

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

**Мировые тенденции
в медикаментозном
и хирургическом
лечении ДГПЖ**

**Docendo
discimus
Уча, мы сами
учимся**

**Функциональная
анатомия
тазового дна:
главное –
эндопельвикальная
фасция**

ТЕМА НОМЕРА:

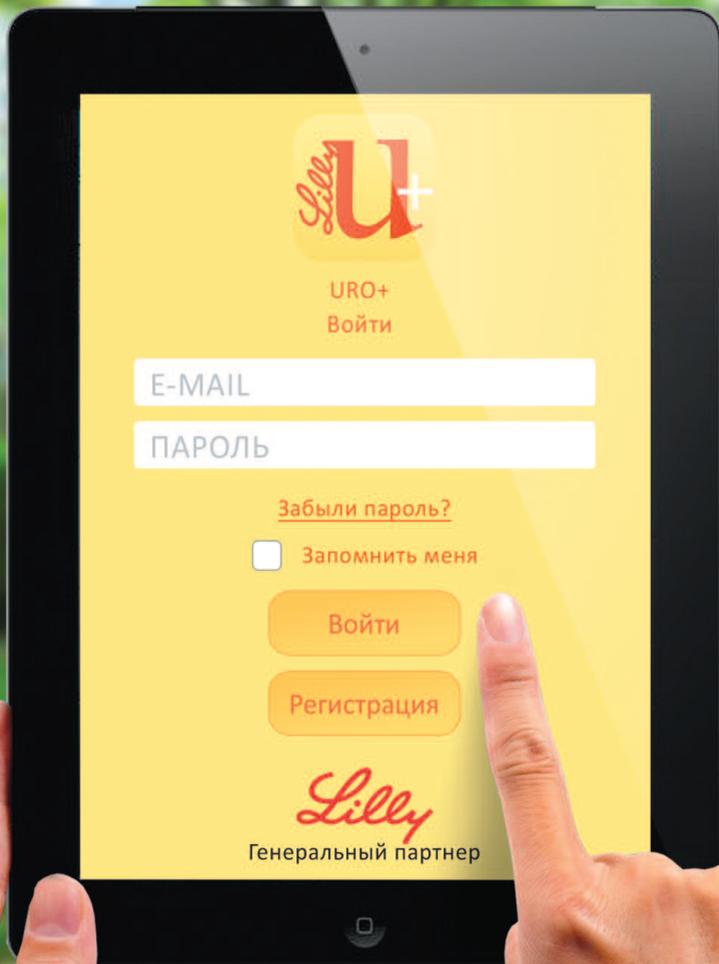
**УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ
ТУБЕРКУЛЕЗ**





Мобильное приложение для урологов

*Всегда в курсе всех
урологических новостей!*



App Store



Google play



Тема номера:

- » Урогенитальный туберкулез: современная ситуация и последствия невыполнения рекомендаций РОУ2
- » Мировые тенденции в медикаментозном и хирургическом лечении ДГПЖ.....24
- » Docendo Discimus: Уча, мы сами учимся..... 34
- » Хирургия пролапса тазовых органов: status praesens 38
- » Функциональная анатомия тазового дна: главное - эндопельвикальная фасция.....46
- » Экстравагинальная транспозиция уретры: отдаленные результаты.... 50
- » Хирургия женской уретры..... 54
- » Современные методы оперативного лечения нефролитиаза: сравнительная эффективность..... 63
- » Интерстициальный цистит: эволюция терминологии..... 68
- » III научно-практическая конференция «Мочекаменная болезнь: профилактика, лечение, метафилактика»72
- » Междисциплинарный курс дистанционного образования по теме «Правильный дифференциальный диагноз: опыт + искусство»74

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ: СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ И ПОСЛЕДСТВИЯ НЕВЫПОЛНЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ РОУ



Е. В. Кульчавеня

Д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ Новосибирский НИИ туберкулеза Минздрава России, руководитель отдела урологии.

Туберкулез по-прежнему остается глобальной проблемой. Согласно последним отчетам ВОЗ, в 2012 году туберкулезом заболело 8,6 миллионов человек, включая 1,1 миллион людей с ВИЧ-инфекцией. В 2012 году 1,3 миллиона пациентов умерли от туберкулеза, включая 320 тысяч ВИЧ-инфицированных.

Не все так плохо...

Есть и положительные моменты: смертность по сравнению с 1990-м годом снизилась на 45%, в период с 1995 по 2012 годы 56 миллионов человек были благополучно излечены от туберкулеза. Тем не менее, диагностика, особенно своевременная, еще недостаточно эффективна – а полноценное излечение туберкулеза возможно лишь в тех случаях, когда терапия была начата на ранних стадиях, до развития осложнений. Начальные бездеструктивные формы туберкулеза почки успешно излечиваются медикаментозно, однако заболевание выявляется преимущественно на стадии формирования осложнений, когда требуется хирургическое вмешательство, длительный реабилитационный период, нередко сопровождается утратой трудоспособности. Следует помнить и о том, что невыявленный (и, соответственно, нелеченный) больной туберкулезом ежегодно заражает до 15 человек, поддерживая тем самым резервуар инфекции.

Согласно данным ВОЗ, около трети населения земного шара инфицированы *M. tuberculosis* (МБТ), но пока не больны и, соответственно, не контагиозны. Инфицированный человек имеет риск развития туберкулеза не выше 10%, однако, в случае сочетанных заболеваний, таких как сахарный диабет, ВИЧ-инфекция, состояние после трансплантации внутренних органов, а также при ряде вредных привычек (табакокурение) и хроническом недоедании это риск существенно возрастает.

Ближнее и дальнее зарубежье

Среди внегочечных форм туберкулеза с начала века 40-56% приходилось на урогенитальный туберкулез (УГТ), однако с 2008 года на лидирующие позиции вышел



туберкулез костей и суставов. На Украине урогенитальный туберкулез занимает также 2-е место в структуре внелегочного (после костно-суставного) и составляет 29,5%. По данным некоторых авторов, генитальный туберкулез занимает 2-е место в структуре внелегочного, причем ведущим симптомом является бесплодие.

Во всей Японии с 2000 по 2007 годы было диагностировано 355 случаев УГТ, из них нефротуберкулез – у 242 пациентов, туберкулез мужских половых органов – у 90. П.И. Степанов обследовал 467 больных туберкулезом половых органов мужчин с 1984 по 2008 годы. У 372 (79,7%) пациентов обнаружил туберкулез скротальных органов, туберкулез простаты диагностировал у 398 больных (85,2%); из них у 27 (5,8%) – изолированный.

Особенности современного туберкулеза: НАДО ЗНАТЬ!

По скудным литературным данным, посвященным социально-демографической структуре больных туберкулезом легких, вырисовывается портрет человека с низким доходом, злоупотребляющим алкоголем, принимающим наркотики, до 17% – с ВИЧ-инфицированием, с кахексией, зачастую – мигрант. Однако характеристика современного больного туберкулезом неоднородна – наряду с асоциальными личностями туберкулезом заболевают вполне благополучные, образованные люди, особенно если речь идет о внелегочном туберкулезе.

Многие болезни «предпочитают» определенный пол и возраст, что помогает врачу в дифференциальной диагностике. Так, затрудненное мочеиспускание у пожилого мужчины в первую очередь наведет на мысль о доброкачественной гиперплазии простаты, а у молодого – о нейрогенном мочевом пузыре, сфинктерно-детрузорной диссинергии. Учащенное болезненное мочеиспускание у молодой женщины с большой долей вероятности окажется проявлением цистита, а те же симптомы у молодого мужчины скорее всего свидетельствуют о простатите.

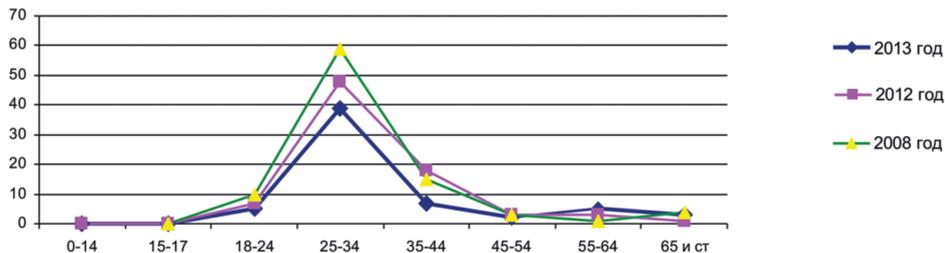
При изучении структуры туберкулеза органов мочеполовой системы в отношении пола и возраста удалось вывести некоторые закономерности.

Хочу подчеркнуть неправомотность использования в оценке эпидемической ситуации термина «Урогенитальный туберкулез», который объединяет туберкулез женских половых органов («гинекологический») и туберкулез мочевых и мужских половых органов («урологический»). Совершенно очевидно, что закономерно женская составляющая «гинекологического» туберкулеза должна быть рассмотрена отдельно.

Устойчивый пик заболеваемости туберкулезом женских половых органов наблюдается в 24-35 лет, что естественным образом связано с пиком репродуктивной ■

активности в этом возрасте. Заболеваемость женщин туберкулезом половых органов в динамике представлена на диаграмме 1.

Диаграмма 1. Возрастная структура туберкулеза женских половых органов в динамике



Стабильность поло-возрастной характеристики больных туберкулезом женских половых органов свидетельствует о хорошей диагностике. В России функционирует развитая сеть женских консультаций, что делает специализированную помощь доступной широким слоям населения. Высокая настороженность в отношении онкологических заболеваний побуждает гинекологов выполнять женщинам с афункциональным кровотечением диагностическое выскабливание стенок полости матки, что позволяет в ряде случаев патоморфологически верифицировать туберкулез эндометрия, который проявляется теми же симптомами.

Урологический туберкулез

Что касается «урологического туберкулеза», то здесь отмечается алогично дискретная ситуация. Несмотря на то, что под «урологическим туберкулезом» мы понимаем заболевание органов мочевой и мужской половой систем, среди больных уротуберкулезом всегда преобладают лица женского пола. Это обусловлено онто-филогенетической связью органов мочевой и половой систем у женщин, что проявляется изменениями уротелия мочепузырного треугольника, ассоциированными с менструальным циклом; нарушением пассажа мочи во время менструации и беременности. Уростаз, в свою очередь, способствует развитию мочевой инфекции.

При сравнении поло-возрастной характеристики больных урологическим туберкулезом в Сибири и на Дальнем Востоке (регионы с наихудшей эпидемической ситуацией по туберкулезу в Российской Федерации) обнаружили, что в 2008 году среди заболевших уротуберкулезом преобладали девочки и женщины старшего возраста. В 2010 году зарегистрированы синхронные по полу кривые с небольшим всплеском заболеваемости в возрасте 25-34 года, и более существенным – в возрасте 55-64 года. В 2012 году отмечен неожиданный рост заболеваемости среди мужчин в возрасте

25-34 лет, а в 2013 году – аналогичная картина среди женщин (диаграммы 2 и 3). Видна половая синхронность в раннем и зрелом возрасте – однако среди молодых людей заболеваемость кардинальным образом различалась, что свидетельствует о значительных дефектах диагностики, ибо никаких предпосылок к такой перверсии не существует. Не может быть иного объяснения факту, что в одном году заболели исключительно молодые мужчины, а на следующий год – исключительно женщины, для туберкулеза характерна более постоянная избирательность.

Диаграмма 2. Заболеваемость уротуберкулезом в зависимости от пола и возраста в 2012 г.

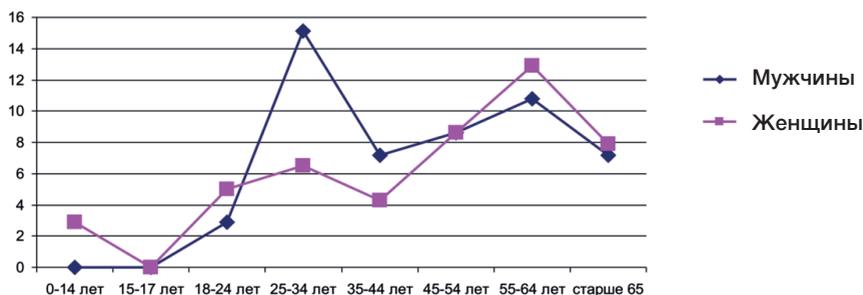
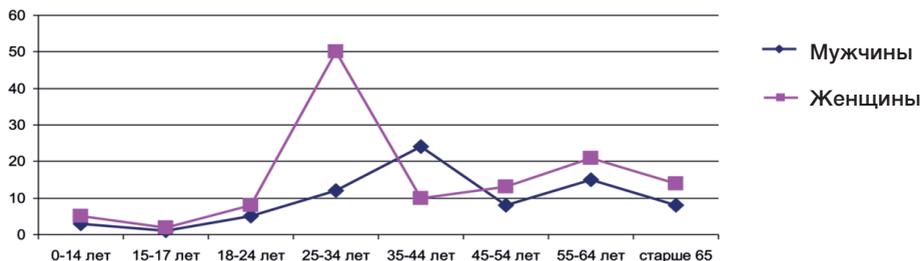


Диаграмма 3 демонстрирует еще один необъяснимый факт – некоторый всплеск заболеваемости мужчин в возрасте 35-44 лет, чего никогда не наблюдалось в предшествующие годы. Таким образом, или урологический туберкулез каждый год спорадически выбирает наиболее уязвимую группу населения, что не поддается логическому объяснению, или, что более вероятно, имеет место системная ошибка в организации диагностики туберкулеза.

Диаграмма 3. Заболеваемость уротуберкулезом в зависимости от пола и возраста в 2013 г.



Сложность выявления и диагностики

Неритмичность эпидемических показателей свидетельствует о серьезных просчетах в выявлении заболевания – и это подтверждают чередующиеся периоды диагностики туберкулеза почек 1-2 стадий с диагностикой нефротуберкулеза 3-4-й стадий – ■

когда распространенная деструкция паренхимы ограничивает возможности консервативной терапии. Нефротуберкулез не имеет патогномоничных клинических проявлений – а на ранних стадиях – и рентгенологических признаков, – поэтому больные урогенитальными инфекциями длительное время находятся в сфере внимания общей лечебной сети, пока процесс не приобретет очевидность – что, к сожалению, происходит слишком поздно. Система выявления больных туберкулезом легких хорошо отлажена и проверена временем – в отношении урологического туберкулеза мы сталкиваемся с постоянным противодействием. Нет отлаженного механизма обязательного бактериологического обследования, постановки провокационных проб; множество руководств и стандартов по ведению больных инфекциями мочеполовой системы не учитывают особенности нашего региона, ориентированы на эпидемически благополучные территории и не мотивируют врачей на своевременное выявление уротуберкулеза.

Избежать диагностических ошибок поможет оптимизация эмпирической терапии урогенитальных инфекций, тщательный сбор эпидемического анамнеза, обращение особого внимания на больных урогенитальными инфекциями, перенесшими туберкулез или имевшими контакт с туберкулезной инфекцией, на лиц, страдающих резистентными к стандартной терапии пиелонефритом, циститом, простатитом, на пациентов с упорной дизурией. Насторожить в отношении уротуберкулеза должно наличие свища в поясничной области или в промежности, на мошонке.

Согласно определениям, одобренным Национальным Российским, Азиатским и Европейским Руководствам по урогенитальному туберкулезу, **урогенитальный туберкулез (УГТ) – это инфекционно-воспалительное заболевание органов мочеполовой системы, изолированно или в любом сочетании, вызванное *M. tuberculosis* (МБТ) или *M. bovis***. При выявлении на ранних стадиях излечивается консервативно, осложнения корригируются хирургическими способами.

Урологический туберкулез (УТ) – это инфекционно-воспалительное заболевание органов мочевой и мужской половой систем, изолированно или в любом сочетании, вызванное *M. tuberculosis* (МБТ) или *M. bovis*.

Генитальный туберкулез (ГТ) – инфекционно-воспалительное заболевание органов половой системы (соответственно, женской – ЖГТ, мужской – МГТ); изолированно или в любом сочетании, вызванное *M. tuberculosis* (МБТ) или *M. bovis*.

Туберкулез почек (нефротуберкулез) – инфекционно-воспалительное заболевание паренхимы почек, вызванное *M. tuberculosis* (МБТ) или *M. bovis*; подразделяется на 4 стадии в зависимости от степени деструкции.

Туберкулез мочевых путей – инфекционно-аллергическое воспаление чашечно-лоханочного комплекса, верхних и нижних мочевыводящих путей, вызванное

Межрегиональная общественная организация

www.forumurology.ru



Интернет форум урологов



M. tuberculosis (МБТ) или *M. bovis*; проходящее стадии отека, инфильтрации, изъязвления и рубцевания. Вторичен по отношению к нефротуберкулезу.

Природный туберкулез мочевого пузыря (исключая ятрогенный, спровоцированный инстилляцией взвеси вакцины БЦЖ при лечении больных поверхностным раком мочевого пузыря) подразделяют на стадии:

1-я стадия – бугорково-инфильтративная;

2-я стадия – эрозивно-язвенная;

3-я стадия – спастический цистит (ложный микроцистис) – по сути гиперактивный мочевого пузыря;

4-я стадия – истинное сморщивание мочевого пузыря вплоть до полной облитерации.

Первые три стадии подлежат консервативной терапии, возможно обратное развитие процесса вплоть до полного исцеления, 4-я стадия означает развитие необратимых изменений и требует хирургического пособия. Очевидно, что выявление больных туберкулезом мочевого пузыря (ТПМ) на 4-й стадии означает позднюю диагностику, и мы попытались найти причины этого.

Уникальный российский опыт

Мы проанализировали истории 26-и больных туберкулезом мочевой системы, осложненным ТМП 4-й стадии, поступивших в ФГБУ Новосибирский НИИ туберкулеза Минздрава России для выполнения реконструктивных операций. У всех пациентов были изучены сроки от первого возникновения дизурии до установления диагноза уротуберкулез, спектр диагнозов, которые выставлялись на этом этапе, характер терапии и количество полученных курсов лечения, а также их исходы.

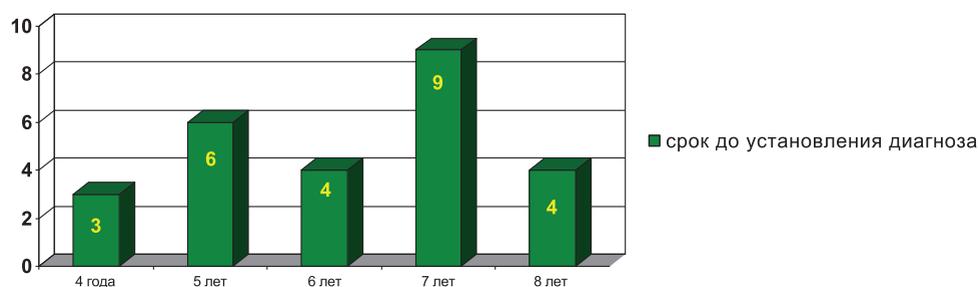
У всех был также диагностирован туберкулез почек: 4-й стадии (поликавернозный нефротуберкулез) – у 17 пациентов (65,4%), 3-й стадии (кавернозный нефротуберкулез) – у 5 больных (19,2%), у четырех пациентов был туберкулез 2-й стадии (папиллит) единственной почки; контрлатеральная почка была удалена ранее в другом лечебном учреждении по поводу поликавернозного туберкулеза. Таким образом, в 100% имела место несвоевременная диагностика, на стадии необратимой деструкции почечной паренхимы.

Объем мочевого пузыря у 22-х пациентов колебался от 100 до 55 мл, у четырех пациентов ранее была выполнена цистостомия в связи с экстремально малым объемом мочевого пузыря. Среди больных преобладали женщины: 18 (69,2% пациенток); мужчин соответственно, было 8 человек (30,8%). Возраст колебался от 38 до 72-х лет, составив в среднем 45,8 лет.



Все больные имели длительный анамнез «урогенитальных инфекций», под маской которых протекал своевременно нераспознанный туберкулез, – от 4-х до 8-и лет, в среднем 6,2 года. Причем только 3 пациента наблюдались у врача 4 года (11,5%), 6 больных получали неправильное лечение в течение 5-и лет (23,1%), четверо – 6-ти лет (15,4%), 9 человек (34,6%) – 7 лет, и еще четверо – в течение 8-и лет. Таким образом, ни у одного пациента верный диагноз не был установлен в срок до четырех лет. Пропорция пациентов в зависимости от длительности наблюдения представлена на диаграмме 4.

Диаграмма 4. Сроки наблюдения пациентов с ошибочными диагнозами



Первой жалобой у всех больных, заставившей их обратиться к врачу, была дизурия: учащенное мочеиспускание с резью. При детальном расспросе удалось выяснить, что у 18-и (69,2%) из них к этому времени была также постоянная боль в поясничной области, которую они относили на счет остеохондроза. Семь (26,9%) пациентов в течение срока наблюдения имели почечную колику; при обследовании камень не был обнаружен, однако поиски другой причины колики не проводились. У всех в течение всего времени сохранялась транзиторная пиурия, у 14 (53,8%) периодически возникала гематурия.

Ни у одного пациента эмпирическая терапия не была начата с оптимальных препаратов, рекомендованных XI съездом РОУ в 2007 году, то есть тех, которые не ингибируют рост микобактерии туберкулеза (МБТ) и не маскируют уротуберкулез, препятствуя тем самым ранней диагностике заболевания.

Детально установить перечень применявшихся в лечении этих пациентов антибактериальных препаратов не удалось, так как не вся медицинская документация была доступна для анализа, часть информации записана «со слов больного». Тем не менее, пациенты имели ежегодно от 3-х до 8-и обострений заболеваний, и не каждый раз обращались к врачу, памятуя, что назначенное ранее лечение было неэффективным или недостаточно эффективным. Тем не менее, удалось установить, что больные получали норфлоксацин (суммарно 104 курса), ципрофлоксацин (суммарно 86 курсов), ■

амикацин (суммарно 43 курса), нитроксилин (суммарно 27 курсов), цефалоспорины 3-й генерации (суммарно 32 курса), ломефлоксацин (суммарно 17 курсов), левофлоксацин (суммарно 11 курсов), амоксициллина клавулонат (4 курса), ампициллин (2 курса). Типичным примером является история болезни больного И. (по этическим соображениям названия населенных пунктов не приводятся), стиль сохранен.

Клинический случай: разбор полетов

Анамнез заболевания: 8 лет назад переохлаждение, в результате – пиелонефрит. Через неделю обратился к урологу в п. М., назначен ампициллин, так как беспокоили боли в правом яичке, направлен к хирургу, который назначил 5-НОК, ципролет. Через 3 недели отекло левое яичко. Направлен в онкологию г. Б., диагноз онкологии исключен. Затем госпитализация в Б. ЦРБ, хирургическое отделение (там посев мочи на МБТ отриц.), но эпидидимэктомия не выполнена, т.к. хирург отстранен от операций. Обратился в хирургию п. М., где была выполнена санация водянки левого яичка, эпидидимэктомия слева и частичная эпидидимэктомия справа (2001г.) – материал на гистологию не отправлен. Май 2002г. – боли внизу живота, в мошонке справа. Обратился туда же, где сказали, что придаток надо удалять. Пациент явился только в августе 2002 г., когда на мошонке справа появился свищ. Выполнили урографию, посев мочи на МБТ – отриц. Операция орхоэктомия, резекция свища (материал на гистологию не отправляли). 2003г. – частые позывы, никуда не обращается. 2004г. – боли внизу живота, появилась кровь в моче. Обратился в Б. ЦРБ, где выполнена в/в урография, посев мочи на МБТ – отриц. Заподозрили процесс в левой почке. Пиелоскопию не выполнили, т.к. аппарат сломался. Выписали. Гематурия возобновилась, появился гной в моче, емкость мочевого пузыря уменьшилась. Январь 2009г. В Б. ЦРБ сдал мочу на МБТ (ПЦР) – положительная. Направлен в ОПТД для уточнения диагноза и лечения.

Что мы видим из этого примера? Ампициллин не является рекомендованным препаратом для лечения урогенитальных инфекций в связи с повсеместно высоким уровнем резистентности уропатогенов к нему, поэтому отсутствие эффекта от первого курса закономерно. Последующие неоптимальные курсы антибактериальной терапии и невыполнение резолюции XI съезда РОУ привели к развитию персистенции МБТ и потери ею ростовых свойств. Судя по выписке, врачи думали о туберкулезе. Направляли мочу на посев МБТ, получали отрицательный результат (что не удивительно на фоне неоптимальной терапии), на этом основании диагноз исключали. И только через 8 лет методом ПЦР возбудитель туберкулеза был найден – хотя верный диагноз мог быть установлен гораздо раньше, если бы операционный материал был исследован



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

патоморфологически. Больной поступил в ФГБУ Новосибирский НИИ туберкулеза Минздрава России с диагнозом: туберкулез почки 4-й стадии справа, туберкулез почки 2-й стадии слева, ТМП 4-й стадии (емкость мочевого пузыря – 45 мл) для выполнения пластики мочевого пузыря, однако в ходе беседы по заполнению развернутого информационного соглашения, уяснил, что имеется риск развития сексуальной дисфункции, и, будучи молодоженом, предпочел сохранить эрекцию в ущерб нормализации мочеиспускания. Дальнейшая судьба этого пациента неизвестна.

Туберкулез мочевого пузыря или цистит?

Туберкулез мочевого пузыря на ранних стадиях может быть излечен противотуберкулезными препаратами без остаточных изменений, ТМП 3-й ст. требует применения особого патогенетического лечения – назначения тропия хлорид; в противном случае заболевание переходит в необратимую 4-ю стадию, тогда излечить больного можно только оперативным путем.

Назначение оптимальной эмпирической антибактериальной терапии больным острым циститом (это, по крайней мере в условиях эпидемии туберкулеза – фосфомицин, фуразидин; в осложненных случаях – цефалоспорины 3-го поколения и гентамицин) будет способствовать своевременному выявлению больных туберкулезом, поскольку отсутствие ответа на такую терапию – прямое показание к исключению ТВ. Поможет ли мы больному острым циститом, назначив при первом обращении левофлоксацин? Безусловно! Еще вернее хороший результат будет при назначении имишенема. Но будет ли такой подход оптимальным или хотя бы рациональным? Так же безусловно – нет. Нет никакой нужды больному острым циститом назначать системный антибиотик, когда в нашем распоряжении фосфомицин и нитрофураны, перекрывающие, особенно при совместном назначении, основной спектр уропатогенов. Можно провести аналогию, сравнив организм с многоэтажным зданием. Если в одной из комнат в мусорной корзине загорелась бумага – следует взять кувшин с водой и погасить пожар в зародыше, а не вызывать пожарных и службу МЧС, которые все здание залиют пеной, причинят ущерб, и еще не факт, что очаг возгорания будет ликвидирован. Не нужно применять ковровое бомбометание, то есть системные антибиотики, когда имеешь локальную проблему, суть острый неосложненный цистит, и меткого снайпера в виде фосфомицина и нитрофуранов. А назначение с первого дня фитотерапии (например, каниферон) позволит предотвратить формирование биопленки и хронизацию процесса.

Приведенное выше исследование подчеркивает, что все случаи ТМП – 4-й стадии ятрогенные; необратимое инвалидизирующее осложнение сформировалось вслед-

ствие неоптимальной терапии (в первую очередь – это назначение фторхинолонов и амикацина) по поводу урогенитальных инфекций, под маской которых протекал туберкулез. Отсутствие роста МБТ не позволяет исключить туберкулез, необходимо исследование патологического материала дополнительно как минимум методом ПЦР, а при наличии серьезных подозрений (контакт с больным туберкулезом, перенесенный ранее или активный в настоящее время туберкулез других локализаций, наличие в семье детей с виражем туберкулиновых проб, неэффективность курса оптимальной терапии по поводу урогенитальных инфекций, генерализованное поражение мочеполовой системы (которое, например, может проявляться пиурией при орхоэпидимите), наличие свищей) следует направить пациента к фтизиоурологу для выполнения комплексного обследования. Оперативный материал должен быть в обязательном порядке исследован гистологически, а также окрашен по методике Циля-Нильсена для идентификации МБТ. Оптимальная терапия при УГИ, не маскирующая туберкулез, не препятствующая выявлению МБТ и имеющая высокую эффективность, включает применение фосфомицина, фуразидина (нитрофурантоина), гентамицина, цефалоспоринов 3-го поколения (в амбулаторной практике предпочтение следует отдать диспергируемой форме цефиксима).

Туберкулез предстательной железы: фатально и печально

Туберкулез предстательной железы считается редким заболеванием, выявляемым как случайная находка при выполнении оперативного вмешательства на простате. Однако в действительности правильнее будет назвать его редко диагностируемым заболеванием. Подтверждают это положение факты обнаружения туберкулеза предстательной железы у каждого третьего больного туберкулезом легких, подвергшегося биопсии простаты по тем или иным причинам, и у 77% мужчин, умерших от туберкулеза любых локализаций. Туберкулез половых органов может привести к фатальным последствиям.

Туберкулезу предстательной железы посвящено не так много исследований. В конце прошлого века И.С. Камышан работал над совершенствованием диагностики и лечения больных туберкулезом простаты; полагал необходимым выполнять биопсию простаты для верификации диагноза. Т. Donahue & J. Moul также придерживались этой точки зрения, но подчеркивали, что до настоящего времени не существует консенсуса по методике, зонам забора материала, точек вкола.

Вскользь коснулся этой локализации туберкулеза в своем диссертационном исследовании С.И. Шкуратов. В.М. Куксин полагал обнаружение при проведении трансректального ультразвукового исследования кальцинатов предстательной железы веским основанием для проведения фтизиоурологического обследования. Он ■

установил, что показатели васкуляризации линейной пиковой скорости ниже 5,8 см/с, линейной динамической скорости – 2,20 см/с, линейной средней скорости 4,00 см/с, пульсационного индекса выше 1,60 у.е., индекса резистентности выше 0,8 у.е., объемного кровотока – 0,009 л/мин, плотность сосудистого сплетения ниже 0,5 сосуд/см – являются критическими и свидетельствуют о возможном туберкулезном поражении органов половой системы.

М.Н. Щербань подчеркивал, что каждый третий больной инфильтративным туберкулезом легких, и каждый второй пациент с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких имеют признаки активного воспаления предстательной железы; 53,4% – 46,1% соответственно страдают хроническим простатитом, а у 6,9% больных инфильтративным туберкулезом легких развивается туберкулез простаты. Низкая частота бактериологической верификации туберкулеза простаты объясняется длительным предшествующим приемом противотуберкулезных препаратов. Учитывая преимущественно молодой возраст мужчин, больных туберкулезом легких, столь высокая частота поражения репродуктивных органов подчеркивает актуальность создания методов своевременного распознавания и адекватного лечения заболеваний предстательной железы у этой категории пациентов.

Ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов, состоящих на учете в Новосибирском областном противотуберкулезном диспансере по поводу туберкулеза предстательной железы на предмет выявления путей диагностики этого заболевания, обнаружил интересные факты.

Всего на момент проведения исследования на учете по поводу туберкулеза предстательной железы в Новосибирском областном противотуберкулезном диспансере состояло 72 пациента. У 4-х больных (5,6%) заболевание было выявлено при гистологическом исследовании операционного материала, полученного при трансуретральной резекции простаты по поводу доброкачественной гиперплазии. Хирургические пособия оказывали в стационарах общего профиля; при ретроспективном анализе истории болезни очевидно, что все жалобы укладывались в клиническую картину туберкулеза предстательной железы, не отличающуюся, впрочем, специфичностью. Немедленно по получении заключения патоморфолога эти пациенты были переведены в урогенитальную клинику ФГБУ ННИИТ МЗ РФ для проведения комплексной противотуберкулезной терапии.

30 пациентов (41,7%) в течение длительного времени (от 2-х до 16 лет) наблюдались у уролога поликлиники по поводу непрерывно рецидивирующего хронического простатита, с неполным и кратковременным эффектом от стандартной консервативной терапии. Не удалось установить, что именно служило той каплей, что переполняла чашу терпения амбулаторного уролога, и побуждала его направить пациента к фти-

зиоурологу диспансера, которая, в свою очередь, направляла больного в урогенитальную клинику ФГБУ ННИИТ МЗ РФ. В стационаре проводили комплексное обследование с применением провокационной туберкулиновой пробы, провокационной лазерной пробы, терапии *ex juvantibus*, выполняли ретроградную уретропростатографию. Пациентам с уровнем простатоспецифического антигена выше 4 нг/мл также выполняли биопсию предстательной железы под ультразвуковым наведением с последующим патоморфологическим и бактериологическим исследованием материала. Совокупность диагностических манипуляций позволила установить верный диагноз.

У 9-и больных туберкулезом органов дыхания (12,5%) поражение простаты было случайной гистологической или бактериологической находкой при полном обследовании по какому-либо поводу (подготовка к операции, включение в клиническое исследование, появление жалоб на нарушение мочеиспускания).

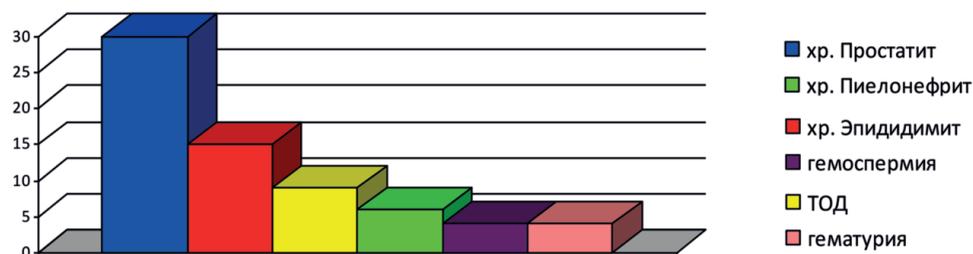
6 человек (8,3%) обратились к врачу по поводу длительно текущего эпидидимита с последующим абсцедированием, либо возникновением свища мошонки, что явилось логичным основанием для направления пациента к фтизиоурологу, ибо в России в настоящее время большинство случаев свищевого орхоэпидидимита имеют туберкулезную этиологию. Еще 9 человек (12,5%) в течение 2-7 лет (в среднем 5,4) имели часто рецидивирующий орхоэпидидимит без эффекта от консервативной терапии.

У 4-х пациентов (5,6%) с хроническим непрерывно рецидивирующим пиелонефритом, резистентным к стандартной терапии, при рентгенологическом обследовании был выявлен кавернозный нефротуберкулез; в последующем у них также был диагностирован кавернозный туберкулез предстательной железы.

У 2-х пациентов (2,8%) с хроническим пиелонефритом был получен рост *M. tuberculosis* в моче; позже у них также был диагностирован туберкулез простаты.

По 4 пациента (5,6%) были направлены к фтизиоурологу по поводу гематурии неясной этиологии, или гемоспермии. Схематично структура путей выявления представлена на диаграмме. ■

Диаграмма 5. Поводы заподозрить туберкулез предстательной железы



Таким образом, наиболее частым поводом заподозрить туберкулез предстательной железы, был хронический простатит, резистентный к стандартной терапии; затем – хронический эпидидимит, особенно свищевая форма; замыкает тройку лидеров дизурия у больных туберкулезом органов дыхания.

Туберкулез предстательной железы может протекать с нехарактерными симптомами, и тогда заболевание может быть выявлено случайно – например, при патоморфологическом исследовании операционного или биопсийного материала, полученного по другому поводу. Высока частота верификации диагноза у больных якобы неспецифическими инфекциями урогенитального тракта, резистентными к стандартной терапии. К сожалению, порой неоправданно долго поликлинический уролог пытается добиться эффекта – и все это время больной туберкулезом находится без лечения, представляя собой резервуар инфекции. Достаточно 6 месячного курса безуспешного лечения, или 4-х рецидивов в течение года, чтобы заподозрить туберкулез и направить пациента к фтизиоурологу.

Дети и подростки

Небольшое абсолютное число больных УГТ не дает основания к благодушию, ибо истинная эпидемическая ситуация остается неизвестной. Уровень заболеваемости туберкулезом детей свидетельствует о тяжести эпидемической обстановки в регионе и качестве профилактических мероприятий. До последнего времени туберкулез мочевой системы, как у взрослых, так и у детей и подростков продолжает выявляться в виде запущенных и распространенных форм, что обусловлено сложностью диагностики начальных проявлений заболевания и отсутствием четких клинических критериев для выявления ранних признаков нефротуберкулеза у детей и подростков.

Были пересмотрены амбулаторные карты 131 больного туберкулезом мочеполовой системы, наблюдавшегося в Новосибирском областном противотуберкулезном диспансере в 2009-2011 гг., а также истории болезни 819 больных урогенитальным туберкулезом, находившихся на стационарном лечении в урогенитальном отделении Кыргызского НИИ туберкулеза (в последующем – Кыргызский национальный центр фтизиатрии) за период 1975-2000 гг. Среди всего контингента выбраны амбулаторные карты и истории болезни больных детей и подростков (соответственно 3 и 38 пациентов), которые подвергли ретроспективному анализу.

При анализе амбулаторных карт контингентов Новосибирского Областного

противотуберкулезного диспансера было установлено, что у 88 (67,2%) был диагностирован изолированный туберкулез почек, у 33 (25,2%) мужчин – туберкулез половых органов, еще у 10 (7,6%) мужчин было сочетание полового туберкулеза с нефротуберкулезом (у всех – поликавернозный туберкулез почек). Все пациенты с поражением половых органов, в том числе с генерализованным мочеполовым туберкулезом, были старше 20 лет. Таким образом, у детей и подростков был диагностирован только изолированный туберкулез почек, туберкулез половых органов не выявлен ни в одном случае.

Среди 88 больных изолированным туберкулезом почек было двое детей в возрасте 3-х и 6-ти лет, и один подросток 17-и лет (3,4% от больных нефротуберкулезом, и 2,3% от всех больных мочеполовым туберкулезом). У всех пациентов младшей возрастной группы был диагностирован туберкулез паренхимы почек. Все дети с туберкулезом паренхимы почек были выявлены при обследовании туберкулезных контактов, жалоб со стороны мочеполовой системы не предъявляли, то есть течение заболевания у них было бессимптомным. 17-летняя девушка страдала на протяжении пяти лет хроническим пиелонефритом (были изменения в анализах мочи, боль в области почки). Поскольку данная категория больных является группой риска, ей в плановом порядке было проведено бактериологическое исследование мочи, выявившее микобактериурию. Бактериологическая верификация получена у всех больных методом посева, во всех случаях чувствительность возбудителя к основным противотуберкулезным препаратам была сохранена. Все дети и подросток имели положительную (гиперэргическую) пробу Манту; никаких других локализаций туберкулеза выявлено не было.

В урогенитальное отделение Национального центра фтизиатрии (НЦФ) Кыргызстана за 25 лет поступило 38 больных детей и подростков, что составило 4,6% от всего количества госпитализированных за этот период больных урогенитальным туберкулезом (819 человек). Среди 17 детей от 1 года до 15 лет было 8 мальчиков и 9 девочек, из 21 подростка в возрасте 15-17 лет - 13 юношей и 8 девушек. Следует отметить, что все дети ранее находились на обследовании и лечении в детских хирургических клиниках общей лечебной сети, где часть из них подверглась оперативным вмешательствам на мочеполовых органах. Двое детей поступило в урогенитальное отделение НЦФ с двусторонней нефростомой, двое ЖЮМРМОЮ-МИ после нефрэктомии, причем один из них с каловым свищом в левой поясничной области. У двоих детей основной процесс осложнился гнойным туберкулезным паранефритом; один ребенок был доставлен с самопроизвольно вскрывшимся гнойным свищом в поясничной области. Оперативные вмешательства, проведенные ■

в общей лечебной сети у подростков, осложнились свищом в поясничной области у 2-х, гнойным свищом в области мошонки у 4-х. У двух подростков на момент выявления сформировался микроцистис.

В ходе полного обследования в условиях НЦФ у детей были диагностированы: паренхиматозный туберкулез почки у двух, туберкулезный папиллит у 4-х, кавернозный нефротуберкулез с афункцией одной почки у 8 детей, из них у одного процесс осложнился формированием микроцистиса. У трех детей диагностировали двусторонний деструктивный туберкулез почек. У одного мальчика наряду с туберкулезом почек был выявлен туберкулезный орхоэпидимит. Таким образом, отсутствие фтизиатрической настороженности привело к поздней диагностике у 11 (64,5%) детей, когда были выявлены запущенные и осложненные формы мочевого туберкулеза.

Только в одном случае нефротуберкулез носил изолированный характер, а у остальных детей отмечалось полиорганное поражение с преимущественным вовлечением в процесс внутригрудных лимфатических узлов (10 пациентов). У одного ребенка наряду с уротуберкулезом был выявлен диссеминированный туберкулез легких; у 2-х – туберкулез поясничного отдела позвоночника; у 2-х детей – первичный туберкулезный комплекс; туберкулез периферических лимфатических узлов диагностирован у одного больного. При бактериологическом исследовании микобактерии туберкулеза были выявлены у 11 детей в моче, а у 3 детей с сочетанными формами туберкулеза одновременно обнаружены в моче и мокроте.

Среди 21 больного подростка 11 также поступили с запущенными формами мочевого туберкулеза в результате неполноценной диагностики и лечения. В стационаре НЦФ диагностирован паренхиматозный туберкулез у 2 подростков; туберкулезный папиллит у 4-х; у 11-и – кавернозный туберкулез почек, из них у 2 – осложненный микроцистисом. У одного пациента туберкулез почек сочетался с орхоэпидимитом. Микобактерии туберкулеза в моче были выявлены у 9 подростков, а в 10-и случаях диагноз был верифицирован гистологически.

Следует отметить, что у подростков одновременно был обнаружен активный диссеминированный туберкулез легких (ТЛ) в 7 случаях, инфильтративный туберкулез у одного, кавернозный туберкулез легких – еще одного, туберкулома легких – у 2 пациентов, первичный туберкулезный комплекс – у 4-х, туберкулез костной системы – у 2-х, туберкулезный плеврит – у 2-х. Данные по формам туберкулеза суммированы в таблице 1.

Как следует из таблицы, менее 10% пациентов в обеих группах имели изолированный уротуберкулез. У детей наиболее часто поражались туберкулезом лимфо-

узлы, как внутригрудные, так и периферические (суммарно 64,6%), у подростков – легкие (суммарно 52,4%).

Детям до 15 лет были выполнены следующие операции: нефрэктомия – 7, эпидидимэктомия – 1, вскрытие паранефрита – 2, сигмоцистопластика 1 (мальчику 13 лет), всего 11 хирургических вмешательств (то есть 64,7% детей были оперированы). По поводу туберкулеза мочеполовой системы подросткам было выполнено 16 операций (76,2%), из них нефрэктомий – 8, резекция полюса почки – 1, сигмоцистопластика – 2, уретероцистостомия – 1, эпидидимэктомия – 3, и одна орхидэктомия.

Таким образом, лишь четвертая часть (26,3%) случаев нефротуберкулеза у детей и подростков в Кыргызстане диагностировалась своевременно. Острое начало заболевания среди детей наблюдалось у 6 (35,3%) случаев, среди подростков – 6 (28,6%). Давность заболевания до 1 года – у 7 (41,2%) и 8 (42,9%), от 1 до 3-х лет у 4 (23,5%) и 6 (28,6%) детей и подростков соответственно. При изучении анамнеза болезни первоначально все больные дети и подростки лечились по поводу неспецифических заболеваний мочевой системы.

Контакт с больным туберкулезом установлен у 8 (23,5%) пациентов: у 5-и (29,4%) детей и у 3-х (15,8%) подростков. Сочетание мочеполового туберкулеза с другими локальными формами легочного и внелегочного туберкулеза отмечено ■

Таблица 1. Сопоставление генерализованных форм туберкулеза у детей и подростков Кыргызстана (n=38)

Форма туберкулеза	Дети (n=17)		Подростки (n=21)	
	абс	%	абс	%
Изолированный мочеполовой туберкулез	1	5,9	2	9,5
Сочетанный с:				
Инфильтративным ТЛ	0	0	1	4,8
Диссеминированным ТЛ	1	5,9	7	33,3
Кавернозным ТЛ	0	0	1	4,8
Туберкуломой легких	0	0	2	9,5
Костно-суставным туберкулёзом	2	11,8	2	9,5
Плевритом	0	0	2	9,5
Первичным комплексом	2	11,8	4	19,1
Туберкулёзом внутригрудных лимфоузлов	10	58,7	0	0
Туберкулёзом периферических лимфоузлов	1	5,9	0	0

в 92,1% случаев. Среди локальных форм преобладал туберкулез внутригрудных лимфоузлов. Множественные локализации туберкулеза чаще встречались у детей, при этом в 45,2% случаев процесс оказывался активным во всех очагах инфекции. При постановке туберкулиновой пробы, чувствительность к туберкулину у 82,4% больных была нормергической, а у 17,6% – гиперергической. Больные дети младшего и дошкольного возраста в основном выявлялись из детской хирургической клиники, тогда как подростки чаще выявлялись общей лечебной сетью.

Уровень заболеваемости туберкулезом детей свидетельствует о тяжести эпидемической обстановки в регионе и качестве профилактических мероприятий, об отсутствии соответствующей настороженности как медицинской службы, так и населения, о доступности квалифицированной медицинской помощи. Социальные катаклизмы привели к обнищанию населения Кыргызстана, претенциозные статьи многих журналистов сформировали негативный образ врача, к которому пациент опасается обращаться за помощью, реформы здравоохранения и тенденция следовать зарубежным рекомендациям без адаптации их к местным условиям разрушили слаженную и непревзойденную фтизиатрическую службу Советского Союза. Это не могло не сказаться на эпидемической ситуации в целом, особенно в бывших республиках СССР, и на заболеваемости туберкулезом детей в частности. Четверть детей и подростков, больных туберкулезом мочеполовой системы, наблюдались врачами с неверными диагнозами до трех лет, что привело к формированию осложнений, потребовавших хирургического вмешательства.

Проведенный анализ выявил болевые точки детской фтизиоурологии в Кыргызстане, совместная работа по формированию групп риска и организации раннего выявления в ближайшем будущем должна дать свои плоды.

В Кыргызстане на долю детей и подростков среди больных мочеполовым туберкулезом приходится 4,6%, из них более 90% имели полиорганное поражение, лишь у 26,3% были выявлены так называемые «малые» формы нефротуберкулеза, потенциально излечимые консервативно. В Сибири процент заболевших мочеполовым туберкулезом детей и подростков среди контингентов фтизиоуролога в два раза ниже – 2,3%, причем во всех случаях диагностированы «малые» формы туберкулеза почек, ни один ребенок не был оперирован.

В Кыргызстане только у 23,5% детей и подростков обнаружен контакт с источником инфекции; в Сибири два ребенка были из семейных контактов (66,7%), и одна девочка-подросток обследована профилактически, как лицо из группы риска.

Отлаженное взаимодействие фтизиатров и фтизиопедиатров диспансера, хорошая работа в очагах инфекции, санитарно-просветительная работа позволяют вы-

являть туберкулез мочеполовой системы у детей и подростков в ранней стадии. Преобладание запущенных и осложненных форм нефротуберкулеза у детей и подростков свидетельствует о серьезном неблагополучии в регионе.

И при этом, что крайне удивительно и необъяснимо, на долю УГТ в Киргизии в структуре заболеваемости внелегочными формами туберкулеза приходилось 8,3-12,5% – и это должно бы радовать! а в Сибири и на Дальнем Востоке – 31,7-33,5% – но какая разница в характеристике клинических форм! Малая доля заболевших, скорее всего, говорит не о том, что болезнь победили, а о том, что ее не диагностируют.

Мнение профессора

В заключение хочу подчеркнуть – урогенитальный туберкулез полностью излечим при своевременном выявлении. Следует помнить о нем, выбирать оптимальную эмпирическую терапию урогенитальных инфекций, и не ограничиваться в «исключении туберкулеза» банальными и малоэффективными посевами и пробой Манту.

Следует учитывать факторы высокой вероятности УГТ, к которым относятся:

- тесный контакт с туберкулезной инфекцией,
- туберкулез любой локализации, перенесенный ранее или активный в момент обращения,
- хронические инфекции урогенитального тракта, склонные к рецидивам, резистентные к стандартной терапии, упорная дизурия, прогрессирующее уменьшение емкости мочевого пузыря, стерильная пиурия, пиурия в 3-х порциях у больного эпидидимитом, пиоспермия, гемоспермия, пиурия, гематурия, свищи в поясничной области, в промежности, свищи мошонки.

ФВВ УГТ имеют вспомогательное значение при диагностике. Параметры, подтверждающие диагноз УГТ, приведены в таблице 2.

УГТ достоверно исключен, если:

- ни в одном образце ни одного вида патологического материала ни одним методом не найдена МБТ,
- патоморфологическое исследование биоптата не выявило признаков туберкулезного воспаления,
- на рентгенограммах нет признаков деструкции,
- объем мочевого пузыря в пределах физиологической нормы, ■

- провокационные пробы отрицательные,
- терапия *ex juvantibus* I типа дала положительный результат;
- отсутствуют свищи

Любое сомнение должно трактоваться в пользу туберкулеза, больной с сомнительными результатами тестов подлежит углубленному обследованию и динамическому наблюдению. ■

Таблица 2. Перечень параметров, подтверждающих диагноз УГТ

МБТ	Обнаружена	Диагноз подтвержден
	Не обнаружена	Диагноз не исключен, при наличии ФВВ сомнения остаются
Патоморфологическое исследование	Найдены признаки туберкулезного воспаления	Диагноз подтвержден
	Не найдены признаки туберкулезного воспаления	Диагноз не исключен, при наличии ФВВ сомнения остаются
Лучевая диагностика	Визуализируется деструкция почек или предстательной железы	Диагноз подтвержден
	Не визуализируется деструкция почек или предстательной железы	Исключен нефротуберкулез 2-4 стадии, кавернозный туберкулез предстательной железы. Нефротуберкулез 1-й стадии, инфильтративный туберкулез предстательной железы не исключены
Стерильная пиурия	есть	Диагноз УГТ высоко вероятен
	Присутствует рост неспецифической микрофлоры	Диагноз не исключен, при наличии ФВВ сомнения остаются
Терапия <i>ex juvantibus</i> 1-го типа	Положительный результат	Диагноз исключен при отсутствии ФВВ
	Отрицательный результат	Диагноз не исключен, при наличии ФВВ сомнения остаются
Терапия <i>ex juvantibus</i> 2-го типа	Положительный результат	Диагноз подтвержден
	Отрицательный результат	Диагноз не исключен, при наличии ФВВ сомнения остаются
Провокационные пробы	Положительный результат	Диагноз подтвержден при наличии ФВВ
	Отрицательный результат	Диагноз не исключен, при наличии ФВВ сомнения остаются

*Первая скрипка
в дистанционном
образовании!*



Непрерывное профессиональное образование в урологии – UroEdu.ru



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

МИРОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В МЕДИКАМЕНТОЗНОМ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДГПЖ

В марте 2016 года в Мюнхене (Германия) прошёл 31 Ежегодный конгресс Европейской ассоциации урологов, о чем уже писали многие профессиональные издания. Редакция Дайджеста урологии побеседовала с нашим коллегой к.м.н., доцентом кафедры урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА РФ, сотрудником 2-го урологического отделения ГКБ №57 Ергаковым Дмитрием Валентиновичем и узнала, что нового в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы и связанных с ней симптомов нижних мочевых путей можно было узнать на Конгрессе ЕАУ.



Дмитрий Валентинович, много ли было урологов на Конгрессе в этом году?

Д.В. Ергаков: Наибольшее число участников конгресса в этом году прибыло из Италии – 471 человек, затем следуют Германия (401), Япония (367), Великобритания (360) и Южная Корея (353). Традиционно, большая делегация урологов была из России. Было приятно встретить коллег со всех уголков нашей огромной страны в Мюнхене. Поражает огромное количество присылаемых материалов на Конгресс – в этот раз было представлено 4 414 абстракта и 336 видеопостеров.

Что Вы узнали нового по теме доброкачественной гиперплазии предстательной железы?

Д.В. Ергаков: Представленные материалы можно было условно разделить на четыре большие тематические секции: рак простаты, ДГПЖ, рак почки и его хирургическое лечение, а также функциональная урология и симптомы нижних мочевых путей (СНМП).

В блоке, посвященном симптомам нижних мочевых путей, были озвучены интересные данные о динамике СНМП с возрастом. Так, авторы работы утверждают, что по достижении определенного возрастного порога наблюдается снижение чувствительности мочевого пузыря у всех пациентов, тяжелее становится откладывать акт мочеиспускания, ухудшаются сокращаемость и подвижность пузыря, у женщин сни-

жается максимальное давление закрытия уретры (МУСР). Вместе с тем, у всех пациентов повышаются детрузорная гиперактивность, объем остаточной мочи, у женщин учащаются случаи атрофического вагинита и тазового пролапса, у мужчин чаще встречается обструкция мочевых путей, увеличивается объем простаты. Кроме того, представители обоих полов чаще страдают от ноктурии и вызванной сочетанием этих симптомов депрессии.

Если имеется корреляция СНМП с возрастом, есть ли особенности в медикаментозном лечении возрастных пациентов?

Д.В. Ергаков: Конечно, есть особенности. В связи с этой корреляцией остро встает вопрос о выборе лекарственного препарата для лечения СНМП у пожилых пациентов. Согласно представленным на конгрессе данным, сегодня лекарственные средства в этой категории можно разделить на 4 группы: абсолютно рекомендованные к применению во всех случаях – таковых пока не разработано; благотворные – среди них дутастерид, фезотеродин и финастерид; применяемые с осторожностью и учетом рисков у пожилых людей – здесь силодозин, солифенацин, тамсулозин, толтеродин, дарифенацин, троспиум, мирабегрон, тадалфил, оксипутинин и, наконец, к нерекондованным у этой группы пациентов средствам относятся алфузозин, доксазозин, теразозин, оксипутинин и пропиверин. Однако стоит иметь в виду, что авторы доклада, озвученного на конгрессе, отмечают недостаточность доказательной базы в этом исследовании.

Какие исследования Вы бы выделили особо?

Д.В. Ергаков: Так, например, по теме доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) было опубликовано 31 фундаментальное исследование, 27 работ в области диагностики, ещё 27 – относительно хирургического лечения и 15 – по консервативной терапии.

Можно выделить несколько ключевых работ в этой области, озвученных на конгрессе: «Autophagy: impairment in prostatic inflammation and novel target of therapy for PCA» (абстракты 44 и 106), «Long term efficacy and urodynamics safety of combination therapy (AM + α -blockers)» (абстракт 867) и «Minimizing the invasiveness of “BPO-surgical relief”: the role of PVP and PUL» (абстракты 962, 1076 и 1077).

Кроме того, интересен абстракт 106, подготовленный исследователями из Италии. Речь в нем идёт о нарушении процесса гибели клеток и дефектах протекания воспалительного процесса. В проведённом исследовании 50 хирургических образцов были взяты у пациентов, перенёвших трансуретральную резекцию простаты. Все они были исследованы на предмет присутствия воспалительного инфильтрата с помощью ■

шкалы оценки воспаления. Как оказалось, высокие уровни протеина р62 и низкие уровни LCB (оснований со сфингоидной длинной цепью) часто ассоциированы со снижением аутофагии.

Часть работ на конгрессе была посвящена применению тамсулозина. В частности, японские исследователи провели эксперимент на пожилых экспериментальных животных (крысах), на основании которого они полагают, что тамсулозин, благодаря своим нейропротективным свойствам, может применяться у пациентов с возрастными СНМП и ухудшением памяти. Его использование усиливает нейрогенез и подавляет апоптоз в гиппокампе.

Испанские урологи выступили с информацией о применении аналоговой урофлуометрии. Согласно их выводам, она является недорогим, полезным и доступным инструментом оценки Q_{max} и Q_{ave} в ситуациях, где необходима только приближительная точность объема или при сценарии, когда урофлуометр недоступен

Какие новые тенденции просматриваются в комбинированном лечении ДГПЖ? Комбинации каких препаратов сейчас рассматриваются как приоритетные?

Д.В. Ергаков: Японские специалисты (абстракт 867) представили информацию о комбинированной терапии с применением α -адреноблокаторов (α -АБ) и М-холиноблокаторов (М-ХБ). В исследовании приняли участие мужчины старше 50 лет, с I-PSS ≥ 8 , OABSS ≥ 3 , $Q_{max} < 15$ мл/с, объемом простаты более 25 мл и остаточным объемом мочи менее 150 мл. Это было рандомизированное проспективное сравнительное уродинамическое исследование длительной эффективности комбинации α -АБ и М-ХБ у пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты и гиперактивностью мочевого пузыря. Комбинация α -АБ и М-ХБ приобрела особенную популярность с 2015 года. Показаниями к применению можно считать сочетание возраста более 50 лет, I-PSS более 8, признаки гиперактивности, объем простаты более 25 см³ и объем остаточной мочи менее 150 мл, то есть симптомы, наблюдавшиеся у японских пациентов.

Новой схемой, набирающей популярность в этом году, является сочетание α -адреноблокаторов и М-холиноблокаторов с ингибиторами 5 α -редуктазы (5-АРИ). В российских условиях, например, могут применяться препараты. Показания для такой комбинации – возраст более 50 лет, снижение Q_{max} менее 10,4 мл/с, уровень ПСА выше 1,5 нг/мл, I-PSS более 8, а также объем простаты более 30 см³.

В рамках подбора пациентов для первичной инициации комбинированной терапии были отдельно отмечены ультразвуковые признаки: длина простатического отдела уретры около 4,5 см, внутривезикулярная протрузия: 0–5 мм – на 1 стадии, 5–10 – на 2 и более 15 мм – на 3, – а также толщина (5 мм) и вес (35 гр) детрузора.

Различаются ли схемы лечения в теории и на практике?

Д.В. Ергаков: В теории при назначении пациентам с ДГПЖ лечения с совместным применением α -АБ и 5-АРИ первичная комбинированная терапия продолжается 6–9 месяцев, после чего прием α -АБ прекращается. Возможность отмены α -АБ спустя несколько месяцев комбинированной терапии хорошо описана. Преимуществами отмены являются цена, лучшая комплаентность и снижение частоты нежелательных явлений. Тем не менее, отмена α -АБ приводит к ухудшению накопительной функции мочевого пузыря, что необходимо учитывать при отмене препарата.

На практике по истечении 6–9 месяцев в качестве альтернативы производится отмена приема 5-АРИ. Отдельно стоящий вопрос – влияет ли прием 5-АРИ на эффект тестостерон-заместительной терапии (ТЗТ)? Данные исследования специалистов из Южной Кореи показывают, что совместное использование 5-АРИ не снижает ■



эффекты ТЗТ. При этом применение 5-АРИ позволяет предотвратить прогрессию СНМП на фоне тестостерон-заместительной терапии (абстракт 1006).

Есть ли интересные исследования по хирургическому лечению пациентов с ДГПЖ?

Д.В. Ергаков: Да, хирургическому лечению также было уделено несколько докладов. Например, одно интересное исследование отмечает длительность госпитализации как независимый фактор осложнений у пожилых пациентов. В качестве примера, приводилась статистика по частоте послеоперационных сенильных психозов. У 8% больных после трансуретральной резекции простаты было отмечено данное осложнение. Среди возможных факторов, способствующих развитию данного осложнения были указаны резкие колебания артериального давления, снижение активности диафрагмы, тромбоэмболия, потеря мышечной массы до 10% объема, запоры и психологические проблемы.

Активно обсуждался выбор метода лечения у пациентов старше 75 лет. М-ТУРП (монополярная ТУР), несмотря на длительный срок использования, не обладает достаточным профилем безопасности (ТУР-синдром, повышенный риск геморрагических осложнений) у данной группы пациентов. Б-ТУРП (биполярная ТУР) не имея существенных ограничений по объему простаты и времени операции, может приводить к повышенной частоте развития стриктур мочеиспускательного канала.

Фотоселективная вапоризация простаты хороша низкой продолжительностью госпитализации и отсутствием геморрагических осложнений, плоха – неясностью данных по долговременным исходам и отсутствием патологического материала. Энуклеирующие методики приобретают все большую популярность вследствие большей радикальности и малоинвазивности. HoLEP (гольмиевая энуклеация) была первым методом из данной группы. К недостаткам метода можно отнести длительную кривую обучения. Тулиевая энуклеация (ThuLEP) имеет те же положительные стороны, что и гольмиевая, однако к отрицательным в этом случае пока прибавляется недостаточный объем доказательности в связи с небольшими сроками использования. Наконец, преимущества открытой простой простатэктомии (в нашей стране – аденомэктомии) – в опытных руках сравнительно небольшая продолжительность вмешательства (по сравнению с эндоскопическим удалением данного объема тканей) и радикальное удаление аденомы, недостатки – специфическая смертность, высокий риск кровотечения.

Есть ли работы по осложнениям хирургического лечения ДГПЖ?

Д.В. Ергаков: Конечно, так как с осложнениями хирургического лечения рано или

поздно сталкиваются все оперирующие хирурги. Отдельное внимание было уделено периоперационным рискам, среди которых выделяются тромбозомболические и геморрагические осложнения. Венозный тромбоз летален только в 5–15% случаев и обычно обратим, артериальный – в 20–40%, и в 50% – с возобновляющимися симптомами. Кровотечение, требующее гемотрансфузии или повторного оперативного лечения, встречается до 15% случаев и крайне редко приводит к летальному исходу и обычно не повторяется. Исходя из этих данных, профилактика тромбозомболических осложнений гораздо более важна, однако авторы доклада подчеркивают важность соблюдения баланса в профилактике данных осложнений. С этой точки зрения, лазерная вапоризация, как бескровная методика, обладает наилучшим соотношением польза/риск.

По теме доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) на Конгрессе ЕАУ-2016 было озвучено 31 фундаментальное исследование, 27 работ в области диагностики, ещё 27 – относительно хирургического лечения и 15 – по консервативной терапии.

Вопрос, рассматривавшийся отдельно – стоит ли к пациентам, находящимся на постоянной антикоагулянтной терапии применять так называемую «бридж»-терапию (отмена антикоагулянтов с переводом пациента на низкомолекулярный гепарин)? С точки зрения авторов исследования, она нежелательна с позиций риска развития сердечно-сосудистых осложнений и нежелательна при отсутствии повышенного риска кровотечения. Отдельно сравнивался уровень геморрагических осложнений при Б-ТУРП и энуклеации. Согласно выводам авторов, энуклеация выгодно отличается низким уровнем риска кровотечения, меньшим времени катетеризации. В качестве альтернативной методики может рассматриваться применение простатических нитей Urolift, эффективность которых подтверждается мультицентровыми исследованиями в Европе, Австралии и США. Отдельно стоит отметить доклад из Австралии о новом методе лечения ДГПЖ – робот-ассистированной аква-абляции простаты.

Отдельная секция была посвящена осложнениям, возникающим в ходе трансуретральной резекции и лазерной энуклеации, в частности, так называемый «ТУР-синдром», точнее его современным проявлениям. В его основе лежит венозная абсорбция ирригационной жидкости, что приводит к целому комплексу симптомов. Со стороны центральной нервной системы это головные боли, возбуждение, визуальные помехи, тошнота и рвота, в некоторых случаях – конвульсии и кома. Со стороны сердечно-со-

судистой и дыхательной систем – гипертензия, тахикардия, тахипноэ, гипоксия, гипотензия, барикардия и отек легких. Также возможны почечные симптомы и реакция метаболической системы: гипонатриемия, гиперглицинемия, интраваскулярный гемолиз и острая почечная недостаточность.

Авторы исследования в итоге пришли к следующим выводам: жидкостная абсорбция всегда присутствует при М-ТУРП, Б-ТУРП, гольмиевой и тулиевоу энуклеации, а также при использовании зеленого лазера. При этом, в частности, применение М-ТУРП может привести к появлению ТУР-синдрома. У пациентов с высоким уровнем риска следует применять этаноловый дыхательный тест.

Рассматривались альтернативные методики, такие, как ботулинотерапия в лечении СНМП?

Д.В. Ергаков: Да, отдельно рассматривались результаты применения ботулотоксина в лечении пациентов с СНМП, связанных с доброкачественной гиперплазией. К сожалению, в качестве монотерапии пока результаты не очень обнадеживающие.



Согласно результатам рандомизированного клинического исследования, только четверти пациентов не потребовалось дополнительное лечение в связи с ДГПЖ в течение 18 месяцев после инъекции.

Другой альтернативный метод лечения ДГПЖ – эмболизация простатических артерий (ПАЭ). По данным сравнительного исследования с ТУРП, проведенного швейцарскими специалистами, после двухсторонней ПАЭ наблюдается полное отсутствие васкуляризации простаты. Предварительно метод обещает быть и безопасным, и эффективным, однако малое количество пациентов, участвовавших в исследовании (46 человек в начале и 36 по итогу) мешает сделать окончательные выводы.

Важно отметить, что после неагрессивных паллиативных методов оперативного лечения авторы обзора конгресса считают целесообразным назначение 5-АРИ.

Изменился ли «золотой стандарт» в хирургическом лечении ДГПЖ?

Д.В. Ергаков: Любопытное обсуждение состоялось вокруг проблемы выбора методики между ТУРП и лазером. Были выдвинуты следующие тезисы: на сегодня ТУРП по-прежнему остается «золотым стандартом» лечения ДГПЖ. Важное преимущество состоит в том, что открытая хирургия применима в случаях с большой простатой. Если так, то нужны ли лазеры вообще? Являются ли они эффективными в сопоставлении с затратами? Если да, то у всех или у отдельных пациентов? Могут ли применяться к пациентам с высоким уровнем риска? Многие вопросы остаются дискуссионными.

Мультицентровое сравнительное исследование эффективности лазерной вапоризации и ТУРП носит название «Goliath». Данное исследование носило многоцентровой характер, производилось сравнение 2-х летних результатов эффективности и безопасности лазерной вапоризации и трансуретральной резекции простаты. Авторы отмечают одинаковую с ТУРП эффективность и значительную периоперационную безопасность по сравнению с ТУРП. За 2 года наблюдения не было выявлено различий в частоте рецидивов заболевания и частоты повторных операций.

Стоит учитывать, что, по результатам недавнего французского исследования, проведение HoLEP может рассматриваться как процедура с однодневной госпитализацией у отдельных пациентов при условии выполнения квалифицированными хирургами. В отношении ТУРП вопрос остается открытым.

Сравнительную оценку затрат предоставляет работа, выполненная испанскими специалистами (абстракт 963). Согласно полученным ими результатам, открытая аденомэктомия более затратна, чем HoLEP в плане срока госпитализации и «стоимости» осложнений, что делает ее совокупно дороже, хотя проведение самой процедуры стоит дешевле, чем в случае с энуклеацией. ■

Также стоит отметить, что, как было озвучено на конгрессе, сегодня наблюдается общемировая тенденция перехода от вапоризации к энуклеации простаты.

В области лечения ДГПЖ и связанных с ней СНМП большое значение имеет выбор метода лечения в зависимости от объема простаты. Так при объеме менее 30 мл могут использоваться трансуретральная инцизия (ТУИП) и ТУРП. От 30 до 80 мл – ТУРП, лазерная энуклеация и вапоризация, трансуретральная микроволновая термотерапия (ТУМТ) и трансуретральная игловая абляция. Наконец, при объеме более 80 мл применяются открытая простатэктомия, HoLEP, лазерная вапоризация и ТУРП.

При выборе метода у пациентов старше 75 лет стоит учитывать ожидаемую продолжительность жизни, факторы коморбидности, применение антикоагулянтов и длительность госпитализации.

Также был представлен интересный пример длительного применения 5-АРИ у пациента, начиная с 77 лет. Спустя 13 лет, в 90-летнем возрасте, несмотря на перенесенное оперативное вмешательство, пациент жив и находится в хорошем состоянии с объемом простаты 500 мл.

В заключение, я хотел бы сказать, что в мире урологии отмечается тенденция, в соответствии с которой у пожилых больных минимально-инвазивные операции – метод выбора в 2016 году.

В целом, по итогам рассмотрения материалов конгресса можно сделать следующие выводы:

- Комбинированная терапия становится все более популярной, однако должна использоваться с осторожностью у пожилых пациентов;
- Использование антикоагулянтов становится рутинной практикой, необходимо поддержание баланса между ингибированием тромбообразования и профилактикой кровотечения;
- Гольмиевая энуклеация и лазерная вапоризация являются методами выбора у пожилых пациентов;
- ПАЭ и Уролифт являются альтернативными методами выбора в лечении пациентов;
- Гольмиевая энуклеация является альтернативой открытой операции;
- Лазерная вапоризация является эффективным и безопасным методом у пациентов, постоянно принимающих антикоагулянты с невозможностью отмены последних;
- Энуклеация является методом удаления тканей с наименьшей частотой повторных операций;
- При этом ТУРП остается наиболее часто используемым методом;
- Ключевые факторы при выборе метода: состояние пациента, антикоагулянты, цена и ожидаемая продолжительность предстоящей жизни. ■

Издательский дом «УроМедиа»

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

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ

УРОЛОГИЯ

ECUro.ru



www.ecuro.ru

Включен
в обновленный список
ВАК от 07.12.2015

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

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

Абстракты на английском языке в печатной версии журнала.

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

DOCENDO DISCIMUS УЧА, МЫ САМИ УЧИМСЯ



В ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России открыт Учебный центр врачебной практики «Praxi Medica», цель которого – подготовка и обучение врачей хирургических специальностей современной высокотехнологичной хирургии. О перспективах учебного центра редакция Дайджеста урологии побеседовала с директором УЦВП «Praxi Medica» Ревазом Ревазовичем Харчилавой.

Реваз Ревазович, в чем главное преимущество учебного центра «Praxi Medica»?

Р.Р. Харчилава: Главное преимущество УЦВП Praxi Medica заключается в обучении высокотехнологичной малоинвазивной хирургии на экспериментальных животных (мини-пиги) под наркозом в составе полноценной операционной бригады. Обучение проводится по ключевым направлениям, активно развивающимся в Российской Федерации, и дает возможность получить устойчивые практические навыки.

Кто может обучаться в Вашем центре? Это врачи или студенты?



Р.Р. Харчилава: Целевая аудитория – это врачи хирургических специальностей: хирурги, урологи, гинекологи, колопроктологи, травматологи, ортопеды, реаниматологи, анестезиологи, сердечно-сосудистые хирурги, то есть специалисты уже имеющие высшее медицинское образование и специализацию. Студенты, к сожалению, у нас не учатся, так как наши циклы – это дополнительное профессиональное образование, по прохождении которого врачи получают удостоверение установленного образца (18 и более часов). Однако с гордостью хочу сказать, что у нас проводится один из этапов ежегодной международной студенческой олимпиады по лапароскопии. Более 20 команд из разных мед ВУЗов соревнуются в навыках лапароскопии.





Учебный центр замечательно оснащен – конференц-зал, тренажерно-симуляционный зал. Что в оснащении центра Вы считаете действительно уникальным?

Р.Р. Харчилава: Залами, даже имеющими возможность онлайн трансляций живой хирургии, сейчас уже никого не удивишь. Уникальными у нас можно назвать тренажерные залы (DryLab) с современным оборудованием, где врачи осваивают инструментарий и отрабатывают мануальные навыки на тренажерах, симуляторах и «био-блоках», а также две учебные операционные с 4 эндовидеохирургическими стойками для выполнения лапаро-, торако- и других эндовидеохирургических операций на «мини-пигах» под наркозом. Также хочу сообщить аудитории о том, что в нашем центре стали проводиться циклы на кадаверном материале, что для России, к сожалению, пока еще большая редкость.



Кто преподает в центре?

Р.Р. Харчилава: В качестве преподавателей в УЦВП «Praxi Medica» выступают ведущие отечественные и зарубежные специалисты. Мы приглашаем лучших преподавателей со всех регионов России – фотографии курсов с их участием Вы можете увидеть на стенах нашего центра – это специалисты-экстра класса: Н.А. Григорьев, А.Г. Мартов, Э.А. Галлямов, В.Л. Медведев, Е.А. Безруков, Е.В. Шпоть и многие другие.

Какие курсы и по каким тематикам Вы проводите?

Р.Р. Харчилава: Интенсивные курсы по лапароскопии Dry Lab и Wet Lab, циклы по трансуретральной электро- и лазерной хирургии простаты (в тренинг включены: обучение на симуляторе TURP-Sim, а также непосредственное участие в операциях на базе операционной клиники урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова), тренинги по перкутанной нефролитотрипсии (на мини-пиге) и в операционной клинике урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. ■



Большой интерес урологов вызывает цикл по уретерореноскопии и уретероскопическим операциям, который включает отработку практических навыков на муляжах и «живую хирургию» в операционной клиники урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.



В группу обучающихся мы набираем от 4 до 10 человек, что связано с нашим принципом – максимум практических умений за минимальные сроки. Так, за лапароскопическую стойку становятся не более 2-х чело-

век, для того чтобы каждый учащийся имел возможность максимально освоить тот или иной навык. Мы очень ответственно подходим к качеству образования.

Кроме того, мы активно участвуем в деятельности профессиональных медицинских сообществ. В рамках урологических конгрессов РОУ, РОЭНТ, РОХ и РОЭХ «Praxi Medica» выступил инициатором и одним из организаторов мастер-классов с Hands-on тренингом по перкутанной нефролитотрипсии, уретероскопии, КУЛТ и лапароскопии. Мы надеемся на дальнейшее сотрудничество с профессиональными мед. сообществами с целью демонстрации и обучения молодых специалистов новым технологиям.



Где можно ознакомиться с расписанием курсов, занятий и тренингов?

Р.Р. Харчилава: Это можно сделать как на сайте УЦВП «Praxi Medica»: www.praximedica.ru, так и на Uroweb.ru.

Какой документ выдается по окончании курсов?

Р.Р. Харчилава: После прохождения наших основных плановых циклов, длящихся более 18 часов, выдается документ установленного образца о повышении квалификации (гос. образец). Если цикл или мастер-класс длятся менее 18 часов, то выдается сертификат НМО с присвоением баллов-кредитов.

Спасибо за интервью. ■

Директор УЦВП «Praxi Medica» Харчилава Реваз Ревазович, e-mail: praximedica@mail.ru, тел.: +7 (499) 248 42 56

Расписание и программы циклов можно узнать на сайте: www.praximedica.ru

Интервью подготовила В.А. Шадеркина



Что такое сервис медицинских услуг



Nethealth



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



Мы в социальных сетях

www.vk.com/nethealth

www.facebook.com/nethealth.ru

ХИРУРГИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ: STATUS PRAESENS



Д.Д. Шкарупа

Д.м.н., заместитель директора ФГБУ «СПМЦ» Минздрава России (Университетская клиника СПбГУ), ассистент кафедры урологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Подробный доклад о хирургических методах лечения пролапса тазовых органов представил на Невском урологическом форуме, проходившем в Санкт-Петербурге 2–3 июня 2016 года, заместитель директора ФГБУ «СПМЦ» Минздрава России (Университетская клиника СПбГУ), ассистент кафедры урологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, доктор медицинских наук Дмитрий Дмитриевич Шкарупа.

В своём сообщении Д.Д. Шкарупа постарался рассказать о том, на какой стадии развития сейчас находится хирургия пролапса тазовых органов. Внешние проявления пролапса зачастую похожи, но далеко не всегда однообразны. В частности, встречаются цистоцеле, энтероцеле и ректоцеле. Также возможны смешанные варианты, такие как утероцисторектоцеле. При этом, как отметил докладчик, на сегодня наступил конец эпохи, когда при любом дефекте тазового дна женщине устанавливался имплант (Elevate, Prolift и т.д.), заранее изготовленный по стандартной схеме и снабжённый инструкцией. Однако использование этой технологии, по словам докладчика, не всегда оправданно и зачастую сопряжено со множеством побочных эффектов. По этой причине стоит обойтись без имплантации синтетических материалов там, где это возможно.

Сегодня при лечении дефектов тазового дна специалист предлагает отталкиваться от уровня дефекта (1 уровень — апикальный и тракционный пролапс, 2 уровень — цистоцеле и переднее энтероцеле, а также ректоцеле и заднее энтероцеле, 3 уровень — недержание мочи при напряжении). В равной степени в переднем компартменте нужно отталкиваться от локализации эффекта (центральный, парацервикальный или паравагинальный). Также при любом уровне и локализации необходимо уделять внимание степени выраженности дефекта, жалобам пациентки и функциональным нарушениям. При этом следует учитывать анатомические дефекты без клинических проявлений, данные опросников, УЗИ с определением объёма остаточной мочи и урофлоуметрии.

Итак, что можно предложить пациентке на 1 уровне дефекта? Как известно, опущение передней стенки влагалища часто коррелирует с апикальным пролапсом. Повреждение связочного аппарата на 1 уровне поддержки (крестцово-маточные и кардинальные связки), приводящее к апикальному пролапсу, — который может быть изолированным или сопутствовать цистоцеле и ректоцеле (при 3–4 стадиях — в 80–100% случаев). Как подчеркнул докладчик, всегда необходимо адресовывать реконструктивные операции на первый уровень поддержки. Самой распространённой операцией выбора является кольпосуспензия по Mayo/McCall: в частности, эта техника широко используется в клиниках США. В сочетании с кольпосуспензией по Mayo/McCall, как правило, проводится вагинальная гистерэктомия. В ходе операции используется специальный зажим. При использовании этой техники может происходить аппликация мочеочника, при этом считается, что вероятность повреждения мочеочника ниже при глубоком наложении швов. Докладчик отметил низкий уровень распространённости этой методики в России. По собственному опыту пребывания в американских учреждениях здравоохранения он подчёркивает более выраженную по сравнению с российской интеграцию различных специальностей (урологической, гинекологической и хирургической) в операционных. Согласно имеющимся статистическим данным, количество повторных операций после кольпосуспензии по Mayo/McCall достаточно низко и варьирует, по результатам различных исследований, от 0 до 14% случаев. Однако Д.Д. Шкарупа ставит под сомнение практическую ценность этих показателей, отмечая отсутствие каких-либо данных о распространённости самого рецидива пролапса.

Другой вариант — «манчестерская» операция, технология, которая, напротив, используется в России довольно часто. Недостаток её, по мнению докладчика, состоит в том, что структуры, на которые накладываются швы, завязываемые затем на передней полуокружности шейки матки, далеко не всегда идентифицируемы, что плохо при выраженных степенях пролапса. Дисплазия соединительной ткани затрагивает крестцово-маточные и кардинальные связки, что является в данном случае проблемой. За счёт этого применение этой методики сопряжено с достаточно большим количеством рецидивов.

Ещё один доступный вариант — сакрокольпопексия, которая сегодня выполняется очень часто. Это аппаратно-зависимая технология: для проведения требуются качественная эндоскопическая стойка, биполяр, морцеллятор и т.д. Сделать такую операцию довольно сложно, и чаще всего сегодня проводится надвлагалищная ампутация с подшиванием переднего и заднего листков сетки. Если операция проводится технически корректно, апикальная поддержка достигается. Среди её

минусов — как минимум, два часа в положении Тренделенбурга. Важно понимать, что этот метод направлен только на устранение апикального дефекта: устранение цистоцеле и ректоцеле абдоминальным доступом неэффективно. Также впоследствии возможно развитие нейрогенных расстройств дефекации. В отдалённых последствиях, согласно результатам исследования 2015 года (P. von Theobald), — около 25% реопераций, чаще всего по поводу цистоцеле. Отдалённая эффективность оценивается приблизительно в 70%. Как подчеркнул докладчик, это хорошая операция в целом, но, как и любой другой метод, она не должна использоваться повально — необходимы чёткие показания.

Основой стандартизованного подхода к апикальной реконструкции можно считать крестцово-остистую связку. Это мощная, постоянно присутствующая у всех женщин структура, в своей проксимальной части безопасная для работы. При этом выше, ниже и в латеральной части работать ни в коем случае нельзя. Часто применяемый метод — односторонняя крестцово-остистая фиксация. Проблема операции в том, что она требует идеальной длины влагалища (достающего до крестцово-остистой связки). Кроме того, возникающее натяжение швов часто приводит к болям у пациенток. Отдалённые результаты широко варьируют по показаниям различных исследований: от 60–70% до 90% эффективности.

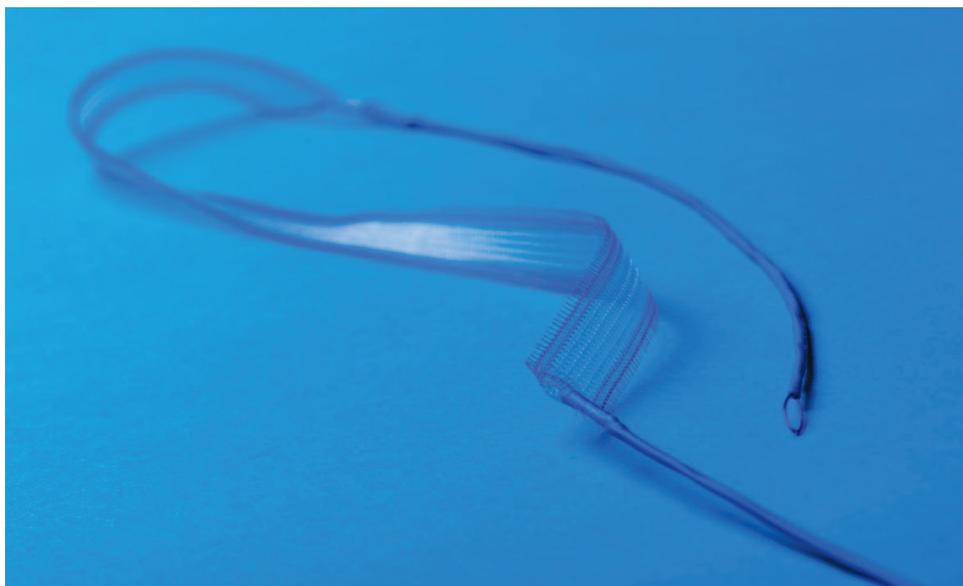
Также еще в 90-х годах начал рассматриваться метод билатеральной крестцово-остистой кольпопексии с применением синтетического протеза вагинальным доступом. Здесь возникает вопрос обоснованности применения синтетических сеток. При цистоцеле 3 и 4 стадии использование сетки снижает риск рецидива более чем в 3 раза. Однако риск диспареунии на 13% больше, чем при передней кольпоррафии.

В декабре 2015 года Научный комитет по инновационным технологиям и рискам представил своё документальное решение по использованию имплантов в урогинекологии. Суть его сводится к тому, что использование имплантов на сегодня допустимо при надлежащем обучении, однако требует дальнейших исследований, сбора аналитических данных и накопления материала. В свою очередь, в январе 2016 года американское Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA) перенесло импланты для вагинальной хирургии из второго класса риска в третий, по сути, приравняв их к кардиоваскулярным имплантам. Таким образом, теперь перед их выводом на рынок требуются испытания другого, более строгого уровня, которые в течение 30 месяцев, начиная с января, обязаны пройти все действующие в США компании-производители. На сегодня это уже заставило некоторые компании прекратить своё существование.



С точки зрения, принятой сейчас в европейском урогинекологическом сообществе, использование сеток оправданно при высоком риске рецидивов, четвёртой стадии или апикальном пролапсе, а также при наличии истории предыдущих процедур, оказавшихся неэффективными. Базовыми показаниями являются цистоцеле 3–4 стадии, включая цистоцеле с апикальным пролапсом, и апикальный пролапс 2–4 стадии. Напротив, не стоит ставить сетку при диабете, атрофии вагинального эпителия (что спорно, по мнению докладчика), после облучения и при использовании стероидных препаратов.

Сам по себе метод билатеральной крестцово-остистой фиксации основан на применении заднего интравагинального slingа. Относительно его эффективности и отдалённых последствий данные разнятся: так, по результатам одного из исследований как осложнения наблюдались случаи прототомии и гематомы, другие же работы докладывают о весьма удовлетворительных результатах. Однако в 2013 году группа исследователей отмечала большое количество гнойных осложнений при использовании импланта «Тусо», который, впрочем, к этому времени уже практически вышел из употребления. Эту проблему Д.Д. Шкарупа разъясняет так: любой синтетический имплант предварительно покрывается альбумином и прочими белками, после чего начинается так называемая «гонка за поверхность», в которой ■



бактерии соревнуются в скорости колонизации с иммунокомпетентными клетками. Кто в этом случае победит, зависит от импланта. Полифиламентный имплант «Тусо», колонизируется бактериями прежде, чем туда попадут иммунокомпетентные клетки. При использовании правильных материалов результаты применения методики оказывались гораздо более позитивными: по данным ряда исследований, эффективность достигает 93%.

В России на данное время наиболее широко используется имплант УроСлинг — сетчатый эндопротез-лента для реконструкции апикального отдела малого таза: крестцово-остистой фиксации (задний интравагинальный слинг). Он изготовлен из монофиламентного материала (полипропиленовые мононити диаметром 0,12 мм). Этот имплант шире, чем просто УроСлинг, примерно на 5 мм, благодаря чему лучше фиксируется в тканях.

На 2 уровне поддержки (лобково-шеечная фасция — Гальбана и ректо-вагинальная фасция — Денонвилле) выполняется, в частности, передняя кольпоррафия. При поверхностном доступе с отслоением слизистой накладываются кисетные швы, из-за чего глубина передней стенки влагалища уменьшается. Реальные результаты кольпоррафии оценить сложно из-за разнообразия технологий выполнения, но в среднем при выраженных стадиях пролапса она составляет не более 50% с высоким риском рецидивов. Стоит учитывать также, что дефекты лобково-шеечной фасции бывают трёх видов (центральный, парацервикальный и паравагинальный), и от вида дефекта в высокой степени зависит эффективность операции. Согласно магнитно-резонансным исследованиям, центральные дефекты встречаются примерно в 40% случаев, латеральные — в 46%, и парацервикальные — в оставшихся примерно 15%. Таким образом, если делать переднюю кольпоррафию всем без исключения женщинам с опущением «передней стенки», примерно в 40% случаев результат будет хорошим (присутствует центральный дефект фасции Гальбана), однако лучше заранее определить вид дефекта. В итоге классическая «супрафасциальная» передняя кольпоррафия является высокоэффективной только при центральном и, возможно, при парацервикальном дефекте лобково-шеечной фасции. Апикальной фасции при этом нет, то есть операция потенциально неэффективна при цистоцеле 3–4 стадии, когда почти в 100% случаев присутствует апикальный дефект. Наложение глубоких швов затруднено, так как есть риск прошить мочевого пузыря или прямую кишку.

В 2016 году Д.Д. Шкарупой и Н.Д. Кубиным было предложено проведение комбинированной реконструкции переднего и апикального отделов тазового дна, при которой сочетаются задний интравагинальный слинг через передний доступ (билатеральная крестцово-остистая фиксация) и субфасциальная передняя кольпор-



рафия. Таким образом, снимается риск прошить мочевого пузыря или прямую кишку. Среди преимуществ предлагаемой методики — возможность применения при передне-апикальных и задне-апикальных дефектах или их сочетании; «радикальная» коррекция апикального дефекта; устранение центральных и парацервикальных дефектов фасции без применения сетки («синтетика» не контактирует со стенками влагалища), но при этом сохранение «единства» всей конструкции; отсутствие риска уменьшения длины стенки влагалища (как при классических «кисетных» швах); малая травматичность и малое операционное время.

Классическая российская методика лечения больших пролапсов — вагинальная гистерэктомия с радикальной леваторопластикой. В качестве главного недостатка этой операции докладчик отметил практически полную невозможность для пациентки жить половой жизнью после её проведения. Кроме того, достаточно высок риск развития диспареунии после леваторопластики. Показаниями к такой операции могут являться выраженные дефекты сухожильного центра промежности и сфинктера прямой кишки.

Помимо этого, Д.Д. Шкарупа коснулся «гарпунных» методик фиксации имплантов. Сегодня на рынке присутствует множество видов гарпунов, однако общим для методики в целом является наличие неподвижной точки фиксации ножки импланта. С точки зрения докладчика, легенда о безопасности гарпунных методик по сей день остаётся легендой. Ни одно из существующих исследований не подтверждает снижения вероятности кровотечения, повреждения внутренних органов и сосудов или других тяжёлых осложнений при их применении. В то же время результаты указывают на некоторое снижение частоты эрозий и возрастание частоты недержания мочи *de novo*. К преимуществам гарпунных методик относится отсутствие перфорации кожи и мышц в паховой и ягодичной областях, а также прохождения в ишиоректальном клетчатом пространстве (при апикальной фиксации). Также отмечают менее выраженные боли в раннем послеоперационном периоде (по сравнению с троакарной техникой) в течение 1–2 дней. К недостаткам гарпунной или шовной методики Д.Д. Шкарупа, помимо этого, относит невозможность «самонастройки» натяжения рукавов протеза в раннем послеоперационном периоде; ненадёжную фиксацию при низкой прочности или неподходящей структуре опорных тканей (крестцово-остистая связка, obturatorная мембрана и другие); проблемы с извлечением рукавов в случае перфорации мочевого пузыря или прямой кишки; низкий уровень универсальности; неудобство реконструкции «погружённого» апикального уровня; а также развитие психологических барьеров у хирурга (трудно перестроиться на другую технику). Плюс ко всему, таз человека, как правило, несимметричен, а кости таза подвижны относительно друг друга. ■

Таким образом, крестцово-остистая связка с одной стороны находится в большем натяжении, а с другой — в меньшем. Импланты для реконструкции тазового дна, в свою очередь, симметричны, так что неподвижная фиксация к скелетным связкам может быть причиной болевого синдрома. Как видно из этого, основная проблема гарпунов — ограничение подвижности структур, к которым они фиксируются, так что идеальный вариант — фиксация к костям.

В итоге, как считает Дмитрий Дмитриевич, допустимая область применения гарпунов — фиксация ножек Пелвикса переднего при цистоцеле 3 стадии с умеренным апикальным пролапсом (до POP-Q C+2) у пациенток без анамнеза дорсалгии/люмбалгии.

Что касается осложнений, по результатам представленного исследования в группе из 445 повторно прооперированных пациенток с сетками в 3,7% встречалась эрозия как основная жалоба (в основном эрозии по линии шва), в 32,5% — жалобы на спонтанные боли, в 14,7% — диспареуния. Стоит отметить, что в группе со слингами боль встречалась на 20% чаще. Также стоит отметить, что 83% пациенток с осложнениями перенесли гистерэктомию, а 92,5% устраняли осложнения не у тех специалистов, кто проводил первичную операцию. Таким образом, только 7,5% врачей получают обратную связь, а остальные продолжают оставаться в уверенности, что проводят хирургические вмешательства без осложнений.

В общем среди факторов риска осложнений отмечают оперативная техника (на первом месте), следом — опыт хирурга, за ним — предыдущие операции по поводу пролапса тазовых органов, далее — симультанная гистерэктомия, а после этого, в порядке убывания, наличие разреза типа «перевернутая Т» при симультанной гистерэктомии, тотальная сетка, свойства сетки, молодой возраст, сексуальная активность и курение.

В заключение выступающий привёл ещё немного американской статистики: согласно данным исследования 2015 года, у женщины в США риск остаться без матки к 50 годам составляет порядка 49%. На сегодня там ежегодно проводится около 600 тыс. гистерэктомий. При этом в Швеции, где уровень жизни заметно выше, гистерэктомии проводятся в 6 раз реже. Докладчик объясняет это наличием своего рода бизнеса по проведению таких операций в Северной Америке. При этом, по данным скандинавского исследования 2012 года, почти у 15% пациенток после гистерэктомии возникают боли, которых не было до вмешательства. В заключение Д.Д. Шкарупа предостерег специалистов от «скоростного» освоения хирургических техник в этой области на мастер-классах без углублённого изучения проблемы. ■

Материал подготовила Ю.Г. Болдырева





Мобильные технологии здоровья!

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

www.evercare.ru

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ТАЗОВОГО ДНА: ГЛАВНОЕ - ЭНДОПЕЛЬВИКАЛЬНАЯ ФАСЦИЯ



Д.Д. Шкарупа

Д.м.н., заместитель директора ФГБУ «СПМЦ» Минздрава России (Университетская клиника СПбГУ), ассистент кафедры урологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова

О разнообразных анатомических нарушениях в области тазового дна и сопряжённых с ними функциональных расстройствах рассказал на Невском урологическом форуме, проходившем в Санкт-Петербурге 2–3 июня 2016 года, заместитель директора ФГБУ «СПМЦ» Минздрава России (Университетская клиника СПбГУ), ассистент кафедры урологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, доктор медицинских наук Дмитрий Дмитриевич Шкарупа.

Как отметил докладчик, анатомические нарушения, наблюдаемые специалистами, сопровождаются значительным массивом функциональных расстройств, среди которых выделяются ноктурия, ургентность, хроническая задержка мочи, недержание газов, запоры, боли, хронический цистит, диспареуния, а как следствия — десоциализация и разрушение семейной жизни.

По большому счёту, подчеркнул Д.Д. Шкарупа, вся хирургия тазового дна ориентирована на одно анатомическое образование: эндопельвикальную фасцию. Сами по себе мочевой пузырь, уретра, влагалище и прямая кишка не имеют формы: внутри малого таза они принимают определённую форму за счёт того, что окружены структурами эндопельвикальной фасции. Если она повреждена, возникают те или иные расстройства.

Эндопельвикальная фасция является логическим продолжением эндоабдоминальной, расположенной под брюшиной. На уровне диафрагмы она называется диафрагмальной, а на уровне поперечной мышцы — поперечной фасцией. Соответственно, заходя на структуры малого таза, эта фасция начинает называться эндопельвикальной.

Как подчеркнул докладчик, влагалище, в сущности, — это сложенное вдвое дно брюшной полости, которое, соответственно, имеет ту же эндопельвикальную фасцию, которая, в отличие от прочих (фиброзных структур) гистологически является, скорее, мышцей. Она способна сокращаться до 40% от своей площади за счёт при-



сутствия гладкомышечных сократительных элементов. Важно то, что эта структура принципиально состоит из двух компонентов: мышечного (около 60%) и фиброзного (порядка 40%). Фиброзный компонент — составляет преимущественно коллаген 1 типа, который держит эту «мышцу» в определённом геометрическом состоянии, не позволяя ей растянуться. Таким образом, если у женщины сильно разрушен соединительно-тканый фасциальный компонент, гладкие мышцы оказываются перерастянуты, и шансов для тазового дна вернуться к обычному тону, как правило, уже нет. По этой же причине пролапс органов тазового дна, как правило, лучше выглядит утром и хуже — вечером, когда мышцы «устают». Этот фактор нужно учитывать при реконструктивных операциях. Цель хирургии — помочь гладкой мускулатуре держать тазовое дно в тоне. Также стоит принимать во внимание, что чем дольше имеет место соединительно-тканый дефект, тем сильнее страдает гладкомышечный элемент. Соответственно, снижается вероятность возвращения тазового дна к первоначальному тону.

Сегодня существует огромное количество работ по дисплазии соединительной ткани, доказывающих, что это системное заболевание, поражающее структурный компонент эндопельвикальной фасции.

Также докладчик напомнил о классификации уровней поддержки по DeLancey («трёхэтажная анатомия»). Первый уровень — крестцово-маточно-кардинально-связочный комплекс. Второй — лобково-шеечная фасция и ректовагинальная фасция. Тут Дмитрий Дмитриевич подчеркнул, что все четыре упомянутые структуры являются компонентами эндопельвикальной фасции. И третий уровень — урогенитальная диафрагма (мембрана промежности).

Как отметил специалист, настоящей связкой является крестцово-остистая, связывающая крестец и седалищную ость. Она выражена при любых диспластических процессах, поскольку без неё таз потеряет свою структуру.

При дефекте на 1 уровне, когда страдают крестцово-маточные и кардинальные связки, возникает апикальный или тракционный пролапс. Дефект на 2 уровне — лобково-шеечной фасции (Гальбана) или ректо-вагинальной фасции (Денонвилье) приводит к цистоцеле и переднему энтероцеле, а также ректоцеле и заднему энтероцеле. На 3 уровне страдает урогенитальная диафрагма (в т. ч. мембрана промежности), что ведёт к недержанию мочи при напряжении.

Первый уровень поддержки по DeLancey — апекс, крестцово-маточные и кардинальные связки. В вертикальном положении влагалище «висит» на крестцово-маточных связках. Соответственно, эти структуры часто страдают в первую очередь и крайне ■

важны для реконструкции. Все они фиксируются к парацервикальному фиброзному кольцу. Таким образом, важно его сохранение и сохранение матки при отсутствии серьёзных показаний для удаления. Многочисленные исследования показали наличие прямой корреляции на уровне передней стенки и апикального пролапса. Другими словами, при цистоцеле выраженных стадий практически во всех случаях (до 85%) присутствует апикальный пролапс. Существует также тракционный пролапс — ситуация, когда апекс «ведёт» за собой переднюю и заднюю стенки. При этом на уровне лобково-шеечной и ректовагинальной фасции первоначально дефектов нет. Апекс является ключевой точкой поддержки органов тазового дна, таким образом, коррекция передней и задней стенок будет неэффективной, если апекс адекватно не поддержан. Важно помнить, что повреждение связочного аппарата на 1 уровне поддержки (крестцово-маточные и кардинальные связки), приводящее к апикальному пролапсу, — ключевой патологический процесс, который может как быть изолированным, так и сопутствовать цистоцеле и ректоцеле (при 3–4 стадиях — в 80–100% случаев). Докладчик подчеркнул, что самое большое число функциональных нарушений, кроме стрессового недержания, связано с дефектами на 1 уровне поддержки.

Второй уровень — лобково-шеечная фасция (Гальбана) и ректо-вагинальная фасция (Денонвилье). Передний апикальный пролапс, связанный с лобково-шеечной фасцией, по словам Дмитрия Шкарупы, составляет до 70% в доле всех патологий тазового дна. Как отметил специалист, следует помнить, что дефекты бывают всего трёх видов (центральный, парацервикальный и латеральный). Бывают и случаи, когда невозможно чётко определить локализацию дефекта. Функциональные расстройства, сопутствующие дефектам на 2 уровне поддержки, — недостаточное опорожнение мочевого пузыря и urgency.

Также докладчик коснулся темы кровоснабжения этой зоны: оно происходит из ветвей внутренней подвздошной артерии и срамной артерии. Дмитрий Шкарупа рекомендует запомнить по атласу расположение нижней ягодичной, срамной и obturatorной артерий, поскольку это знание крайне важно в хирургической практике. Маточная артерия, являющаяся также ветвью внутренней подвздошной, кровоснабжает не только матку, но также верхнюю треть влагалища и весь связочный комплекс этой зоны. Таким образом, перевязка структуры переводит, как минимум, к временной гипоксии всей области. Кроме того, оперируя указанную зону, необходимо помнить об иннервации, наличии как тазовых нервов (парасимпатика), так и гипогастрального сплетения (симпатика). Те и другие влияют на мочеиспускание. При неосторожном вмешательстве может нарушаться формирование позыва, раз-

виваться ургентность и т.д. Нервы проходят в крестцово-маточных и кардинальных связках. Таким образом, рассечение этих связок или перевязывание их потенциально рискованны в плане иннервации.

Точек фиксации в указанной зоне фактически немного. Первая из них — промонторий, продольная связка на передней поверхности позвоночного столба, подходящая для фиксации синтетических имплантов. Вторая — крестцово-маточные связки, но, как отмечает Д.Д. Шкарупа, эта структура ненадёжна: она повреждается сама в первую очередь. Третья — скелетные крестцово-остистые связки, и они как раз могут являться надёжной опорой. Наконец, четвёртая — obturatorные мембраны.

Как видно, самая надёжная точка крепления — крестцово-остистые связки. Их проксимальная часть, расположенная ближе к крестцу, является относительно безопасной зоной для работы, поскольку все большие сосуды располагаются латерально. Однако стоит учитывать, что таз человека, как правило, несимметричен, а кости таза подвижны относительно друг друга. Таким образом, крестцово-остистая связка с одной стороны находится в большем натяжении, а с другой — в меньшем. Импланты для реконструкции тазового дна, в свою очередь, симметричны, так что неподвижная фиксация к скелетным связкам может быть причиной болевого синдрома и ограничений подвижности, о чём следует помнить при проведении реконструктивных операций.

Третий уровень поддержки по DeLancey — урогенитальная диафрагма (включая мембрану промежности). Здесь главной задачей является фиксация средней трети уретры. При этом мышечные структуры воздействуют на уретру опосредованно, через фасциальные. В случае, когда страдает поддержка на среднем уровне, развивается гипермобильность среднего отдела уретры, и чем сильнее повреждение, тем более выражено недержание. Таким образом, два в равной степени важных условия удержания мочи у женщин — это фиксация средней части уретры связочными структурами и подвижность шейки мочевого пузыря: важно помнить, что любое ограничение подвижности также ведёт к проблемам с удержанием.

В заключение Дмитрий Шкарупа ещё раз подчеркнул крайнюю важность знания анатомии рассматриваемой зоны для врача-хирурга, практикующего в области урогинекологии. ■

Материал подготовила Ю.Г. Болдырева

ЭКСТРАВАГИНАЛЬНАЯ ТРАНСПОЗИЦИЯ УРЕТРЫ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ



Б.К. Комяков

Д.м.н., Зав. кафедрой урологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург; Санкт-Петербургский научно-практический центр урологии СПб ГБУЗ «ГМПБ №2»

Доклад о проблеме посткоитального цистита у женщин и результатах применения модифицированного способа хирургического лечения – экстравагинальной транспозиции уретры по Комякову – представил в своем докладе на Невском урологическом форуме, проходившем в Санкт-Петербурге 2–3 июня 2016 года, автор методики Борис Кириллович Комяков (Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова; Санкт-Петербургский научно-практический центр урологии СПб ГБУЗ «ГМПБ №2»).

Посткоитальный цистит: таблетки или операция?

Как подчеркнул Борис Кириллович в начале своего выступления, рассматриваемая им проблема – урогинекологическая, и не может рассматриваться с точки зрения одной только гинекологии или урологии. Речь идет об одной из форм хронического цистита – посткоитальном цистите.

Как известно, частое развитие и рецидивирование цистита у женщин связано с анатомическими особенностями уретры: малой длиной, большой шириной, близостью ко влагалищу и анальному отверстию. Вероятность инфицирования значительно возрастает при влагалищной эктопии и/или гипермобильности наружного отверстия уретры. Первая представляет собой расположение наружного отверстия уретры на границе или на передней стенке влагалища. Второе вид отклонения заключается в повышенной подвижности наружного отверстия и дистального отдела уретры у женщин в связи с наличием уретрогименальных спаек, которые во время полового акта утягивают уретру во влагалище, деформируя и расширяя ее. Незнание многими врачами, включая урологов, этих особенностей, приводит к неправильной трактовке симптомов нижних мочевых путей и, как следствие, выработке ошибочной тактики лечения.



В амбулаторных условиях это состояние часто расценивается как неосложненный цистит. Регулярные и длительные курсы антибактериальной терапии не только не улучшают состояние пациенток, но и, как правило, приводят к развитию резистентности микрофлоры к большинству антибиотиков.

Клинические проявления и диагноз

Клинические проявления инфекции нижних мочевых путей при эктопии и гипермобильности уретры возникают у молодых женщин с началом половой жизни. Они могут варьировать от единичных дизурических эпизодов до тяжелого воспалительного процесса с выраженным болевым синдромом, ограничением физической и половой активности и нередко – потерей трудоспособности. Частота рецидивирования зависит от степени смещения уретры во влагалище и сексуальной активности женщины. Обострение посткоитального цистита возникает через 12–36 часов после полового акта. Следствиями являются нарушение сексуальной функции, снижение либидо, отказ от половых контактов, что приводит к значительному ухудшению качества жизни и нарушению взаимоотношений в семье.

Диагноз эктопии и гипермобильности уретры устанавливается в среднем через 6–9 месяцев после первичного обращения пациентки к врачу. Как отметил докладчик, опираясь на собственный опыт, в период амбулаторного наблюдения урологом до обращения пациенток в его клинику всем женщинам проводились многочисленные курсы антибактериальной терапии.

Обследование пациенток включало в себя выяснение жалоб, сбор анамнеза, объективные данные (влагалищное исследование), лабораторные тесты, уродинамическое исследование, УЗИ мочеполовой системы, рентгенологическое обследование (обзорную, экскреторную урографию, микционную цистографию) и уретроцистоскопию.

Важно понимать, что не всегда уретрогименальные спайки являются причиной посткоитального цистита и гипермобильности уретры. Наоборот, их отсутствие порой может привести к постоянному инфицированию при половом акте уретры, уходящей во влагалище. С диагностической целью может проводиться тест О’Доннел-Хиршхорна – его выполнение позволяет выявить дистопию уретры и оценить степень смещения наружного отверстия уретры во влагалище. ■

Собственный 9-летний опыт

С 2005 по 2016 годы в Санкт-петербургской клинике транспозиция дистального отдела уретры выполнена 178 женщинам в возрасте от 18 лет до 61 года (средний возраст $24 \pm 1,3$ года). При этом если с 2005 по 2007 годы было прооперировано 4 женщины, то в 2014–2016 годах уже 99. Одной пациентке проведена геминопластика по Hirschhorn, 29-ти выполнили транспозицию уретры по O'Donnal, и в 156 случаях применялась собственная модифицированная техника: экстравагинальная транспозиция уретры по Комякову. Таким образом, всего выполнено 186 хирургических вмешательств.

При гиенопластике иссечение уретрогименальных спаек проводится в процессе транспозиции уретры для закрепления ее на новом месте. В классическом варианте транспозиции по O'Donnal производится разрез вокруг уретры, который затем поднимается вверх. Уретра при этом мобилизуется и укладывается в верхнюю часть разреза, а затем накладываются швы. Эту же методику применяют московские коллеги, однако Борис Кириллович Комяков считает недостатком такого оперативного вмешательства то, что уретра легко может уйти вниз при недостаточности швов и сильном натяжении, что ведет к возникновению рецидивов.

Авторская методика

По этой причине в Санкт-Петербурге была разработана модифицированная техника: экстравагинальная транспозиция уретры по Комякову. По словам автора методики, добавление в название операции «экстравагинальная» уточняет, в каком направлении происходит смещение дистального отдела уретры (из влагалища наружу), а также указывает, о каком мочеиспускательном канале по половому признаку идет речь.

Отличие метода в том, что при нем не выполняется разрез через всю стенку влагалища. Вместо этого делается отверстие, а уретра мобилизуется с сохранением мостика между новым отверстием и старым. Его наличие способствует хорошему удержанию мочеиспускательного канала в заданной позиции. Важно при этом наложить один или два шва на стенку влагалища с захватом уретры для того, чтобы еще более прочно закрепить ее в новом месте. Как отметил выступающий, сотрудникам клиники все же приходилось сталкиваться с рецидивами и осложнениями. Также с ними часто приезжают женщины из других медицинских учреждений. В частности, причиной проблем могут

являться уретровагинальные свищи. Также при недостаточной ширине мостика может происходить обратное смещение уретры вниз: в таком случае понадобится повторная оперативная коррекция, при которой делается новое отверстие выше прежнего.

Отдаленные результаты

Отдаленные результаты операции изучены в сроки от 1 года до 11 лет у 138 пациенток, 21 из которых была выполнена транспозиция уретры по O'Donnal, а 117 – экстравагинальная транспозиция уретры по Комякову. Влагалищных свищей в первом случае не наблюдалось, во втором это осложнение зафиксировано в 1м случае. Обратное смещение уретры при обеих операциях наблюдалось по 3 раза. Дизурия сохранялась дважды в первом случае и один раз – во втором. При этом отмечается, что дизурические явления иногда возникают после полового акта у 2 женщин, прошедших первую операцию и у 3, перенесших вторую. Таким образом, всего отмечено 7 эпизодов осложнений после применения первой методики и 8 – после второй.

Транспозиция дистального отдела уретры является эффективным хирургическим методом лечения при гипермобильности и влагалищной эктопии уретры у женщин с посткоитальным циститом. Данная операция предотвращает смещение уретры при половом акте во влагалище, избавляя пациентку от постоянного инфицирования и обострения инфекций мочевых путей.

Однако важно, что в процентном выражении осложнения после транспозиции уретры по O'Donnal возникали в 33,3% случаев, тогда как после экстравагинальная транспозиция по Комякову – в 6,8%.

В заключение докладчик подчеркнул, что транспозиция дистального отдела уретры является эффективным хирургическим методом лечения при гипермобильности и влагалищной эктопии уретры у женщин с посткоитальным циститом. Данная операция предотвращает смещение уретры при половом акте во влагалище, избавляя пациентку от постоянного инфицирования и обострения инфекций мочевых путей. При этом описанная модифицированная методика – экстравагинальная транспозиция уретры по Комякову – позволяет более надежно фиксировать наружное отверстие уретры в правильном положении. ■

ХИРУРГИЯ ЖЕНСКОЙ УРЕТРЫ



А.В. Куренков
К.м.н., доцент кафедры урологии и андрологии СПб МАПО

С подробным докладом о хирургических методах лечения заболеваний уретры выступил сотрудник кафедры урологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова д.м.н. Александр Викторович Куренков.

Актуальность проблемы

По словам докладчика, когда дело касается хирургии уретры у мужчин, ежегодно происходят переосмысления некоторых аспектов и вводятся новшества, однако относительно женщин тема освещается недостаточно. В то же время существует целый ряд заболеваний, требующих хирургии уретры у женщин: дивертикул уретры, парауретральная лейомиома, дилатация уретры у женщин, стриктуры, недержание мочи при напряжении и, наконец, рак уретры. Кроме того, оперативное вмешательство может потребоваться при наличии уретро-влагалищных свищей.

Дивертикулы уретры у женщин: статистика, причины, симптомы

Одно из заболеваний этого ряда – дивертикул уретры. Впервые оно было описано Уильямом Хеем в 1805 году. Дивертикулы происходят из стенки уретры и содержат фиброзную ткань с эпителием уретры. Хроническое воспаление приводит к потере эпителиального слоя и фиксации стенки дивертикула к подлежащей периуретральной фасции и передней стенке влагалища.

Дивертикул уретры у женщин – достаточно редкое заболевание: его распространенность варьирует от 0,6% до 4,7%. При этом этиология болезни обсуждается уже более 200 лет и продолжает оставаться спорным вопросом. Сегодня превалируют две теории происхождения дивертикулов уретры у женщин: предполагающая врожденный характер заболевания (не подтверждается крайне редкими наблюдениями заболевания в педиатрической практике) и инфекционный характер (представляется более логичной).

При дивертикуле обструкция выводных протоков парауретральных желез приводит к их воспалению и абсцедированию. Образовавшаяся полость может прорваться в просвет уретры в результате травмы (коитус, влагалищные роды) или некроза ткани и стать уретральным дивертикулом или остаться без связи с уретрой, формируя па-

рауретральную кисту, когда острая фаза воспаления закончилась. Дивертикул со стазом мочи внутри полости создает благоприятную среду для развития воспалительного процесса, что объясняет возможность повторного инфицирования дивертикула.

Среди злокачественных новообразований дивертикулов уретры превалирует аденокарцинома, что также подтверждает гипотезу происхождения дивертикулов из «окклюзированных» парауретральных желез. Среди осложнений дивертикулов уретры наблюдаются инфекции (острый или хронический уретрит), образование камней в полости дивертикула, а также малигнизация. Она встречается крайне редко и не превышает 5% от всех новообразований уретры. В гистологической структуре новообразований дивертикулов уретры у женщин преобладают аденокарцинома (61%), переходно-клеточный рак (27%) и плоскоклеточный рак (12%). В числе клинических проявлений заболевания выделяется классический комплекс «три Д»: дизурия, диспареуния и дриблинг (подтекание мочи после мочеиспускания). При этом такое сочетание не является достаточно распространенным: преобладают симптомы, как urgency, поллакиурия, недержание мочи и боль. Результаты опубликованных работ позволили оценить процентное выражение симптомов, встречающихся при дивертикуле уретры, у 627 женщин. На первом месте по частоте встречаемости стоит поллакиурия (56%), почти так же выражена дизурия (55%), далее следуют рецидивирующие инфекции (40%) и пальпируемые болезненные опухоли в области уретры (35%), за ними – стрессовое недержание (32%) и подтекание мочи (27%), urgency (25%), гематурия (17%), диспареуния (16%), гнойные выделения из уретры (12%) и задержка мочи (4%). Бессимптомно заболевание протекает только в 6% случаев.

Диагностика дивертикулов уретры

При физикальном обследовании пациенток с дивертикулом проводится осмотр и пальпация передней стенки влагалища, в ходе чего можно обнаружить болезненное или безболезненное образование с выделением гноя, мочи или крови из наружного отверстия уретры после надавливания на область дивертикула. Стоит учитывать, что размеры дивертикулов не коррелируют с наличием симптомов, однако при больших (более 1 см) дивертикулах почти всегда выявляется болезненное образование при влагалищном исследовании. Уплотнение в области дивертикула подозрительно в плане малигнизации или наличия камня в дивертикуле. Необходимо проводить и дифференциальную диагностику: кроме дивертикула уретры причинами пальпируемого образования в периуретральной области могут быть заболевания, которые подразделяются на две категории: эмбриональные (абсцесс Скениевой железы, киста Гартнерова протока, эктопическое уретероцеле, а ■

также киста стенки влагалища) и неопластические (парауретральная миома и лейомиома, карцинома уретры, гемангиома, уретральное варикоцеле, эндометриоз и метастазы в стенку влагалища).

В ряде случаев при диагностике полезно выполнить уретроскопию. Для этого необходим так называемый «женский уретроскоп» с круговой манжеткой, предотвращающей вытекание жидкости. На фоне введенного уретроскопа выполняется пальпация с определением локализации, размеров и консистенции дивертикула. Устье дивертикула может быть визуализировано при надавливании на область дивертикула на передней стенке влагалища. При этом в просвет уретры из соустья выделяется содержимое дивертикула (гной, кровь, мутная моча). При подозрении на дивертикул уретры показана экскреторная урография, которая позволит исключить эктопию устья мочеоточника.

Такой метод, как микционная цистография, на сегодня уходит в прошлое. До внедрения магнитно-резонансного исследования (МРИ) она рассматривалась многими как наилучший метод, способный подтвердить наличие, размеры и форму дивертикула уретры. В настоящее время микционная цистография больше не считается методом выбора в диагностике уретральных дивертикулов, поскольку она не обладает такой же чувствительностью, как МРИ. Часто встречающиеся ложноотрицательные результаты при использовании этого метода обусловлены неполным наполнением дивертикула вследствие низкой скорости потока мочи, локуляции (многокамерности) дивертикула и узкого входа в дивертикул.

В диагностике также применяется ретроградная урография с позитивным давлением, при которой используются двухбаллонные катетеры Дэвиса или Траттнера: они устанавливаются в уретру таким образом, чтобы дистальный баллон располагался в области шейки мочевого пузыря. Дистальный, а потом проксимальный баллон раздувают, вводя в них по 20–30 мл воды, физиологического раствора или контрастного вещества. После того, как баллоны перекроют оба конца уретры, по третьему каналу 4–7 мл 30% раствора контрастного вещества. В уретру оно поступает через отверстие, расположенное на участке между баллонами. Вводимое под давлением контрастное вещество обтекает катетер и заполняет полость дивертикула. Ретроградную урографию с положительным давлением можно также выполнить с помощью модифицированного катетера Фолея (в силу низкой доступности катетеров Дэвиса и Траттнера в России).

Ультразвуковое исследование позволяет выявить как кисты, так и дивертикулы уретры, при этом дифференциальная диагностика этих заболеваний без визуализации устья дивертикула невозможна. Так, при обнаружении жидкостного образования, расположенного кзади от мочевого пузыря или ниже его, следует учитывать возможность дивертикула уретры.



Сегодня как наилучший метод идентификации и изображения дивертикулов уретры у женщин рассматривается МРИ. Оно позволяет лучше, чем любой другой способ, получить изображение мягкотканых структур и деталей анатомического строения исследуемой области, даже если дивертикул имеет многокамерное строение и не связан с просветом уретры четко определяемым соустьем. Кроме того, МРИ является неинвазивным методом, поскольку при его проведении не требуется катетеризация уретры. По сравнению с окружающими тканями дивертикулы уретры выглядят как магниторезонансный сигнал высокой интенсивности на T2-взвешенных изображениях и низкой интенсивности сигналом при T1.

Классификация дивертикулов уретры

В клинической практике применяется классификация дивертикулов уретры по системе L/N/S/C3, что позволяет клиницисту оценить все факторы, относящиеся к наличию дивертикула уретры, перед дивертикулэктомией. В этой системе L – локализация (дистальная, средняя, проксимальная треть уретры с наличием или без распространения в сторону мочевого пузыря); N – число (одиночный дивертикул или множественные); S – размер (в сантиметрах по двум измерениям); C1 – конфигурация (простой, многокамерный, «складчатый»); C2 – сообщение с уретрой (проксимальной, средней, дистальной третью); C3 – удержание мочи.

Лечение дивертикулов уретры

Хирургическое лечение – дивертикулэктомия – рекомендуется пациенткам с симптоматическим течением дивертикула и/или при больших размерах дивертикула. Не рекомендуется одновременно с дивертикулэктомией выполнять коррекцию стрессового недержания мочи вследствие высокого риска рецидива недержания, обструкции или эрозии уретры. Вероятность развития стрессового недержания мочи оценивается с помощью уродинамического исследования и локализации дивертикула. Методом лечения стрессового недержания мочи после дивертикулэктомии является трансвагинальный слинг. Эта операция выполняется не ранее чем через 3 месяца после иссечения дивертикула.

Кроме того, существуют альтернативные методы лечения дивертикула. В 1979 году описан (Lapides J.) метод, который заключается в «открытии» дивертикула уретры в ее просвет с помощью ножа-электрода. В модифицированной технике Lapides используется детский резектоскоп 10 по Шарьеру с ножом Collins. Эндоскопическая дивертикулэктомия показана пациентам с первичным или рецидивным дивертикулом, расположенным в дистальной части уретры. Цель операции состоит в создании широкого соустья дивертикула с просветом уретры ■

для свободного дренирования полости дивертикула. Вместе с тем, эндоскопическое лечение дивертикулов уретры, расположенных в средней и проксимальной порции уретры, не рекомендуется в силу высокого риска развития недержания мочи после операции.

Кроме того, в 1970 году описан (Spence and Duckett) метод марсупиализации дивертикула посредством трансвагинального рассечения всех подлежащих тканей в проекции устья дивертикула. Слизистая влагалища и уретры сближаются непрерывным абсорбируемым швом с оставлением катетера Фолея в мочевом пузыре на 2–3 дня. Этот метод лечения допустим только при локализации дивертикулов в дистальной трети уретры, поскольку марсупиализация дивертикулов, расположенных в средней и проксимальной части уретры, также почти в 100% случаев заканчивается развитием недержания мочи. К другим осложнениям марсупиализации дивертикулов относятся рецидивы, «влагалищное» мочеиспускание, а также разбрызгивание струи мочи при мочеиспускании.

Стоит также упомянуть редкие методы лечения дивертикулов, среди которых инцизия и заполнение полости дивертикула целлюлозой (Oxygel, Gelfoam), парциальная абляция дивертикула и трансвагинальное ушивание устья дивертикула.

В ходе проведения дивертикулэктомии выполняется U-образный разрез и диссекция передней стенки влагалища. После поперечного разреза периуретральной фасции передний и задний листок мобилизуются, обнажая подлежащий дивертикул. При этом нужно дойти до устья дивертикула и вскрыть мочеиспускательный канал: тогда повышаются шансы избежать рецидива. Для профилактики образования уретровлагалищных свищей проводится ушивание иссеченных тканей в различных направлениях.

Осложнения дивертикулов уретры

Необходимо помнить, что при неполном иссечении его стенки или области соустья дивертикул уретры может рецидивировать. Однако рецидива можно избежать посредством детальной предоперационной оценки и четкого представления о структуре дивертикула (система L/N/S/C3). Также для предотвращения рецидива необходимо ушивать рану без образования «мертвых» пространств и полостей.

Наличие рецидива определяется по жалобам, пальпируемому под уретрой образованию и рецидивирующей инфекции мочевых путей. При лечении рецидивных дивертикулов применяется лоскут Martius. Дистальные рецидивные дивертикулы небольших размеров могут быть успешно устранены трансуретральным методом или операцией Спенса (марсупиализация).

Уретровлагалищные свищи – хорошо известное осложнение хирургического лечения дивертикулов уретры. Причиной образования свищей является нарушение

техники операции: выполнение вертикальных разрезов слизистой влагалища и уретры и ушивание раны уретры и влагалища в одном направлении. Ушивание уретровлагалищного свища рекомендуется не ранее, чем через 4 месяца с использованием лоскута Martius.

В качестве примера докладчик поделился собственными наблюдениями: в период с 1991 по 2015 годы с дивертикулами наблюдалась 31 пациентка в среднем возрасте 37,8 лет (19–59 лет). У 23 женщин наблюдался многокамерный дивертикул. Локализация – у 18 пациенток в проксимальной уретре, у 10 – в средней и у 3 – в дистальной. Только у одной из пациенток обнаружен камень в дивертикуле. Среди симптомов преобладали дизурия (72,2%), диспареуния (50%), промежностная боль (45,5%) и рецидивирующие инфекции мочевых путей (40,9%). Реже всего – в 5,2% – встречалось постмикционное подтекание. У 28 пациенток (90,3%) была выполнена дивертикулэктомия, а у 3 (9,7%) – марсупиализация. Рецидив дивертикула наблюдался у 3 пациенток (9,7%), недержание мочи – у 4 (12,9%), двум из них выполнен среднеуретральный слинг.

Опухоли уретры

Другое заболевание, требующее хирургического лечения, – парауретральная лейомиома. Это редкая доброкачественная мезенхимальная опухоль, состоящая из гладкомышечных волокон парауретральной области. Впервые она описана Бюттнером в 1894 году. Крайне важно понимать, что это новообразование не малигнизируется. Как правило местом локализации является проксимальная уретра. Клинические проявления заболевания – рецидивирующая ИМП, затрудненное мочеиспускание, дизурия и пальпируемое образование при влагалищном обследовании. В диагностический комплекс входят урофлоуметрия с определением объема остаточной мочи, цистоуретроскопия, УЗИ + трансвагинальная игольчатая биопсия, а также МРИ (изогипоинтенсивное изображение на T1-взвешенных изображениях и изогиперинтенсивность на T2-взвешенных изображениях).

Из-за редкости заболевания четкого протокола лечения не существует, однако в 2004 году было высказано предположение (Kobayashi T.), что лейомиома является эстроген-зависимой опухолью. Характерно, что уретральные лейомиомы увеличиваются во время беременности, когда уровень эстрогена повышен, и регрессируют в послеродовом периоде (Bhandarkar D.S. et al., 1992). Из-за возможности гормонального влияния описано (Tantbiroj P. et al., 2006) консервативное лечение аналогами гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ).

Стриктуры и дилатация уретры у женщин

Далее докладчик коснулся темы стриктур уретры у женщин и дилатации ■

уретры – одной из самых противоречивых процедур в урогинекологии. В 1999 году при опросе урологов в США (штат Техас) 21% специалистов со стажем работы более 10 лет назвали дилатацию уретры у женщин весьма успешным методом лечения уретрального синдрома, но в то же время ни один из 42 урологов с меньшим стажем работы не считал этот метод полезным (Lemack G.F. et al.). В седьмом издании Campbell's Urology (Walsh P.C. et al., 1998) говорится, что «не существует никаких объективных данных, доказывающих пользу этой формы лечения». В последующих изданиях источника эти положения и формулировка не претерпели изменений. Тем не менее, когда в США была проведена оценка репрезентативных данных на национальном уровне в отношении дилатации уретры у женщин (1992–2000 гг.), выяснилось, что эта процедура проводится так же часто, что бужирование у мужчин со стриктурами уретры (Santucci R.A. et al., 2008).

Самым популярным методом дилатации уретры у женщин является расширение уретры металлическими бужами Hegar (также используются для расширения шейки матки) и бужом Van Buren. В редких случаях используется безножевой уретротом Otis. Менее травматичен, особенно для слизистой, метод баллонной дилатации, при котором происходит медленное и постепенное расширение уретры. Это подтверждается наблюдением 4 женщин, выполнявших дилатацию уретры баллонным катетером самостоятельно ежедневно в течение 3 месяцев с сохранением проходимости уретры (Zimmern P.E., 1997).

Размер наружного отверстия женской уретры: что считать нормой?

Крайне важен вопрос о том, до какой степени проводить дилатацию уретры. Еще в 1936 году отмечено, что, если «калибр» наружного отверстия мочеиспускательного канала менее 30 F, рецидивы инфекции нижних мочевых путей неизбежны (Stevens W.E., 1936). Позднее указывалось, что «нормальная женская уретра» должна иметь просвет >24 F, тогда у таких пациенток не будет признаков рецидивирующего течения ИМП (McCannell D.A., Halie W., 1982). Некоторые авторы рекомендуют гиперрастяжение уретры до 45 F, что, по их утверждениям, даст лучшие результаты по сравнению со стандартной дилатацией (Essenhigh D.M. et al., 1968, Park J.M. et al., 2001). В публикации 2012 года указывается, что расширение до 41 F, сопровождающееся разрывами меатуса, является необходимой мерой лечения дистальных сужений уретры (Romman A.N. et al., 2012).

На сегодня существует несколько публикаций, где делается попытка установить нормальные значения просвета женской уретры. Так, отмечалось, что у девочек младше 14 лет просвет наружного отверстия уретры в среднем составляет 14 F (Gra-



ham J.V. et al., 1967). Далее до наступления половой зрелости наблюдается постепенное и пропорциональное возрасту увеличение просвета уретры с 14 F до 22 F (Immergut M.A., Wahman G.E., 1968). Средний нормальный калибр у 250 женщин в возрасте 20–90 лет составил 22 F во всех возрастных группах (Uehling D, 1978).

Методика определения «калибра» уретры состоит в последовательном введении бужей прогрессивного размера до тех пор, пока не будет зафиксировано сопротивление при извлечении инструмента. Этот маневр отражает субъективное тактильное впечатление врача относительно безопасных пределов растяжимости (обратной жесткости) мочеиспускательного канала как статического и нединамического органа. В экспериментальной модели уретры длиной 5–7 см и диаметром ≥ 10 F не было выявлено обструктивного характера скорости потока при нормальном диапазоне давления мочеиспускания (Tanagho E.A., McCurry E., 1971). На практике в Великобритании и США большинство урологов расширяют уретру до 32 F, в то время как 86% опрошенных детских урологов ограничиваются бужами от 20 до 26 (Masarani M., Wills R.G., 2006).

Для обезболивания при дилатации классической рекомендацией является использование терминальной анестезии с введением анестетика в мочеиспускательный канал и экспозицией в течение 10 минут до начала процедуры (Glenn J.F., 1983). В 1980 году отмечалось (Ostergard D.R.), что при применении местной анестезии во время офисной дилатации уретры до 38 F только 10% пациенток испытывали достаточно неприятные ощущения, которые потребовали прекращения процедуры. При этом отмечено, что в Великобритании до 90% урологов использовали общую анестезию, в то время как те же 90% их коллег из Техаса (США) использовали местную анестезию или вовсе обходились без нее (Lemack G.F. et al., 1999).

Причины и клиника СБУ

Стриктурная болезнь уретры (СБУ) составляет 4–13% в этиологии инфравезикальной обструкции у женщин (Nitti V.W. et al., 1999; Groutz A., Blaivas J.G., 2000). Как правило, СБУ – результат уретральной хирургии у женщин (дивертикулэктомия, реконструктивная хирургия уретровлагалищных свищей, операции по поводу недержания мочи, ТУР новообразований мочевого пузыря) и очень редко – повторных процедур дилатации уретры (Keegan K.A., Nanigian D.K., Stone A.R., 2008). Также стриктуры женской уретры могут быть результатом травмы (затяжных родов) или prolonged катетеризации мочевого пузыря. Фиброзные изменения слизистой с распространением на спонгиозное уретры – следствие инфекционных процессов, таких как гонорея и туберкулез (Stevens W.E., 1923), либо лучевой терапии.

Клинические проявления стриктур уретры у женщин не отличаются от ■

симптомов инфравезикальной обструкции: это слабая струя мочи, дриблинг, рецидивирующие инфекции мочевых путей и гиперактивность мочевого пузыря.

При диагностике наличие стриктуры может подтверждаться невозможностью провести катетер Нелатона >12 F (Smith A.L. et al., 2006), также наблюдается патогномичный симптом ощущения рубцовой ткани при проведении гибкого цистоскопа 17 F (Blavias J.G. et al., 2012). Также при постановке диагноза применяется КУДИ (исследование давления/поток) и цистография опорожнения.

Согласно проведенному анализу данных PubMed и MedLine, с 1923 по 2000 гг. в англоязычной литературе отдавался приоритет дилатации уретры при удовлетворительных результатах, причем пациенткам предлагалась продленная интермиттирующая катетеризация катетерами соответствующего размера (Stanton, 1923, Stevens W.E., 1923, Takao M. et al., 1992, Smith A.L. et al., 2006). Однако начиная с 2000 года стали появляться публикации, в которых дилатация уретры у женщин с СБУ подвергается серьезной критике. В частности, указывается на рецидивы заболевания у 16 из 17 пациенток, подвер-

Хирургия женской уретры – та область урогинекологии, которая характеризуется противоречиями, отсутствием определенных стандартов в диагностике и лечении. Основная причина этой ситуации в том, что хирургические заболевания женской уретры достаточно редки.

гавшихся уретральной дилатации (Blavias J.G. et al., 2012). При этом авторы отметили только 2 рецидива после уретропластики.

Говоря об уретропластике, необходимо понимать, что критическими факторами для выбора хирургического доступа являются локализация, протяженность стриктуры и сохранение удержания мочи. В качестве вариантов рассматриваются вентральная уретропластика слизистой половой губы и влагалища (дистальные стриктуры) и дорсальная буккальная уретропластика (протяженные и проксимальные стриктуры).

В целом хирургия женской уретры – та область урогинекологии, которая характеризуется противоречиями, отсутствием определенных стандартов в диагностике и лечении. Основная причина этой ситуации в том, что хирургические заболевания женской уретры достаточно редки. Современные публикации, посвященные теме, либо охватывают небольшие серии больных, либо представлены так называемыми «case report»: наблюдениями отдельных случаев из практики. В рамках одного выступления докладчик ярко и полно представил слушателям максимальное количество новой и интересной информации по заявленной теме. ■



СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОЛИТИАЗА: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Сравнение эффективности различных методик оперативного освобождения от почечных конкрементов стало темой исследования сотрудников Саратовского государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского, НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии и Клинической больницы имени С.Р. Миротворцева. Доклад о его результатах подготовили М.В. Попков, О.В. Основин, Г.Н. Маслякова и А.Б. Долгов. Вниманию заинтересованной публики доклад представил Олег Владимирович Основин.

Современные хирургические вмешательства при МКБ

На настоящем этапе развития применяется 4 основных группы хирургических вмешательств для лечения МКБ. Это дистанционная литотрипсия, рентгеноэндоскопические вмешательства, «открытые» операции и лапароскопическая хирургия. В качестве дополнительных методов используются катетеризация почки, установка внутреннего стента и чрескожная пункционная нефростомия. В любом случае важно выбрать наименее травматичный для пациента метод с учетом обстоятельств конкретной ситуации.

В последние годы доля открытых оперативных вмешательств при лечении МКБ неуклонно снижается. К примеру, за 2015 год в клинике СГМУ их число составило 0,5% от общего (9 из 1656 операций). Остальные 99,5% приходятся на долю малоинвазивных процедур. Этот факт связывают с успехами в скрининге заболеваний, улучшением технической оснащенности и подготовки специалистов, а также изменением подхода к выбору метода лечения в целом.

Активное применение малоинвазивных хирургических методик дает возможность сокращать послеоперационный период и лечить большее количество пациентов с меньшим числом осложнений. За последние 10–12 лет количество пациентов клиники СГМУ с мочекаменной болезнью увеличилось почти в три раза, так что этот фактор особенно важен. С 2008 года для лечения нефролитиаза в клинике активно применяется перкутанная нефролитотрипсия, причем ее доля в общем числе малоинвазивных операций с каждым годом растет. Методика дает возможность излечения пациента за один сеанс даже при конкрементах высокой ■

плотности и большого размера. В то же время повсеместное применение дистанционной литотрипсии вынуждает производителей к постоянному усовершенствованию современных аппаратов. В саратовской клинике сегодня используется два литотриптора: «Sonolith I-sys» с электрокондуктивным принципом генерации ударной волны и «Dornier Compact Delta» с электромагнитным генератором.

На описании первого аппарата докладчик остановился более подробно. «Sonolith I-sys» полностью отвечает всем профессиональным требованиям и является воплощением эндоурологической концепции. Литотриптор используется с системой симультанного рентгеновского и ультразвукового наведения для эффективной локализации и мониторинга в реальном режиме времени при лечении уролитиаза. Аппарат создан по новой технологии в области экстракорпоральной литотрипсии: электрокондуктивной. Модель объединяет в себе инновационный дизайн и высокую технологичность. Патентованная EDAP TMS электрокондуктивная технология обеспечивает более точное наведение для точечного воздействия и большую частоту ударных волн. Кроме того, в устройстве имеется патентованный многоцветный электрод с эксклюзивным высокопроводящим раствором для наведения, что обеспечивает стабильный и мощный электрический разряд во время всего срока работы электрода. Другие ключевые моменты электрокондуктивной технологии – интегрированный гидрофон для мониторинга давления в режиме реального времени, автоматический регулятор напряжения для достижения максимальной энергии в фокусе и автоматическое определение состояния электрода для оптимального его использования на протяжении всего времени работы. Адаптивной мощностью обеспечиваются высокая гибкость ударных волн, возможность использования в различных клинических ситуациях, выбора мощности и энергии, а также линейная зависимость между фрагментацией и контролем мощности без феномена насыщения. Также преимуществами метода являются упрощение выбора оптимальной тактики лечения, гарантированная концентрация энергии, безопасность окружающих тканей и лучшая фрагментация конкремента. Стоит также отметить максимальную гибкость в выборе режима терапии, комфорт и безболезненность лечения. При клиническом использовании эффективность лечения через 30 дней применения аппарата составила 81,5%. В течение трех месяцев после сеанса наблюдается высокая частота отхождения, независимо от размера конкремента. При этом доля повторных сеансов составляет всего 14% от общего числа.



В числе технических деталей необходимо отметить максимальную глубину расположения фокуса – 210 мм; моторизованные управляемые движения ударной головки вокруг фокуса F2 в диапазоне от 50° до 0° относительно вертикальной оси; пиковое положительное акустическое давление (мин/макс), МПа, не хуже 111\144; пиковое отрицательное акустическое давление, МПа. <10; размер веретена фокуса в поперечнике при (мин/макс) мощности импульса не более 2,2/3,2 мм, а также продольный размер веретена фокуса при (мин/макс) мощности импульса не более 14,2/22,4 мм.

Докладчик еще раз подчеркнул, что к преимуществам технологии относятся хорошая мелкодисперсная фрагментация, безопасность для окружающих тканей и практически полная безболезненность лечения.

Контактные методы литотрипсии

Наряду с дистанционными в клинике СГМУ активно применяются контактные методы литотрипсии. К контактными методам дезинтеграции относятся пневматический, ультразвуковой и лазерный. На выбор метода лечения оказывает влияние комплекс факторов: локализация, размеры и плотность конкремента, функциональное состояние почки и верхних мочевых путей, наличие аномалий развития мочевой системы, выраженность воспалительного процесса, предполагаемые отдаленные результаты, а также сопутствующие заболевания и, не в последнюю очередь, предпочтения пациента. Все это находит отражение в руководствах по лечению МКБ, которые ежегодно обновляются Европейской ассоциацией урологов.

Согласно действующим рекомендациям, в первую очередь при выборе метода лечения рассматриваются локализация конкремента и анатомические особенности почки. Вторым важным фактором является размер конкремента. Так, при крупных камнях любой локализации предпочтение стоит отдавать перкутанной нефролитотрипсии, а при размерах камня от 1 до 2 см выбор лучше делать в пользу дистанционной литотрипсии. Среди рассматриваемых особенностей строения почки чашечно-лоханочный угол и ширина шейки нижней чашечки. В случае наличия прогностически неблагоприятных факторов для ДУВЛТ следует выбирать перкутанный вид дробления или трансуретральные методики. При небольших размерах камня дистанционная литотрипсия является методом выбора независимо от локализации. Также важен химический состав: при рентгенконтрастных конкрементах, даже среднего размера, в качестве приоритетного метода ■

лечения устанавливается пероральный гемолиз, и только в случае его неэффективности применяются оперативные методы лечения.

Собственный опыт

В Саратове проведено исследование, целью которого стала сравнительная оценка эффективности оперативного лечения конкрементов почек различными методами, включая ДУВЛТ, ПНЛТ и комбинированное лечение.

Диагностика нефролитиаза проводилась на фоне комплексного инструментального обследования, содержащего УЗИ почек, обзорную и экскреторную урографию, компьютерную и магнитно-резонансную томографию, эходоплерографию и ангиографию. По результатам КТ определялись локализация, размер и плотность камня, которые оказывали влияние на определение терапевтической тактики. Во всех случаях было проведено исследование химического состава камня, для чего применялись как традиционные методики (поляризационная микроскопия), так и инновационные (джоульметрия). Как выяснилось, в Саратовской области наиболее распространенными являются оксалатные камни (до 44% от общего числа), на втором месте смешанные (28%). Также были обнаружены мочекислые (до 18%), фосфатные (до 7%) и цистиновые (3%) камни.

Критериями включения пациентов в исследование стали наличие конкрементов почки размерами от 0,6 см (включая коралловидные камни К1–К3), плотность конкремента от 400 до 1900 НУ, отсутствие выраженного нарушения функции почки, аномалий развития мочевой системы и выраженного обострения воспалительного процесса на момент оперативного лечения.

Для дистанционной литотрипсии в качестве монотерапии отбирались пациенты с размером камней от 0,6 до 2 см и плотностью не более 1300 НУ, а также отсутствием выраженной воспалительной реакции.

Показанием для перкутанной нефролитотрипсии и комбинированной терапии чаще всего были крупные конкременты с высокой плотностью, прогностически неблагоприятные для дистанционной литотрипсии. Дренаживание чашечно-лоханочной системы всегда проводилось при наличии показаний.

Общее количество пациентов составила 1693, из них дистанционная литотрипсия проведена 657 (1 группа), перкутанная нефролитотрипсия – 641 (2 группа), а комбинированное лечение получили 395 человек (3 группа). Средний возраст пациентов всех групп составил 48,3 года, что подтверждает мировую статистику о



высокой заболеваемости среди людей трудоспособного возраста. В первой группе преобладали больные с камнями размером 1,1–1,5 см (42%), на втором месте по распространенности оказались камни до 1 см (30,8%), во второй количество камней более 2 см составило 52,9%, при этом камни до 1 см практически отсутствовали (2,6%), а в третьей группе преобладали пациенты с еще более крупными и кораллоподобными камнями (82,3% – камни более 2 см). По локализации конкрементов у пациентов всех трех групп наблюдалась определенная закономерность. У первой группы (ДУВЛ) в почти одинаковом количестве встречались как чашечковые, так и лоханочные конкременты. Во второй группе (перкутанная нефролитотрипсия) встречались преимущественно конкременты лоханки и кораллоподобные камни, ну а в третьей группе практически все камни были отнесены к кораллоподобным, различаясь между собой только размерам и плотности. Именно в третьей группе преобладали пациенты с наибольшей плотностью: более 1300 НУ, тогда как в первой группе у наибольшего числа пациентов плотность составляла от 800 до 1200 НУ.

Оценка результатов проводилась по нескольким критериям: частоте отсутствия камней после операции (stone-free rate), частоте применения вспомогательных методов лечения, развития осложнений, рецидивного камнеобразования (через 3–6 месяцев после оперативного лечения), а также по функциональному состоянию почки в отдаленном периоде (через 6 месяцев). Под эффективностью лечения понималась дезинтеграция конкрементов на фрагменты не более 3–4 мм, способных к самостоятельному отхождению. Эффективность для 1 группы составила 89,5%, для 2 – 92,1%, и для 3 – 98,8%. При этом оценить эффективность первого сеанса в 3 группе не представлялось возможным в связи с многоэтапностью лечения. У 1 группы этот показатель составил 82,4%, у 2 – 86%. Кроме того, в 1 и 2 группах была установлена тенденция к снижению эффективности первого сеанса оперативного вмешательства в зависимости от размера конкрементов. Так, при камнях до 1 см этот показатель составляет 96,3% и 99,4% в 1 и 2 группах, соответственно. Но для размера более 2 см в первой группе этот показатель составил 14%, а во второй – 72,1%. Такая же зависимость была установлена и для плотности камня. В случае с камнями низкой плотности показатели для 1 и 2 группы составляли 91,5% и 94,4%, а высокой плотности – 48,2% и 74,5%, соответственно.

Автор выступления отметил, что именно комбинированное лечение на данном этапе развития урологии позволяет добиться максимальной эффективности даже у сложных пациентов с крупными кораллоподобными камнями, что доказывается как мировыми, так и отечественными данными. ■

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ ЦИСТИТ: ЭВОЛЮЦИЯ ТЕРМИНОЛОГИИ

Доклад о терминологической дискуссии, связанной с проблемой интерстициального цистита, подготовили для Невского урологического форума, проходившего в Санкт-Петербурге 2–3 июня 2016 года, К.Х. Чиби́ров, А.В. Куренков, А.Ф. Семченко, В.В. Прото́щак, А.И. Горбунов и С.А. Семенов (Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии Минздрава РФ).

История вопроса в XIX веке

Представил сообщению публике Константин Хазбулатович Чиби́ров, начав с истории вопроса. Первое описание воспалительного заболевания мочевого пузыря с язвенным поражением дано в 1808 году американским хирургом (Philip Syng Physick). Сформулированная им концепция воспаленного мочевого пузыря определялась хроническим/постоянным частым мочеиспусканием, urgenностью и болью при отсутствии очевидной этиологии. Состояние было названо «*tic douloureux of the bladder*». Сам **термин «интерстициальный цистит»** впервые указан в литературе в 1876 году (Samuel D. Gross). Он был определен как состояние, когда все слои стенки мочевого пузыря вовлечены в воспалительный процесс. Позднее в первом издании монографии «Заболевания мочевого пузыря и уретры у женщин» (Alexander J.C. Skene, 1878) о нем говорилось более подробно: «Когда болезнь частично или полностью разрушает слизистую оболочку, приводя к образованию язвы, и распространяется на мышечный слой, мы имеем состояние, известное как интерстициальный цистит».

Век XX – русский национальный костюм и интерстициальный цистит

Известному американскому специалисту Ханнеру (Guy Leroy Hunner) принадлежит ряд работ, которые на долгие годы задали золотой стандарт диагностики: «A rare type of bladder ulcer in women; report of 8 cases (1914)», «Elusive ulcer of the bladder (1918)», а также работа, посвященная неврозу мочевого пузыря (1930). Как видно, отношение самого специалиста к терминологии с годами менялось: первоначально он называл состояние «редким типом язвы мочевого пузыря», позднее – элюзивной язвой и, наконец, неврозом мочевого пузыря. Выполняя обзор литературы, он констатировал, что на тот момент одно и то же состояние многие авторы обозначали разными словами: «хроническая язва мочевого пузыря», «субмукозная язва», «неуловимая язва»,





«парацистит», «панмуральный язвенный цистит», «хронический интерстициальный цистит» и другие – всего 14 названий. Врач подал прошение о создании комиссии по терминологии, которое, однако, не было удовлетворено.

Еще при жизни Ханнера использованный им термин «язвенное поражение» начал подвергаться серьезной критике. Отмечалось, что наблюдаемое отклонение – «не язва в классическом смысле слова (Peterson and Hager, 1929), в том же году было предложено отдать дань уважения ученому новым термином **«ханнеровское поражение»** (Franklin Hinman, 1929). В дальнейшем предлагался также термин «трещина мочевого пузыря» (Herbst R.H. et al., 1937) и подчеркивалось, что термин «ханнеровская язва» – это «серьезное заблуждение» (Antony Walsh, 1978).

С накоплением клинического опыта стало ясно, что у многих пациентов отсутствует язвенное поражение, однако есть характерные геморрагические изменения слизистой. Отмечалась даже «эндоскопическая картина слизистой, которая в одной или нескольких зонах стенки мочевого пузыря, кроме мочепузырного треугольника, имеет внешний вид, схожий с розовым лососем, креветкой или красными **узорами русского национального костюма**» (Christol et al., 1944). Другие авторы описывают это явление как «маленькие отдельные очаги подслизистого кровотечения» и «точечные кровотечения» (Hand J.R., 1949) и «гломеруляции» (Antony Walsh, 1978). Наблюдение все большего количества таких пациентов способствовало смене предпочтений в терминологии. Термин **«интерстициальный цистит»** стал рассматриваться как наиболее подходящий для данного заболевания. При этом еще в 1934 году было сформулировано равенство между ханнеровской язвой и интерстициальным циститом, характерными признаками которых являются «боль над лоном, частое ночное и дневное мочеиспускание, болезненное и неудовлетворяющее мочеиспускание вместе с негативными изменениями мочевого пузыря при слабо выраженной либо отсутствующей инфекции в моче» (Albert Meads, 1934).

На рубеже веков – новые определения и классификация

В целом на период с 1987 по 2008 год установилось представление об интерстициальном цистите как синдроме болезненного мочевого пузыря при наличии соответствующей гистологической и цистоскопической картины при отсутствии инфекций и других заболеваний. Однако к концу прошлого века все больше ученых констатировали, что термин «интерстициальный цистит» не соответствует объему накопленных знаний и не может обозначить все возможные проблемы данного заболевания. ■

Вследствие этого в 2002 году Международным обществом по недержанию мочи было предложено новое определение: **синдром болезненного мочевого пузыря** (*Painful bladder syndrome – PBS/IC*). Как было указано, его характеризуют «жалобы на боли в надлонной области, связанные с наполнением мочевого пузыря, сопровождающиеся другими симптомами, такими как увеличение частоты дневных и ночных мочеиспусканий, при отсутствии мочевой инфекции или другой очевидной патологии». По словам докладчика, в этой формулировке был допущен ряд серьезных ошибок, в частности, акцент на боли в надлонной локализации. Таким образом, чувствительность данного определения не превышала 64%.

Тот факт, что при данном состоянии не всегда можно увидеть какие-либо язвы или гломеруляции, стал поводом для дальнейшего обсуждения. Началось оно в 2006 году на международном симпозиуме «Границы интерстициального цистита и синдрома болезненного мочевого пузыря». Группа ученых, представлявшая Европейское общество изучения интерстициального цистита, настаивала на том, чтобы убрать термин «интерстициальный цистит» (часть IC в сокращении) из названия, а само название привести в таксономическое соответствие с нормами, принятыми в Международном обществе изучения боли, по формуле «орган+боль+синдром», таким образом придя к варианту **«мочепузырный болевой синдром»** (*Bladder pain syndrome – BPS*). Подробно свои взгляды они изложили в 2008 году, что легло в основу действующих на сегодня европейских рекомендаций. Другие, ранее использовавшиеся термины, такие как «интерстициальный цистит», PBS и PBS/IC или BPS/IC более не рекомендуются к употреблению. Само же состояние определяется как хроническая (6 месяцев и более) боль в области таза, давление или дискомфорт, воспринимаемые как связанные с мочевым пузырем и сопровождаемые, по меньшей мере, одним из таких симптомов, как недержание мочи, urgency, поллакиурия, при исключении конкурентных заболеваний. Также была предложена **новая классификация ESSIC**, согласно которой ханнеровским поражением считается мочепузырный болевой синдром типа 3С, язвенный цистит – типы 2В и 2С, а все остальные состояния ранее (10–15 лет назад) вряд ли отнесли бы к интерстициальному циститу.

Мировой взгляд на вопросы BPS

Однако не все мировые сообщества согласны в своих определениях с европейским стандартом. Термин «интерстициальный цистит» все еще находится в употреблении в других частях света. За последние 200 лет обсуждение этой темы поднялось с экс-

пертного уровня до уровня экспертных сообществ. **Консенсуса при этом не удалось достигнуть до нынешнего дня.** Неясность усугубляется и продолжением поиска оптимальных определений других заболеваний мочевого пузыря. В 2009 году было высказано мнение (Jerry G. Blaivas) о том, что гиперактивность мочевого пузыря (ГМП), являясь комплексом симптомов, может подразумевать и болевую симптоматику. Если следовать данной логике, ГМП можно приравнять к BPS типа 1А. По мнению докладчика, эта дилемма на сегодня неразрешима.

Несмотря на то, что определение «интерстициальный цистит» широко дискриминируется, есть и сторонники такой терминологии. Кроме того, подвергается серьезным сомнениям термин «синдром болезненного мочевого пузыря». Таких взглядов придерживаются урологические ассоциации Японии, Тайваня и Южной Кореи. Их мнение основано на том, что не все пациенты в данном состоянии испытывают боль. Со своей стороны, они предлагают определение «гиперчувствительность мочевого пузыря». Определяя место гиперчувствительности в структуре интерстициального цистита, японское сообщество проводит параллель с гиперактивностью: она после цистометрических находок переходит в диагноз «гиперактивность детрузора», а при отсутствии таковых остается ГМП. Такой же принцип предлагается применять к гиперчувствительности после проведения цистоскопии: при наличии гломеруляций диагноз переходит в «интерстициальный цистит».

Отсутствие консенсуса как в терминологии, так и во многих других вопросах, касающихся интерстициального цистита, являлось поводом для очередного перехода на новый уровень обсуждения. С 2003 года под эгидой Японской ассоциации урологов и Европейского общества изучения интерстициального цистита проводятся международные консультации, в которых участвуют ведущие эксперты всех представленных сообществ. Последнее такое собрание проходило на японской территории в 2013 году. По его итогам ханнеровское поражение рекомендуется классифицировать как интерстициальный цистит, неязвенное поражение – как мочепузырный болевой синдром (или гиперчувствительность мочевого пузыря в странах Юго-Восточной Азии). Все описанные термины с целью сохранения преемственности и в интересах пациентов рекомендуется временно оставить в употреблении, ставя между ними знак смыслового равенства.

Таким образом, в условиях нехватки должных знаний по этиологии интерстициального цистита, четкого понимания патогенеза проблемы и надежных маркеров диагностики неязвенной формы стоит ожидать того, что термины и определения в перспективе будут вновь пересматриваться и уточняться. ■



ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
НИИ урологии и интервенционной радиологии
им. Н.А. Лопаткина - филиал ФГБУ «НМИРЦ»
Минздрава России



III научно-практическая конференция «Мочекаменная болезнь: профилактика, лечение, метафилактика»

Оргкомитет

Председатели конференции:

О.И. Аполихин

доктор медицинских наук, профессор, главный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью, директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина

Каприн А.Д.

член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России, главный уролог АН РФ

Уважаемые коллеги!

Мочекаменная болезнь (МКБ) – одно из самых распространенных урологических заболеваний на территории Российской Федерации с прогрессирующей тенденцией к росту.

История развития методов лечения МКБ претерпевает значительные изменения в последние 20 лет за счет внедрения технических достижений – дистанционной литотрипсии, высокотехнологичного эндоскопического оборудования. В рамках конференции пройдет демонстрация современных возможностей хирургического лечения МКБ и обсуждение показаний к каждому из представленных методов. Особое внимание будет уделено аспектам профилактики и метафилактики МКБ, которые долгое время незаслуженно оставались на втором плане лечения уролитиаза.

Рост заболеваемости мочекаменной болезнью требует усиления работы не только стационарного звена, но и амбулаторно-поликлинической службы, в области определения и устранения факторов риска развития, консервативного лечения и предупреждения рецидивирования мочекаменной болезни.

В современных экономических условиях пересмотрены некоторые аспекты ведения пациентов в пользу стационар-замещающих технологий. Стремительно развивающиеся мобильные технологии mHealth позволяют проводить удаленный мониторинг состояния здоровья пациентов не только с целью контроля и коррекции консервативной терапии, но и, что ценно, после оперативных вмешательств.

Мы надеемся, что представленная на конференции информация будет полезна и интересна не только научным сотрудникам и состоявшимся практических врачей, но и для молодых ординаторов, студентов старших курсов медицинских ВУЗов, что найдет свое отражение в отдельной секции молодых ученых.

Традиционно будет проводиться трансляция хирургии и докладов на Uro.TV.

Приглашаем к участию!

8-9 декабря 2016 г.

Москва, ул. 3-я Парковая, 51, стр. 4. – НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина,
административный корпус, 1 этаж, конференц-зал.

Участие бесплатное. Участникам будут выданы сертификаты

Организаторы:

- «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России
- НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России

Члены оргкомитета:

- Сивков А.В.
- Константинова О.В.
- Казаченко А.В.
- Голованов С.А.
- Меринов Д.С.
- Шадеркин И.А.
- Просянников М.Ю.

Рабочая группа:

- Войтко Д.А.
- Цой А.А.
- Галиев Н.А.
- Кастрикин Ю.В.

Требуется регистрация:

- Регистрация на очное участие
- Регистрация на он-лайн трансляцию

Тематики программы:

- Эпидемиология МКБ в России и мире.
- Факторы риска развития МКБ. Роль метаболического синдрома как фактора риска МКБ. Роль инфекции в развитии МКБ.
- Современные методы оценки риска развития МКБ
- Возможности диагностики литогенных нарушений
- Современные возможности оперативного лечения МКБ
- Алгоритмы консервативного ведения пациентов МКБ
- Принципы метафилактики МКБ
- Принципы персонализированной медицины в диагностике, профилактике и лечении МКБ
- Современные формы дистанционного мониторинга за больными МКБ, технологии mHealth
- Принципы профилактики МКБ – что нужно изменить в жизни?

Секция молодых ученых

Доклады от молодых ученых принимаются на конкурсной основе до 01.08.2016 года.
Продолжительность доклада 4 минуты. Планируется награждение отдельных докладчиков.

Контакты:

Просянников Михаил Юрьевич
Телефон: +7(965)113-17-91
E-mail: prosyannikov@gmail.com

Шадеркина Виктория Анатольевна
Телефон: +7 (926) 017-52-14
E-mail: viktoriashade@uroweb.ru

Техническая и информационная поддержка МООУ «Интернет форум урологов»
Подробности на Uroweb.ru

Междисциплинарный курс дистанционного образования по теме «Правильный дифференциальный диагноз: опыт + искусство»

Даты проведения 01.09.16 - 31.12.16
Длительность курса 3 месяца

Выдача сертификата после успешного завершения курса лекций и тестирования – в личном кабинете Интернет форума урологов.

Организаторы курса:

- МООУ «Интернет форум урологов»
- Uroweb.ru



Техническая поддержка:

- Издательский дом «УроМедиа»
- Uro.TV
- UroEdu.ru



UROMEDIA



Целевая аудитория – урологи, детские урологи, педиатры, терапевты, хирурги, гинекологи.

Учебный план курса состоит из 5 лекций, которые дополнены статьями, методическими разработками, клиническими случаями и другим дидактическим материалом. Тема включает в себе конкретный практический навык или теоретический вопрос.

Цель КДО – предоставить наиболее полную информацию для врачей различных специальностей по дифференциальной диагностике хирургических и урологических заболеваний.



Преподаватель: Антонов Олег Николаевич
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, доцент кафедры
госпитальной хирургии №1 лечебного факультета.

Ученая степень, ученое звание: Доктор медицинских наук, доцент.

Специализация (квалификация): Общая хирургия (высшая категория), онкология. Высшая аттестационная категория по специальности «Хирургия»

Участие в профессиональных сообществах: Российское общество хирургов, действительный член.

Учебный план курса:

	Название лекции
1	Дифференциальная диагностика почечной колики и острого аппендицита
2	Дифференциальная диагностика острых заболеваний билиопанкреатической системы и почечной колики.
3	Дифференциальная диагностика заболеваний ободочной кишки и почечной колики.
4	Дифференциальная диагностика острой сосудистой патологии и почечной колики.
5	Закрытая травма живота. Повреждение почек и мочевого пузыря.

Правила для участников курса

1. Предварительная регистрация на сайте UroEdu.ru, отправка заявки на участие в курсах.
2. Отправка заявки на участие возможна до 1 декабря 2016 года
3. Получение доступа к 1й лекции. Доступ будет осуществляться персонально для каждого участника, лекции выкладываться для общего просмотра не будут.
4. Прослушивание 1й лекции, итоговое тестирование (5 вопросов методом случайной выборки по теме лекции).
5. При положительном прохождении теста – получение доступа к очередной лекции.
6. Участник может отправить в письменной форме вопросы как лектору, так и организаторам курсов. Вопросы можно будет задать через специальную форму на страницекурса.
7. Участник может оценить качество каждой лекции и курсов в целом путем голосования на сайте UroEdu.ru.
8. В конце курса участнику будет выдан именной сертификат о прохождении курсов дистанционного образования по теме «Правильный дифференциальный диагноз: опыт + искусство». Сертификат будет доступен для печати или скачивания в личном профиле пользователя.

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, 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
 - Перова Мария Петровна
 - Болдырева Юлия Георгиевна
 - Гарманова Татьяна Николаевна
 - Коршунов Максим Николаевич
- »» Дизайн и верстка Белова Оксана Анатольевна
- »» Корректор Болотова Елена Владимировна

Тираж 7000 экземпляров

Подписка на сайте urodigest.ru

Распространение бесплатное – Россия, страны СНГ

Периодичность 1 раз в 2 месяца

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

Издательство «УроМедиа»

Адрес редакции: 105425, Москва, 3-я Парковая, 41 «А», стр. 8
ISSN 2309-1835

Свидетельство о регистрации средства массовой информации

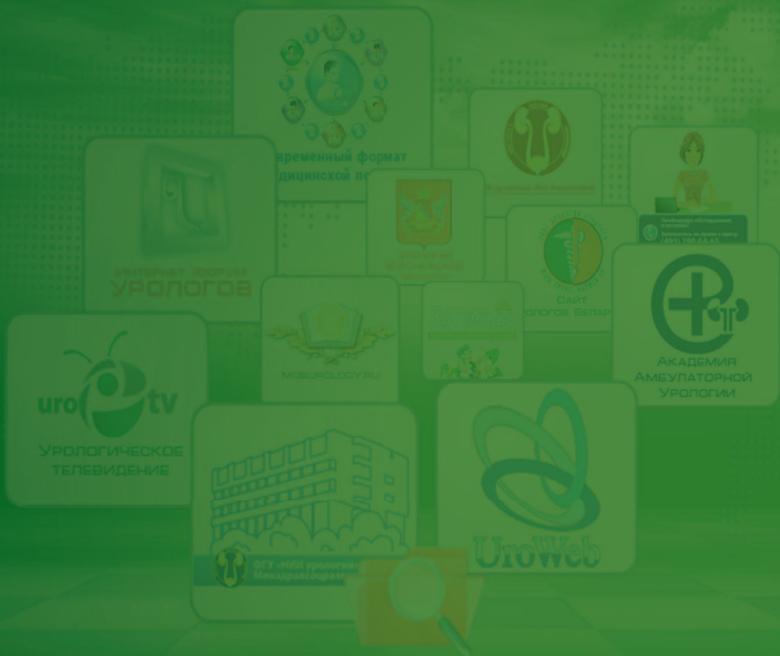
ПИ № ФС77-54663 от 09.07.2013

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»