоциируется с тремором рук. Кроме тремора есть какие-нибудь другие симптомы?

Е.С. Коршунова: Клиника синдрома паркинсонизма складывается из триады основных симптомов, которые воссоздают наиболее полную картину двигательного дефекта. К основным симптомам относят уже названный Вами тремор, мышечную ригидность и гипокинезию, различная степень выраженности которых и определяет клиническую форму синдрома. Однако действительно, проявления паркинсонизма отнюдь не исчерпываются названной триадой. Большой удель-



ный вес в клинической семиотике заболевания занимают также вегетативные нарушения и своеобразные изменения в эмоционально-личностной и когнитивной сферах. Нас, как урологов, в первую очередь волнуют нарушения мочеиспускания, которые встречаются у 37-90% пациентов с болезнью Паркинсона.

Как и чем регулируется процесс мочеиспускания?

Е.С. Коршунова: Еще со студенческих лет мы знаем, что мочеиспускание представляет собой циклический процесс накопления мочи в мочевом пузыре и ее выведения – опорожнения органа. Важной составляющей этого процесса является сохранение эвакуаторной и резервуарной функции мочевого пузыря, замыкательной функции уретральных сфинктеров, а так же реципрокного сфинтерно-детрузорного взаимодействия. Сложное взаимодействие мочевого пузыря и уретральных сфинктеров обеспечивается регуляторными центрами и проводниками соматической и автономной нервных систем. Регуляция акта мочеиспускания осуществляется на нескольких уровнях, среди которых можно выделить интрамуральный, спинальный, стволовой, корковый и подкорковый.

Что контролирует каждый уровень?

Е.С. Коршунова: Интрамуральный уровень – это зона действия рефлексов низкого порядка в основном на уровне нервных сплетений. Спинальный уровень реализуется взаимодействием симпатического и парасимпатического спинальных центров иннервации нижних мочевых путей. Активация парасимпатического центра мочеиспускания приводит к сокращению детрузора, расслаблению сфинктеров и изгнанию мочи из полости мочевого пузыря. Активирование симпатического центра мочеиспускания способствует расслаблению детрузора со снижением внутриполостного давления в ответ на увеличивающийся объем мочи в фазе ее накопления, при этом тонус сфинктеров усиливается, обеспечивая удержание мочи.

Спинальные центры обеспечивают безусловную рефлекторную активность мочевого пузыря. Роль регуляции условно-безусловной деятельности отводится стволочному центру микции, который координирует работу симпатического и парасимпатического центров мочеиспускания, тем самым обеспечивая синергию ■

взаимоотношения мышцы мочевого пузыря и уретральных сфинктеров. Различные зоны стволового центра мочеиспускания оказывают преобладающее тормозное или возбуждающее влияние на нижележащие (спинальные) отделы нервной системы.

Корковые и подкорковые центры регуляции мочеиспускания обеспечивают произвольный характер микций. Произвольный акт мочеиспускания обеспечивается корковым влиянием на нижележащие, в основном, понтийный и сакральный уровни регуляции микции. В норме цикл мочеиспускания начинается с момента расслабления наружного сфинктера уретры.

Как изменяется эта регуляция при болезни Паркинсона?

Е.С. Коршунова: При болезни Паркинсона, как и при других церебральных повреждениях, развивается клиническая картина гиперактивности детрузора вследствие отсутствия ингибирующего супрапонтинного влияния на центр мочеиспускания в головном мозге. То есть, при болезни Паркинсона рефлекторная дуга, включающая центры мочеиспускания, расположенные в крестцовой области и в области моста головного мозга, остается не затронутой. Механизм возникновения симптомов нарушения акта мочеиспускания при болезни Паркинсона заключается в снижении или утрате произвольного контроля над актом мочеиспускания и снижении адаптационной способности детрузора. Иными словами, несмотря на сохранение самостоятельного акта мочеиспускания, накопление достаточного количества мочи в мочевом пузыре становится невозможным.

То есть, у этой категории пациентов страдает процесс накопления мочи?

Е.С. Коршунова: Да, поражение структур головного мозга при болезни Паркинсона вызывает нарушения накопительной способности детрузора. Однако, в литературе встречаются работы указывающие на наличие обструктивной симптоматики. Данный факт может являться следствием назначения противопаркинсонической терапии, в частности антихолинергических препаратов. Возможной причиной обструктивных симптомов у таких больных служит нарушение сократительной способности детрузора. Отмечено, что это может быть не связано с изменением иннервации мочевого пузыря и нередко сочетается с нейрогенной

детрузорной гиперактивностью. Частота гиперактивности детрузора со снижением его сократительной функции увеличивается соответственно тяжести заболевания.

Болезнью Паркинсона страдают, в основном, пожилые люди. Может ли паркинсонизм усугублять возрастные изменения, и наоборот?

Е.С. Коршунова: Действительно, в пожилом возрасте присутствуют урологические проблемы – доброкачественная гиперплазия предстательной железы – у мужчин, инволюционные процессы мышц тазового дна, цистоцеле, дисгормональные расстройства – у женщин. Конечно, прежде чем заподозрить паркинсонизм, необходимо исключить урологические состояния, обуславливающие нарушения мочеиспускания.

Междисциплинарное обследование пациента с болезнью Паркинсона должно решать следующие задачи:

- *определение этиологии имеющегося нарушения функции мочеиспускания;*
- *определение ранней индивидуальной стратегии ведения больного (динамическое наблюдение, необходимость медикаментозной или малоинвазивной терапии);*
- *профилактика и выявление возможных осложнений нарушенной функции мочеиспускания;*
- *разработка программы диспансерного наблюдения.*

В чем заключается специализированное обследование данной когорты пациентов?

Е.С. Коршунова: Цель специализированного урологического обследования пациентов с болезнью Паркинсона состоит в выявлении расстройств мочеиспускания и определения их медицинской значимости, влияния на качество жизни конкретного пациента, прогнозе развития этих нарушений в дальнейшем и ■

выработки оптимальной лечебной и реабилитационной тактик их коррекции. У ряда пациентов необходимо проводить дифференциальную диагностику имеющих нарушений мочеиспускания нейрогенной природы от инволюционных процессов и возрастных заболеваний.

Как протекает заболевание на ранних и поздних стадиях?

Е.С. Коршунова: На ранних стадиях болезни Паркинсона, как правило, ирритативные симптомы нижних мочевых путей у больных отсутствуют или компенсируются противопаркинсонической терапией. В то время, как на поздних стадиях, имеют место практически у 100% больных. Соответственно, алгоритм обследования будет зависеть от тяжести состояния пациента и назначенного лечения по основному заболеванию. Диагноз нарушения функции мочеиспускания у пациента с болезнью Паркинсона ставится на основании жалоб, анамнестических данных, клинико-функционального обследования и исключения других заболеваний. При затруднении контакта с пациентом – на основании катамнеза, данных клинико-функционального обследования и исключения других заболеваний.

ЖАЛОБЫ И АНАМНЕЗ. Центральной частью всех определений нарушений функции мочеиспускания является описание симптомов, связанных с мочевым пузырем:

- **ургентные (резкие, неотложные) позывы к мочеиспусканию**
- **ноктурия (ночные микции)**
- **учащенное мочеиспускание**
- **недержание мочи**
- **затрудненное мочеиспускание**
- **слабая струя мочи**
- **прерывистое мочеиспускание**
- **чувство неполного опорожнения мочевого пузыря**
- **боль в промежности**



На какие моменты надо обратить внимание при сборе анамнеза?

Е.С. Коршунова: При сборе анамнеза необходимо уточнить:

- время появления каждого симптома относительно предполагаемого начала болезни Паркинсона,
- появление нарушений мочеиспускания задолго до возникновения моторных симптомов, либо одновременно с симптомами паркинсонизма характерно для мультисистемной атрофии,
- характер нарастания симптомов – необходимо оценить возможную связь с приемом противопаркинсонических препаратов,
- наличие боли в промежности, которая может являться проявлением нейропатии полового нерва, миофасциального синдрома,
- информацию о перенесенных хирургических вмешательствах,
- сведения, касающиеся функции опорожнения кишечника, сексуальных нарушений и акушерско-гинекологического анамнеза,
- симптомы, характерные для эндокринных заболеваний, в частности, сахарного диабета.

Какие обследования нужны обязательно, и какие можно провести для уточнения диагноза?

Е.С. Коршунова: Учитывая неврологические особенности болезни Паркинсона, рекомендуется уделить внимание как физическому, так и психическому состоянию пациента. Моторные нарушения могут быть индикатором некорректной противопаркинсонической терапии и требуют изменений схемы лечения в первую очередь. У больных с психическими нарушениями может отсутствовать критическое отношение к собственному состоянию, либо иметь место аггравация.

Осмотр и пальпация передней брюшной стенки, ректальное пальцевое исследование предстательной железы у мужчин и обследование на кресле для выявления пролапса органов малого таза у женщин являются строго обязательными. Эти моменты важны для уточнения причин нарушений мочеиспускания, а именно для выявления урологического (механического) компонента. Проведение общего анализа, бактериологического исследования мочи, клинического и биохимического анализа крови показано для исключения инфекционных и системных заболеваний. ■

Применяется ли анкетирование?

Е.С. Коршунова: Да, оценку функционального состояния больных болезнью Паркинсона в неврологической практике проводят по пятибалльной шкале клинической оценки Хена и Яра и унифицированной рейтинговой шкале болезни Паркинсона (UPDRS). Урологическое обследование показано всем больным со стадией болезни Паркинсона ≥ 2 по Хену и Яру и баллом по UPDRS выше 30. На начальном этапе урологического обследования больных болезнью Паркинсона с жалобами на нарушение акта мочеиспусканий обязательно заполнение дневника мочеиспусканий и оценка симптомов нижних мочевых путей на основании вопросника IPSS (International Prostate Symptom Score). Также на протяжении 72 часов заполняется дневник мочеиспусканий, что позволяет оценить суточный режим микций. Данный инструмент отражает количество и объем микций в дневное и ночное время.

Какие инструментальные методы применяются?

Е.С. Коршунова: Наиболее информативным методом для оценки анатомических особенностей органов больного является ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря, предстательной железы. Для объективной оценки функционального состояния нижних мочевых путей и мышц тазового дна проводятся уродинамические исследования. Скрининговым методом является урофлоуметрия. Чтобы свести к минимуму психологический дискомфорт во время мочеиспускания, пациента рекомендуется оставить одного в изолированном помещении на весь период исследования. Следует оценить подъем кривой и время достижения максимальной скорости потока мочи, а также характер урофлоуграммы.

При выявлении у больного обструктивной симптоматики (по данным анкет или урофлоуграм) имеет смысл прибегнуть к более детальному обследованию – комплексному уродинамическому исследованию, включающему цистометрию, исследование давление-поток (P/Q), а также электромиографию наружного анального сфинктера, имеющего синергию со сфинктером уретры. Кроме того, метод может быть полезным в тех случаях, когда результаты урофлоуметрии оказались неинформативными. Комплексное уродинамическое исследование

является золотым стандартом диагностики функции нижних мочевых путей у больных неврологического профиля и позволяет аргументированно выбрать дальнейшую тактику ведения каждого конкретного пациента.

С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

Дифференциальная диагностика нарушений мочеиспускания нейрогенного характера

Заболевание	Особенности
Мультисистемная атрофия (МСА)	Нарушение функции мочевого пузыря встречаются как при болезни Паркинсона, так и при мультисистемной атрофии. Хотя симптоматика при этих заболеваниях довольно отличается, дифференциальная диагностика, особенно на ранних стадиях, может быть затруднена. При подозрении на МСА и наличии у пациента нарушений мочеиспускания, невролог должен направить пациента на обследование к урологу для проведения урофлоуметрии и определения объема остаточной мочи. Наличие остаточной мочи более 50 мл может свидетельствовать в пользу МСА. Дополнительное обследование с оценкой симптомов нижних мочевых путей, времени их появления и электромиография тазового дна могут быть использованы в качестве дифференциальных тестов для предположения диагноза – МСА, т.к. при классическом течении болезни Паркинсона урологические нарушения появляются позднее и изменений функции поперечно-полосатого сфинктера уретры не отмечается.
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы	Для дифференцировки причин нарушения опорожнения мочевого пузыря рекомендуется выполнять видеоуродинамическое исследование. В тех случаях, когда данный метод диагностики не доступен, современные исследователи рекомендуют установку временного уретрального стента в зону простатического отдела уретры. При улучшении параметров мочеиспускания хирург может удалить стент и выполнить ТУР простаты. В противном случае методом выбора является либо медикаментозная терапия, либо аутокатетеризация.

Е.С. Коршунова: Дифференциальный диагноз следует проводить между урологическими проявлениями мультисистемной атрофии и болезни Паркинсона, а также клинически значимой доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Какие особенности лечения и реабилитации Вы бы выделили у пациентов с сочетанием паркинсонизма и гиперактивным мочевым пузырем?

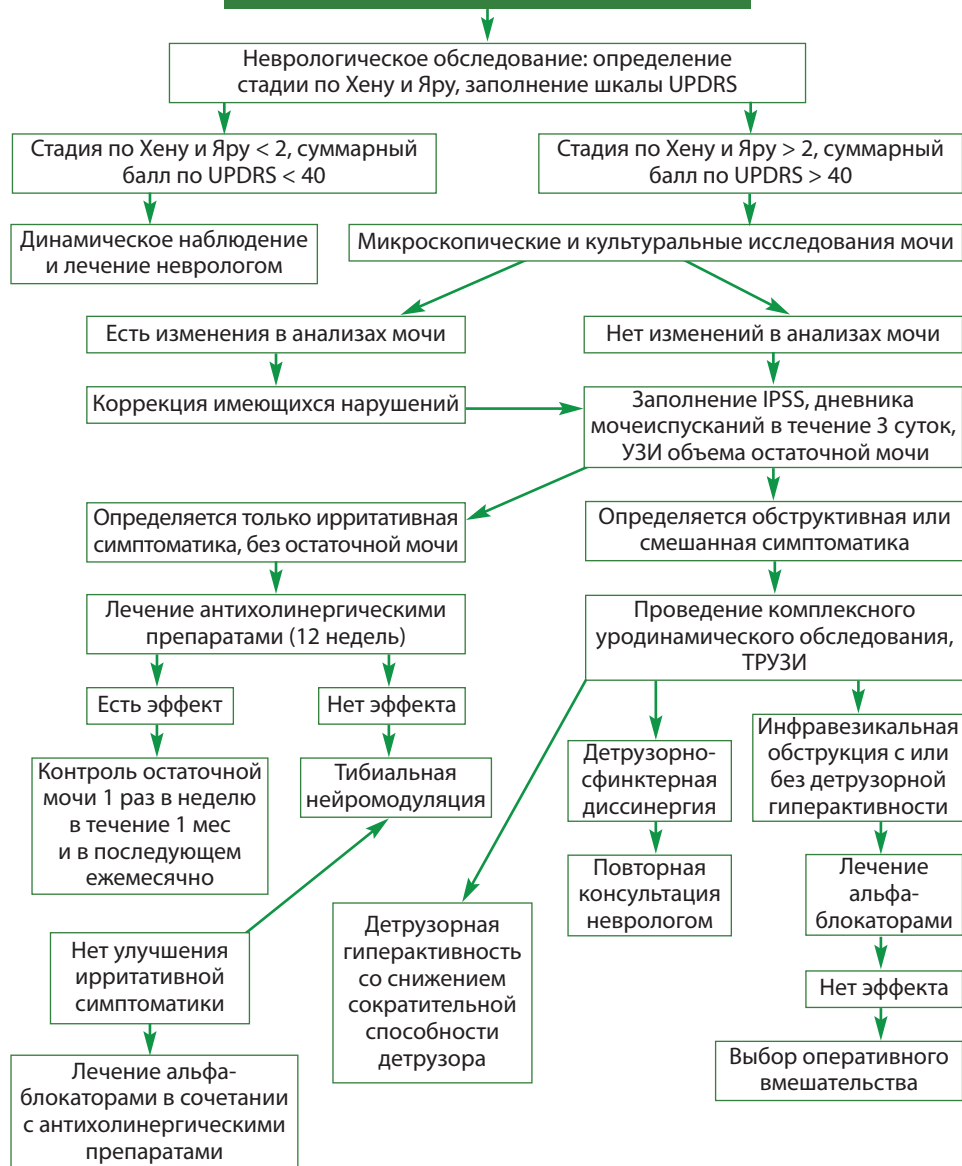
Е.С. Коршунова: Лечение нейрогенного мочевого пузыря проводится в комплексе с основным заболеванием, послужившим причиной его развития, т.е. болезни Паркинсона. В соответствии с международными алгоритмами ведения больных с гиперактивным мочевым пузырем, первой линией реабилитации и терапии являются поведенческая терапия, гимнастика мышц тазового дна и биологическая обратная связь. Целью поведенческой терапии является восстановление контроля над мочевым пузырем и позывом к мочеиспусканию. Следствием этого становится увеличение эффективной емкости мочевого пузыря и уменьшение частоты посещений туалета. Гимнастика мышц тазового дна направлена на восстановление детрузорно-сфинктерного рефлекса (основой является методика Кегеля). Биологическая обратная связь – методика, в которой биологическая информация о нормальном бессознательном физиологическом процессе «подается» назад к пациенту как визуальный или звуковой сигнал.

Что касается медикаментозного лечения, основой являются препараты М-холиноблокирующего действия. Однако, необходимо обратить внимание, что одним из возможных побочных эффектов М-холиноблокаторов является нарушение когнитивной функции. Необходимо учитывать, что у большинства больных с болезнью Паркинсона на развернутых стадиях встречаются когнитивные нарушения, по поводу которых пациенты получают ингибиторы холинэстеразы. Такое сочетание с холинолитиками центрального и периферического типа действия может приводить к развитию галлюцинаций и других психотических расстройств. Альтернативным методом коррекции симптомов нейрогенного гиперактивного мочевого пузыря является тиббиальная нейромодуляция.

Как проводится лечение больных болезнью Паркинсона и нейрогенным гиперактивным мочевым пузырем в сочетании с клинически значимой доброкачественной гиперплазией предстательной железы?

Алгоритм диагностики и лечения нарушений мочеиспускания у больных болезнью Паркинсона

Больной болезнью Паркинсона



Е.С. Коришнова: В таких сочетанных случаях может применяться комбинированная терапия уроселективными альфа-адреноблокаторами с медленным высвобождением и холинолитиками. Однако выраженная обструктивная симптоматика является противопоказанием к назначению М-холиноблокаторов. В таких случаях возникает вопрос о предварительном оперативном лечении аденомы предстательной железы, как фактора обструкции. Золотым стандартом оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы является трансуретральная резекция предстательной железы (ТУР). ТУР может быть выполнена по общепринятой методике. Перед проведением оперативного вмешательства следует информировать больного болезнью Паркинсона о том, что ирритативные симптомы сохраняются, а риск развития ургентного недержания мочи достигает 20%.

Пациентам с выраженной сопутствующей патологией и на развернутых стадиях болезни Паркинсона (стадия по Хен-Яр IV-V), выполнение стандартных оперативных пособий при доброкачественной гиперплазии предстательной железы не рекомендуется в связи с высокими риском осложнений. Таким пациентам следует проводить лазерные трансуретральные пособия – тулиевая, диодная или КТР-фотоселективная вапоризация, гольмиевая энуклеация узлов гиперплазии. При высоких анестезиологических рисках методом выбора становится эндоваскулярная эмболизация простатических артерий.

В любом случае, пациенту необходимо наблюдение двух специалистов – невролога и уролога?

Е.С. Коришнова: Оптимальной была бы мультидисциплинарная команда, которая бы смогла грамотно оценить все изменения в состоянии пациента и своевременно их скорректировать.

Спасибо большое за интервью! ■

ЧАС С ВЕДУЩИМ УРОЛОГОМ



Online-трансляция на сайте Uro.TV

**Уникальная возможность
задать вопрос в
ПРЯМОМ ЭФИРЕ**



Все темы урологии, андрологии, онкологии
и других субспециальностей.



Обратная связь с аудиторией, интерактивное
голосование

Спросите то, что вас давно интересует!



Ответственное отцовство

руководство для урологов по мужскому бесплодию

Курс дистанционного образования

Организаторы курса:



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

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



1. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

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

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

2. РОЛЬ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА В ПАТОГЕНЕЗЕ БЕСПЛОДИЯ

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

3. ДИАГНОСТИКА МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

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

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

4. ЛЕЧЕНИЕ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

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

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

5. АНТИОКСИДАНТЫ В ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

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

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



журнал

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ УРОЛОГИЯ



UROMEDIA

Издательский дом «УроМедиа»



Этапы большого пути

2009 – год создания

2011 – включен в РИНЦ

2012 – включен в Перечень ВАК

Миссия:

научная, исследовательская,
образовательная



Аудитория

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

Адресная база **4571** человек

База обновляется 1 раз в 12 месяцев



Авторы журнала

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

Ежегодно около **68** новых авторов

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

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





Редакционная коллегия и Совет

Главный редактор –
член-корреспондент РАН
О.И. Аполихин

Ред. коллегия:
• **23** специалиста

Ред. Совет:
• **11** ученых из России
• **4** ученых из зарубежных стран



Активность журнала

Тираж **5000** экземпляров
Выход 1 раз в 3 месяца
География журнала: Россия, СНГ

Распространение (почтовая рассылка)
бесплатное для врачей:

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

Просмотры статей:

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

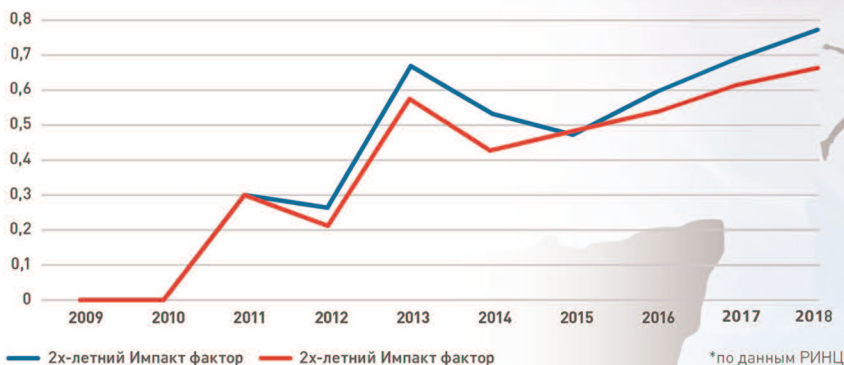




Публикационная активность

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

Эволюция импакт-фактора 2009-2018*



Экспериментальная и клиническая урология -

Один из самых читаемых
и цитируемых профессиональных
урологических журналов!

Мы открыты к сотрудничеству!

Контактное лицо:

Шадеркина Виктория Анатольевна

+7-926-017-52-14

viktoriashade@uroweb.ru

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

Экспресс-анализ мочи



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

Вес: 180 г

300 анализов на одном заряде батареи

Ресурс: 5000 исследований

Гарантия 12 месяцев

Беспроводной протокол передачи данных

Простота эксплуатации

Результат за 1 минуту

Бесплатное мобильное приложение

- > Условия применения:

в медицинских учреждениях, для проведения выездных обследований, для частного применения в домашних условиях

11 исследуемых параметров



> ИССЛЕДУЕМЫЕ ПАРАМЕТРЫ

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



Редакция дайджеста:

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

Тираж 7000 экземпляров

Распространение бесплатное – Россия, страны СНГ

Периодичность 1 раз в 2 месяца

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

Издательство «УроМедиа»

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

ISSN 2309-1835

Свидетельство о регистрации средства массовой информации

ПИ № ФС77-54663 от 09.07.2013

e-mail: info@urodigest.ru

www.urodigest.ru

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!

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



Издательский дом «УроМедиа»