



ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ  
РЕКОМЕНДАЦИИ: ОБНОВЛЕНЫ  
И ДОПОЛНЕНЫ

8



МОСКОВСКАЯ УРОЛОГИЧЕСКАЯ  
ШКОЛА – ЭЛЕМЕНТ ОБЯЗА-  
ТЕЛЬНОГО НЕПРЕРЫВНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

14

# ВЕСТНИК

2016 г. № 1

# РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

УЧРЕДИТЕЛЬ – ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ  
ОРГАНИЗАЦИЯ «РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО УРОЛОГОВ»

## 240 ЛЕТ ИСТОРИИ:

МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ НАУЧНО-  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ  
ИНСТИТУТ ИМ. М.Ф. ВЛАДИМИРСКОГО



*Церковь иконы Божией Матери «Всех скорбящих Радость» при Старо-Екатерининской больнице (памятник архитектуры XVIII в.)*

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» — одно из ведущих медицинских учреждений страны по оказанию специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи населению.

В 1776 г. по указу Екатерины II противочумный карантин был преобразован в больницу на 150 коек. С 1835 г. больница называется Старо-Екатерининской, которая стала прекрасной клинической базой для обучения студентов медицинского факультета Московского университета.

С тех пор ГБУЗ МО МОНИКИ представляет собой уникальный в России научно-лечебно-учебный комплекс. Это единственный в стране клинический НИИ, на базе которого впервые создан и успешно

работает факультет усовершенствования врачей с 24 кафедрами и курсами, где ежегодно проходят профессиональную переподготовку около 400 врачей и повышают свою квалификацию более 3,5 тыс. врачей Московской области. Клиническую базу института составляют 32 отделения, 28 вспомогательных отделений и консультативно-диагностический отдел.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского имеет свидетельство об аккредитации на право проведения клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения № 333 от 4 декабря 2012 г., выданное Министерством здравоохранения РФ. Работы выполняются специалистами различных подразделений института, имеющих сертификаты GCP и большой опыт работы

в этой области. На его базе возможно проведение исследований с I по IV фазу.

Основным богатством института конечно же являются люди, в нем работающие. Сегодня кадровый потенциал составляет более 2,5 тыс. человек. В ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского работают 2 академика и 2 члена-корреспондента РАН. Ученое звание «профессор» имеют более 80 сотрудников. В институте около 150 докторов и более 300 кандидатов наук. Среди 300 научных сотрудников 1 член-корреспондент РАН, около 40 профессоров, более 60 докторов и около 120 кандидатов наук.

Среди сотрудников института 3 лауреата государственных премий СССР и РФ, 5 лауреатов премии Правительства РФ, 24 лауреата премии губернатора Московской области, 8 заслуженных деятелей науки РФ, 33 кавалера орденов и медалей РФ, 25 заслуженных врачей РФ, 6 заслуженных работников здравоохранения РФ, 77 заслуженных работников здравоохранения Московской области, 44 заслуженных деятеля науки и техники Московской области, 54 человека отмечены знаками губернатора Московской области и знаками отличия.

Специфика ГБУЗ МО МОНИКИ заключается в том, что оно, осуществляя все функции научно-исследовательского института Минздрава Российской Федерации, является крупнейшей структурой здравоохранения Московской области и выполняет одновременно функции регионального многопрофильного центра по оказанию высококвалифицированной лечебно-диагностической и консультативной помощи населению Подмоскovie по подготовке специалистов высокой квалификации и внедрению новых медицинских технологий в лечебно-профилактические учреждения.

# ВЕСТНИК

№ 1

РОССИЙСКОГО  
ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

## Главный редактор

Лоран Олег Борисович, чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии и хирургической андрологии РМАПО

## Заместитель главного редактора

Газимиев Магомед Алхазурович, д.м.н., профессор кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, исполнительный директор Российского общества урологов

## Шеф-редактор

Шадеркина Виктория Анатольевна, уролог, онкоуролог, НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России

## Редакционный совет

проф. Аль-Шукри С.Х. (Санкт-Петербург)  
проф. Братчиков О.И. (Курск)  
проф. Велиев Е.И. (Москва)  
проф. Гудков А.В. (Томск)  
проф. Данилов В.В. (Владивосток)  
проф. Журавлев В.Н. (Екатеринбург)  
проф. Коган М.И. (Ростов-на-Дону)  
проф. Комяков Б.К. (Санкт-Петербург)  
проф. Крупин В.Н. (Нижний Новгород)  
проф. Кульчавеня Е.В. (Новосибирск)  
проф. Медведев В.Л. (Краснодар)  
проф. Павлов В.Н. (Уфа)  
проф. Пушкарь Д.Ю. (Москва)  
проф. Ситдыкова М.Э. (Казань)

## Редакция газеты «Вестник Российского общества урологов»

Адрес: 117420 Москва,  
ул. Профсоюзная, д. 57, под. 3.  
Телефон: (495) 786-25-57 (доб. 189)  
E-mail: polyakova@bionika-media.ru

## Заведующая редакцией

Елена Полякова

## Отдел дизайна и верстки

Александр Ларин, Марина Лындина,

Денис Петухов, Марина Полякова

## Отдел полиграфии

Наталья Надворская, Дмитрий Тужииков

## Учредитель

Общероссийская общественная органи-  
зация «Российское общество урологов»

## Издатель:

**bionika media**

www.bionika-media.ru

ООО «Бионика Медиа»

Председатель Совета директоров

Ирина Красивская

Генеральный директор

Алексей Дроздов

Заместитель генерального директора

по медицинским изданиям

Анна Власова

## Размещение рекламы:

Руководитель департамента по рекламе

в медицинской прессе Ольга Крекшина

Ведущий менеджер по работе с клиентами

Наталья Дивлекеева

Телефон: (495) 786-25-57 (доб. 131)

E-mail: divlekeeva@bionika-media.ru

## Подписка и распространение

Телефон: (495) 332-02-63

E-mail: subscription@bionika-media.ru

Периодичность: 4 номера в год

Газета зарегистрирована Федеральной

службой по надзору в сфере связи,

информационных технологий и массовых

коммуникаций (Роскомнадзор)

Регистрационный номер

ПИ № ФС 77-54177 от 17.05.2013 г.

Газета набрана и сверстана

в ООО «Бионика Медиа»,

отпечатана в ООО «Борус-Пресс».

300041, г. Тула, ул. Соффера, д. 6.

Тираж 5000 экз.

Номер подписан 28 августа 2015 г. в 10:00.

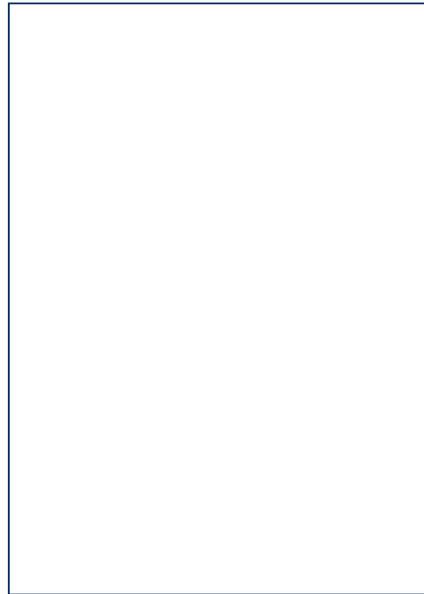
Полное или частичное воспроизведение редак-

ционных материалов, опубликованных в газете

«Вестник Российского общества урологов», запре-

щается, за исключением случаев письменного

согласия редакции.



Разработано и доступно для бесплатного  
скачивания приложение  
**Российского общества урологов**  
для смартфонов, телефонов и планшетов.

**УСТАНОВИТЬ**

16 Реклама

# УРОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА МОНИКИ ИМ. М.Ф. ВЛАДИМИРСКОГО: К 85-ЛЕТИЮ СО ДНЯ ОСНОВАНИЯ

**Базаев В.В.**, д.м.н., профессор, руководитель урологической клиники МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

**Дутов В.В.**, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, зав. кафедрой урологии ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

В марте 2016 г. урологической клинике Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского исполняется 85 лет. Сегодня это одна из ведущих урологических клиник страны, созданная на базе старейшего медицинского учреждения России – Старо-Екатерининской больницы, основанной по специальному Указу Императрицы Екатерины II 19 июня 1776 г.

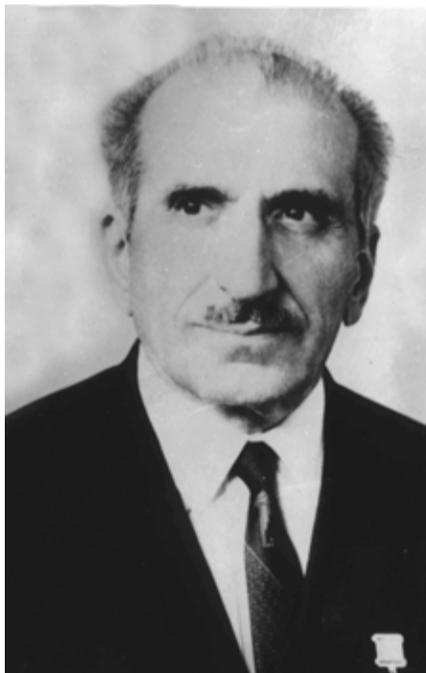
## Спешите делать добро!

В начале XX в. Старо-Екатерининская больница, прародительницей которой стали существовавшие с 1772 г. на окраине Москвы противочумные карантинные бараки, была крупнейшим лечебным учреждением Москвы. Зарождающаяся российская медицина свои первые шаги во многом начинала в этой больнице, служившей прекрасной клинической базой для обучения студентов медицинского факультета Московского университета.

С первых лет своего существования больница являлась учреждением, где зарождались основы отечественной клинической медицины, отечественной медицинской науки. Принципы гуманизма, милосердия, высокого профессионализма, подвижного труда всегда были ведущими в деятельности медиков. Именно здесь главный врач больницы Федор Петрович (Friedrich-Joseph Haas) Гааз выдвинул всемирно признанный гуманистический тезис «Спешите делать добро!».

В 1923 г. больница получает институтский статус в связи с преобразованием в МКИ – Московский клинический институт повышения квалификации врачей. В 1930 г., после образования Московской области, получает название МОКИ – Московский областной клинический институт. В 1943 г. устанавливается окончательный статус учреждения – Московский областной научно-исследовательский клинический институт (МОНИКИ). В 1951 г. институту присвоено имя врача и государственного деятеля Михаила Федоровича Владимирского.

В 1931 г. был организован МОКИ-Медвуз, который в 1940 г. был преобразован в 3-й Московский государственный медицинский институт, с 1943 г. – Медицинский институт Минздрава РСФСР. В 1949 г. последний был переведен в г. Рязань. Таким образом, МОНИКИ явился родоначальником Рязанского государственного медицинского университета. В период Великой Отечественной



*Арам Яковлевич Абрамян – руководитель урологической клиники МОНИКИ (1951–1975)*

войны все сотрудники перешли на работу во фронтовые и тыловые госпитали. В годы Великой Отечественной войны на базе института был развернут эвакогоспиталь № 5020.

В родильном отделении МОКИ (ныне корпус № 6) «по указу от 1938-го..., угол Третьей Мещанской в конце...» родился Владимир Семенович Высоцкий, выдающийся бард, актер, поэт.

В стенах института в разные годы работали видные российские врачи и ученые (Ф.П. Гааз, Д.Д. Плетнев, Е.М. Тареев, П.А. Герцен, В.Н. Розанов, А.В. Вишневский, Г.Н. Габричевский, Б.Э. Линберг, А.И. Абрикосов, И.В. Давыдовский, Э.И. Гимпельсон, Н.Н. Блохин, Н.Н. Трапезников и другие), благодаря трудам которых были заложены основы современной отечественной медицины.

## Начало урологии

В марте 1931 г. в МОКИ-Медвузе было открыто урологическое отделение на 25 коек. Заведовать отделением был приглашен доцент

Яков Григорьевич Готлиб. Активное участие в организации работы отделения принял врач Арам Яковлевич Абрамян. К концу 1931 г. на базе урологического отделения была организована урологическая клиника Центрального института усовершенствования врачей.

Традиции и дальнейшее развитие урологии в институте были predeterminedены научными исследованиями, выполняемыми крупными учеными, работавшими ранее в стенах Старо-Екатерининской больницы. Так, еще в 1909 г. П.А. Герценом была завершена докторская диссертация «Экспериментальное исследование о действии на почки веществ, возникающих в крови при иммунизации животных почечной тканью или при повреждении почечной ножки», посвященная проблеме хирургических заболеваний почек, изучению их функционального состояния. Его же перу принадлежат и работы о гипертрофии предстательной железы, о гидронефрозе, о функциональной диагностике почек.

Крупный хирург В.И. Розанов, будучи ординатором Старо-

Екатерининской больницы, опубликовал ряд работ по проблеме опухолей почек, заболеваний почек у детей (1908–1910) и др. Наконец, хорошо известен огромный вклад, сделанный в отечественную урологию С.П. Федоровым, который также работал в этом учреждении.

В 1935 г. по окончании строительства хирургического корпуса урологическая клиника была расширена до 40 коек. Располагая достаточным штатом опытных научных сотрудников, урологическая клиника развила весьма интенсивную научную, педагогическую и лечебную работу. Особое внимание было уделено организации урологической помощи в Московской области. В то время в состав Московской области входили также Калининская, Рязанская, Калужская и Тульская области. В этих районах, а также в городах Орехово-Зуево, Серпухове, Коломне, Подольске были организованы выездные курсы по урологии. За этот период времени в урологической клинике МОНИКИ на рабочих местах стали получать подготовку врачи из Московской области.



*Нижний ряд (слева направо): С.Т. Захарьян, Я.Г. Готлиб, Н.В. Дунашев. Верхний ряд (слева направо): А.Я. Абрамян, Я.В. Гудынский, Э.И. Гимпельсон*



Коллектив урологической клиники МОНИКИ, 1956 г. (нижний ряд, в центре – А.Я. Абрамян; верхний ряд, вторая слева – М.Ф. Трапезникова)

### Развитие урогинекологии

Видный отечественный клиницист Д.Н. Атабеков разработал способы лечения пузырно-влагалищных свищей, применив якорь- и крестообразные разрезы, предложил операцию для восстановления функции мочевого пузыря – транспозицию дна с одновременным укреплением сфинктера. Он разработал комплекс гимнастических упражнений для лечения функционального недержания мочи. В 1924 г. Д. Н. Атабеков организовал в бывшей Старо-Екатерининской больнице (ныне Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского) специализированную клинику и руководил ею несколько десятилетий. Среди многих его опубликованных работ наибольшего внимания заслуживает монография «Очерки по урогинекологии» (1949), выдержавшая 3 издания. В ней изложена дифференциальная диагностика повреждений мочевой системы у женщин и заболеваний смежных органов, широко освещены вопросы оперативного лечения мочеполовых свищей. За этот труд автор был удостоен Государственной премии СССР.

Видное место среди основателей урогинекологии занимает А. М. Мажбиц, который усовершенствовал ряд урогинекологических операций, выполняя их преимущественно влагалищным доступом, с помощью которого можно не только ушивать мочеполовые свищи, но и делать такие операции, как уретероцистоанастомоз и пересадку мочеточников в кишку. Им опубликовано большое количество научных работ по урогинекологии и созданы фундаментальные руководства: «Акушерско-гинекологическая урология с атласом» (1936) и «Оперативная урогинекология» (1964).

1 сентября 1945 г. на базе клиники была организована кафедра урологии медицинского института Министерства здравоохранения РСФСР.

В 1951 г. клинику возглавил профессор А.Я. Абрамян, блестящий клиницист, хирург, ученый, педагог,

заслуженный деятель науки, Герой Социалистического Труда, создатель уникальной школы отечественной урологии.

С 1975 по 2013 г. руководителем урологической клиники МОНИКИ являлась академик РАМН, заслуженный деятель науки Российской Федерации, д.м.н., профессор М.Ф. Трапезникова.

### Современные направления деятельности

С 2014 г. клинику возглавляет д.м.н., профессор В.В. Базаев. В настоящее время в клинике работают главный научный сотрудник д.м.н., профессор В.В. Дутов; ведущие научные сотрудники д.м.н. С.Б. Уренков и к.м.н. А.Б. Соболевский; старшие научные сотрудники к.м.н. Д.В. Романов и Н.В. Бычкова; научный сотрудник к.м.н. Л.М. Колобова; младший научный сотрудник Ю.В. Павлова; к.м.н., доцент К.В. Поздняков; 6 врачей-ординаторов (д.м.н. А.П. Морозов, к.м.н. Н.С. Абрамян, А.Н. Шибяев, А.Е. Иванов; врачи И.М. Бейзеров, А.А. Морозов). Кроме того, в клинической ординатуре и аспирантуре ежегодно обучаются от 12 до 16 клинических ординаторов и аспирантов, в том числе из ближнего и дальнего зарубежья.

Основные научные направления клиники последних десятилетий – мочекаменная болезнь, онкоурология, аденома предстательной железы, стриктуры и облитерации мочеиспускательного канала у мужчин, врожденные аномалии развития мочеполовой системы у детей и взрослых, малоинвазивные методы диагностики и лечения урологических осложнений у пациентов после пересадки почки, новые технологии в лечении урологических заболеваний.

Проблема мочекаменной болезни с момента зарождения клиники является одним из приоритетных направлений ее научных исследований, которые позволили составить карту эндемических очагов мочекаменной болезни в Московской области, а также разработка, клиническое испытание и внедрение в отечественную и зарубежную урологическую практику

высокотехнологичных и эффективных методов контактной литотрипсии. Отечественные комплексы «Урат» и «Урат-М» для цистолитотрипсии, а также «Байкал» для лечения больных с камнями терминального отдела мочеточника, не имея аналогов в мире, оказались конкурентоспособными и поставлялись в различные страны (Грецию, Перу, Японию). Данные разработки стали предтечей современных малоинвазивных методов лечения уrolитиаза, послужив технологической основой для разработки литотрипторов первого поколения.

1980-е гг. охарактеризовались грандиозным прорывом в лечении мочекаменной болезни. Разработка и внедрение в клиническую практику принципиально новых конструктив-

разработан и прошел испытания новый отечественный литотриптор «Компакт-01-У-ЛГК» с ультразвуковой системой наведения на камень. За разработку и освоение серийного производства многофункционального дистанционного литотриптора «Компакт-01-У-ЛГК», внедрение новых медицинских технологий авторский коллектив в 2005 г. был удостоен премии Правительства РФ и губернатора Московской области «За достижения в области науки». В настоящий момент аппарат производится серийно и установлен в 10 районных больницах Московской области.

Под руководством клиники впервые в Московской области в г. Жуковском в 1991 г. был установлен и успешно используется до настоящего времени отечественный аппа-



Москва. Кремль. 1979 г. Вручение А.Я. Абрамян ордена Октябрьской Революции

ных решений кардинальным образом изменили возможности диагностики и лечения больных мочекаменной болезнью. Урологическая клиника МОНИКИ одной из первых в стране стала применять современные технологии лечения уrolитиаза. В 1990 г. в МОНИКИ была создана лаборатория контактной и дистанционной литотрипсии, структурно входящая в состав урологического отделения. Накопленный опыт (более 16 тыс. пролеченных больных) позволил сформулировать технологические принципы нового отечественного литотриптора, создать его экспериментальный образец и провести экспериментальные и клинические исследования, показавшие высокую эффективность аппарата при относительно невысокой его себестоимости.

Накопленный опыт позволил сформулировать технологические принципы нового отечественного литотриптора, создать его экспериментальный образец и провести экспериментальные и клинические исследования, показавшие высокую эффективность аппарата при относительно невысокой его себестоимости. В урологическом отделении МОНИКИ совместно с фирмой «ЛГК» (г. Лыткарино, Московская обл.) был

рат «Урат-П», на котором проведено лечение более чем 3,5 тыс. пациентов с различными клиническими формами мочекаменной болезни.

Применение малоинвазивных технологий с использованием эндоскопической техники является одним из основных приоритетов клиники. С 1976 г. в клинике функционирует эндоскопический кабинет, оснащенный набором современного эндоскопического инструментария, что позволило ее сотрудникам одним из первых применить и широко внедрить такие методы, как трансуретральная резекция при заболеваниях предстательной железы, мочевого пузыря, врожденных клапанах мочеиспускательного канала. Среди различных эндоскопических операций, применяемых в клинике, следует отметить малоинвазивные методы лечения урологических осложнений у больных с пересаженной почкой. Результатом многолетней работы по лечению пациентов с пересаженной почкой стала изданная совместно с НИИ урологии МЗ РФ монография «Урологические осложнения при трансплантации почки».

С 2007 г. все эндоскопические операции выполняются на базе рентгенооперационной, оснащенной совре-



А.Я. Абрамян среди награжденных в Кремле (1979)

менным эндоскопической аппаратурой и урологическим рабочим местом фирмы Dornier (Германия). В настоящее время у 95% всех пациентов с различными клиническими формами мочекаменной болезни применяются высокотехнологичные малоинвазивные технологии лечения.

С 2007 г. в клинике применяется лечение пациентов с некоторыми формами рака предстательной железы при помощи высокоинтенсивного сфокусированного ультразвукового излучения (HIFU-терапия) на аппарате Ablatherm (EDAP-Technomed, Франция).

Урологическая клиника МОНИКИ одна из первых в СССР внедрила и с успехом начала применять с 1978 г. эндоскопические методы лечения стриктур уретры – внутреннюю оптическую уретротомию и трансуретральную резекцию рубцов (ТУР). В 1996 г. в клинике была впервые разработана и внедрена методика лечения облитераций задней уретры и шейки мочевого пузыря у мужчин.

В 2004 г. в урологической клинике МОНИКИ впервые в России был внедрен метод заместительной пластики стриктур передней уретры у мужчин при помощи свободного трансплантата буккальной слизистой. Новая методика с авторскими изменениями в технике, с высокой эффективностью позволила замещать в один этап дефекты уретры протяженностью до 16 см.

С 2008 г. клиника занимает приоритетные позиции в разработке методов заместительной пластики протяженных стриктур мочеточника при помощи трансплантата буккальной слизистой.

Урологическая клиника на протяжении всего периода ее существования направляла свои усилия на разработку различных аспектов онкоурологии. Монографии А.И. Маянца «Опухоли почек» (1948), М.Ф. Трапезниковой «Опухоли яичка» (1962), «Опухоли почек» (1972, 1978), Е.М. Устименко «Опухоли полового члена» (1956), докторские диссертации Я.Г. Готлиба «Рентгенодиагностика хирургических

заболеваний опухолей почек» (1935) и А.И. Маянца «Новообразования почек и верхних дыхательных путей» (1940), кандидатские диссертации Г.Ф. Дроздовского «Длительная внутриартериальная химиотерапия злокачественных опухолей мочевого пузыря» (1967) и Ю.Б. Аваша «Клиника и современные подходы диагностики эпителиальных опухолей мочевого пузыря» (1975) по проблеме опухолей мочевого пузыря свидетельствуют о глубоких исследованиях, касающихся различных аспектов этой проблемы. После разработки и внедрения академиком



Академик РАМН М.Ф. Трапезникова, руководитель урологической клиники МОНИКИ с 1975 по 2013 г.

Н.А. Лопаткиным сосудистых методов в российской урологии в клинике также широко проводились ангиографические исследования, как с диагностической, так и лечебной (эмболизация почечных артерий) целью. Изучение иммунологического мониторинга у больных опухолями почек способствовали ранней диагностике первичных опухолей почек, а также выработке эффективных прогностических критериев. Подробно изучены вопросы канцерогенеза у пациентов с раком почки и

предстательной железы. Издана монография «Рак предстательной железы» (2002). Интенсивные научные исследования по проблеме онкоурологии всегда шли рядом с совершенствованием хирургических методов лечения.

В клинике широко применяются различные хирургические доступы – лапаротомический, торакофренолюмболапаротомический и др., позволяющие выполнять радикальные операции при распространенных, в том числе двусторонних,

нам. Ее зарождение и оформление в самостоятельное направление урологии относится к концу 50-х гг. XX в. В урологической клинике МОНИКИ эта дисциплина получила развитие с середины 70-х гг. У ее истоков стояли А.Я. Абрамян, М.Ф. Трапезникова, И.А. Королькова, В.П. Алпатов.

Урологическая клиника МОНИКИ одна из первых в стране внедрила и с 1978 г. с успехом применяет эндоскопические методы лечения стриктур уретры – внутреннюю опти-



Демонстрация М.Ф. Трапезниковой отечественного аппарата «Урат-1». Греция (1970)

злокачественных опухолей почек. В клинике внедрены и успешно применяются такие виды оперативных вмешательств, как радикальная простатэктомия и цистэктомия с

ческую уретротомию и ТУР. Методика лечения протяженных облитераций задней уретры и шейки мочевого пузыря у мужчин была представлена клиникой на X съезде Российского общества урологов (октябрь 2002 г., Москва) и на конгрессе Международного общества урологов (сентябрь 2002 г., Стокгольм), а также на международных форумах в Эдинбурге, Будапеште и Монреале в 1997 г., в Нью-Йорке в 1998 г., в Стокгольме и Копенгагене в 1999 г. За последние годы эндоскопические операции составили 98,2% всех оперативных вмешательств при стриктурах и облитерациях уретры. Открытым пластическим операциям подверглись лишь 1,8% больных.

#### Итоги 2006–2016 гг.

По результатам научных исследований, проведенных за последние 10 лет, опубликовано свыше 1 тыс. научных работ, в том числе восемь монографий, шесть глав в учебниках и руководствах по урологии, защищено свыше 40 кандидатских и докторских диссертаций. Получено 12 патентов на изобретения по различным актуальным вопросам урологии. Сотрудники клиники активно участвуют в работе международных конгрессов и конференций, некоторые сотрудники являются членами Международной и Европейской ассоциации урологов. Активная работа сотрудниками клиники проводится также в рамках научного общества уро-



Профессор В.В. Базаев, руководитель урологической клиники МОНИКИ с 2014 г.

формированием ортотопического и гетеротопического искусственного мочевого пузыря.

Детская урология относится к достаточно молодым дисципли-



Профессор В.В. Дутов, заведующий кафедрой урологии

В 1990 г. в МОНИКИ был создан факультет усовершенствования врачей. С 1991 г. на факультете организован курс урологии, который в 2005 г. был преобразован в кафедру урологии. За последние годы обучены и сертифицированы более 250 урологов, которые успешно работают в Московской области, Москве и других областях России. Ученики клиники с честью развивают традиции урологической школы МОНИКИ в регионах России, ближнем (Украина, Молдавия, Грузия, Армения, Азербайджан) и дальнем зарубежье (Гвинея, Палестина, Сирия, Ливан, Иордания, Египет). С 2014 г. кафедру урологии ФУВ МОНИКИ возглавляет профессор



Академик РАМН М.Ф. Трапезникова и сотрудники клиники с губернатором Московской области Б.В. Громовым, народными артистами России Л.В. Лещенко и В.Н. Винокуром во время их посещения клиники

логов России, Москвы и Московской области. Важное значение для подготовки урологических кадров имеет Московское областное общество урологов, регулярно проводящее конференции по различным аспектам современной урологии в содружестве с ведущими отечественными специалистами РОУ, АСПЕКТ и др.

По итогам научных исследований в 1996 г. клинике присужден грант Президента Российской Федерации «В поддержку ведущих научных школ», а с 2001 г. клинике присужден еще один грант Российского фонда фундаментальных исследований.



Внешний вид корпуса № 15, где располагается урологическая клиника МОНИКИ

В.В. Дутов. Обновлена программа подготовки в клинической ординатуре и аспирантуре, созданы программы новых циклов обучения, включая дистанционные формы подготовки специалистов. В планах работы кафедры – открытие филиалов в Московской области (города Жуковский и Красногорск).

Зрелость, опыт и традиции – с этим багажом вступила урологическая клиника МОНИКИ в наступившее третье тысячелетие. Она вошла как крупный центр, коллектив которого по своему интеллектуальному, научному и лечебному потенциалу готов решать большинство вопросов современной медицинской науки и практики.

# iCONGRESS

11<sup>й</sup> Конгресс Профессиональной Ассоциации Андрологов России

25-28 МАЯ 2016, ДАГОМЫС

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ КОНГРЕССА

- Генитальная хирургия
- Фармакотерапия и профилактика в урологии
- Комплексная и комбинированная терапия в урологии
- Нанотехнологии в андрологии
- Робот-ассистированные операции в уро-андрологии
- Нейроандрология
- Онкоурология
- Детская урология
- Лучевые методы диагностики и интервенционные методы лечения в уроандрологии
- Репродуктивная медицина Роль государства и СМИ в профилактике мужских заболеваний
- «Вклад андрологии в развитие российской урологии»
- «Андрологическая урология как важная составляющая общей урологии»
- «Особенности российской андрологии и самобытность ее развития»

WWW.ICONGRESS-PAAR.RU

# iCONGRESS

16) Реклама

XXIII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»

11-14 апреля 2016

УЧАСТИЕ В РАБОТЕ XXIII РОССИЙСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО КОНГРЕССА «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»

11-14 АПРЕЛЯ 2016 ГОДА  
В ЦЕНТРЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ ТОРГОВЛИ МОСКВЫ,  
КРАСНОПРЕСНЕНСКАЯ НАБЕРЕЖНАЯ, Д. 12

◆ **Новое направление Конгресса** – создание научной площадки для института главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Российской Федерации. Участники Конгресса получают возможность ознакомиться с основными достижениями, приоритетными направлениями и перспективами развития различных областей здравоохранения, главные внештатные специалисты – представить свои научные школы и новейшие клинические рекомендации вверенных им отраслей медицинской науки.

Регистрация и заявки участников на сайте [www.chelovekilekarstvo.ru](http://www.chelovekilekarstvo.ru).

Предварительная регистрация на сайте <http://www.chelovekilekarstvo.ru>  
Регистрация во время проведения Конгресса – в холле первого этажа Конгресс-центра.  
Регистрация для лиц без оплаты организатора обязательна.  
Полная информация по Конгрессу размещена на сайте <http://www.chelovekilekarstvo.ru>

ШКОЛЫ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

◆ Внутренние болезни	◆ Педиатрия (гастроэнтерология раннего возраста)
◆ Гастроэнтерология	◆ Педиатрия (догопитальная помощь)
◆ Гинекология	◆ Педиатрия (кардиология)
◆ Кардиология	◆ Педиатрия (скорая и неотложная помощь)
◆ Клиническая фармакология	◆ Клиническая иммунология и аллергология
◆ Педиатрия (антибактериальная терапия)	

Курс обучения 16 академических часов. Запись слушателей предварительная, не позднее первого дня работы Школы. По окончании Школы выдается Сертификат с лицензией образовательного учреждения. Слушатели, обучающиеся по направлению Организации, получают Свидетельство на 4-16 кредитов.

ТЕЗИСЫ:

- ◆ Тезисы для публикации в Сборнике принимаются до 15 января 2016 г.
- ◆ Стоимость публикации одной работы составляет 500 рублей с учетом НДС.

КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ:

<p style="margin: 0; font-weight: bold; color: #0056b3;">КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Внутренние болезни</li> <li>◆ Гастроэнтерология</li> <li>◆ Кардиология</li> <li>◆ Клиническая фармакология</li> <li>◆ Провизор</li> <li>◆ Стоматология</li> </ul>	<p style="margin: 0; font-weight: bold; color: #0056b3;">КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ «Новое в фармакотерапии основных заболеваний человека»</li> </ul>
--	--

В Конкурсе научных работ молодых ученых могут участвовать лица в возрасте до 35 лет без ученой степени

В Конкурсе студенческих научных работ могут участвовать студенты 4-6 курсов медицинских и фармацевтических вузов

В студенческих работах допускается один соавтор-студент

МОСКВА

<http://www.chelovekilekarstvo.ru>

КОНТАКТЫ:  
Общие вопросы: [info@chelovekilekarstvo.ru](mailto:info@chelovekilekarstvo.ru)  
Тезисы: [tesis@chelovekilekarstvo.ru](mailto:tesis@chelovekilekarstvo.ru)  
Научная программа, школы, конкурсы, договоры: [trud@chelovekilekarstvo.ru](mailto:trud@chelovekilekarstvo.ru)  
Выставка: [stend@chelovekilekarstvo.ru](mailto:stend@chelovekilekarstvo.ru)  
109029, г. Москва, ул. Нижегородская, 32, стр. 5, оф. 210, Тел./факс: +7 (499) 584 4516

# ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕНИИ VIII ВСЕРОССИЙСКОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ВИДЕОКОНФЕРЕНЦИИ «ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ» 28–29 ЯНВАРЯ, 2016 Г. МОСКВА

Российское общество урологов, кафедра урологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ 28–29 января 2016 г. провели VIII Всероссийскую урологическую видеоконференцию (г. Москва, Ленинский проспект, д. 158, гостиница «Салют») «Оперативное лечение заболеваний органов мочеполовой системы»

Председатели конференции:

Аляев Ю.Г. – председатель Российского общества урологов, руководитель клиники и кафедры урологии Первого МГМУ, заместитель директора Научно-исследовательского института уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор;



Подпись

деятель Республики Казахстан, д.м.н., профессор;

Даренков С.П. – заведующий кафедрой урологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ, главный уролог ГМУ УДП РФ, д.м.н., профессор.

Конференция включала следующие пленарные заседания: «Онкоурология», «Лапароскопическая урология», «Эндоурология», «Реконструктивная урология». Формат для проведения мероприятия был выбран как конференция с использованием видеоматериалов. Фильмы-доклады, сопровождаемые комментариями лектора, позволяли слушателям проследить ход операции (фрагмента операции), обратить внимание на детали и последовательность действий хирурга, а также задать вопрос и участвовать в дискуссии. В 2008 г. на первую видеоконференцию поступило 19 фильмов, для участия в конференции 2016 г. поступило 124.

Модераторами и докладчиками на конференции выступили ведущие профессора, эксперты в области оперативной урологии: Алферов С.М., Биктимиров Р.Г., Галлямов Э.А., Григорьев Н.А., Живов А.В., Коган М.И., Манагадзе Л.Г., Медведев В.Л., Перлин Д.В., Попов С.В., Шалекенов Б.У., Чернышов И.В.

Во время работы конференции были награждены дипломами лауреатов «За лучшую оперативную технику»:

Галлямов Э.А. (Москва)  
Шпоть Е.В. (Москва)

самые животрепещущие вопросы: проходили дебаты о целесообразности резекции почки без ишемии; впервые широко представлена серия докладов на тему «Лапароскопическая цистэктомия с деривацией мочи; в разделе «Эндоурология» прошла серия фильмов-докладов о применении комбинированного доступа для удаления конкрементов.

Особый интерес вызвали видеofilмы о применении лазера в лечении ДГПЖ. Следует отметить оригинальную методику профессора Шалекенова Б.У. – «Лазерная вапоризация с последующей TUR».

Неоднократно обсуждался вопрос о хирургии быстрого восстановления (fast track surgery).

Материалы конференции опубликованы на DVD-дисках.



Подпись

Есин Е.В. – ректор ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ д.м.н., профессор;

Лоран О.Б. – заслуженный деятель науки РФ, чл.-корр. РАН, заведующий кафедрой урологии и хирургической андрологии РМАПО, д.м.н., профессор;

Манагадзе Л.Г. – директор Национального центра урологии Грузии, д.м.н., профессор;

Коган М.И. – главный уролог Ростовского городского управления здравоохранения, президент Ассоциации урологов Дона, заведующий кафедрой урологии РГМУ, д.м.н., профессор;

Шалекенов Б.У. – чл.-корр. КАМН, главный уролог г. Алматы, заслуженный



Подпись

Носов А.К. (Санкт-Петербург)  
Котов С.В. (Москва)  
Григорьев Н.А. (Москва)  
Биктимиров Р.Г. (Москва)  
Каганцев И.М. (Сыктывкар)  
Жумагалиев А.А. (Казахстан)  
Усупбаев А.Ч. (Кыргызская Республика)

Нельзя не отметить прекрасную серию докладов Кочкина А.Д. как великолепное обучающее пособие.

Неформальным девизом конференции стало меткое выражение одного из докладчиков: «Технические тонкости операции проще продемонстрировать, чем объяснить...»

В ходе конференции возникали чрезвычайно интересные дискуссии на

В конференции приняли участие более 300 урологов из Москвы, Московской области, Ростова-на-Дону, Краснодар, Санкт-Петербурга, Екатеринбурга, Тюмени, Челябинска и других городов России, а также из Белоруссии, Грузии, Казахстана, Кыргызской Республики.

По итогам конференции обращает на себя внимание не только растущий профессионализм молодых врачей-урологов, но и горячее желание совершенствоваться и оттачивать свою оперативную технику.

**Председатель конференции зав. кафедрой урологии ЦГМА УДП РФ, профессор Даренков С.П.**

# ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ: ОБНОВЛЕНЫ И ДОПОЛНЕНЫ

11–12 февраля в Москве прошла юбилейная X Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2016». В работе конференции участвовали свыше 600 специалистов из разных городов России, стран СНГ, Германии и Италии, были обсуждены и многие другие аспекты современного лекарственного лечения уроandroлогических заболеваний, еще 726 специалистов смотрели онлайн-трансляцию мероприятия на Uro.TV. Важнейшим событием этого мероприятия стала презентация новых Федеральных клинических рекомендаций «Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов» 2015 г. (ФКР-2015).

Организаторами конференции выступили Министерство здравоохранения России, НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России (далее НИИ урологии), Российское общество урологов (РОУ). Участников конференции приветствовали чл.-корр. РАН, председатель РОУ, заведующий кафедрой урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова профессор Ю.Г. Аляев; директор НИИ урологии профессор О.И. Аполихин и заведующая отделом инфекционно-воспалительных заболеваний и клинической фармакологии НИИ урологии, председатель Межрегиональной общественной организации содействия эффективному использованию лекарственных средств в урологии «Рациональная фармакотерапия в урологии» (далее МОУ РФУ) профессор Т.С. Перепанова.

## Федеральные клинические рекомендации

Как сообщила профессор Тамара Сергеевна Перепанова, в 2012–2014 гг. было опубликовано 4 издания Российских национальных рекомендаций «Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов». В новую редакцию ФКР-2015 были внесены существенные изменения по содержанию, в соответствии с последними изменениями в рекомендациях EAU-2015. Над их усовершенствованием работали специалисты РОУ, Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ), а также МОУ РФУ. Изменился статус – отныне рекомендации считаются федеральным документом. Далее профессор Т.С. Перепанова перечислила важнейшие изменения по сравнению с документами 2012–2014 гг. в шести главах ФКР-2015.

В первую главу, содержащую последнюю классификацию инфекций мочевых путей (ИМП), были внесены изменения в соответствии с обнов-

ленной европейской классификацией ИМП. Таким образом, разновидности ИМП теперь включают: неосложненную инфекцию нижних мочевых путей; неосложненную инфекцию верхних мочевых путей; осложненную ИМП с пиелонефритом и без него, уросепсис, уретрит, инфекции мужских половых органов.

Вторая глава посвящена уросепсису, его диагностике, факторам риска, стратегиям интенсивной терапии. В этот раздел были добавлены конкретные препараты – пентаглобин и перфузионные растворы. Эти лекарства относятся к иммуноглобулинам группы В\В и применяются для адьювантной терапии

лей, как при внебольничной, так и при внутрибольничной ИМП.

В пятой главе, где речь идет об антимикробной терапии отдельных форм урогенитальной инфекции, появились новые рекомендации по фармакотерапии катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей, острых ИМП, бактериофаготерапии ИМП. Основные принципы бактериофаготерапии включают: определение чувствительности возбудителей к бактериофагам, адаптацию коммерческих препаратов бактериофагов к возбудителям конкретного стационара, в чем заключается значительное преимущество бактериофаготерапии

ТУР простаты, уретроскопии, перкутанной нефролитотрипсии, при открытых или лапароскопических операциях.

## Грозная тенденция

Флориан Вагенленер, профессор урологического отделения клиники Университета Юстуса-Либига г. Гиссен (Германия), выступил с докладом «Резистентность при тяжелых урологических инфекциях: варианты лечения и профилактики». Данные о резистентности возбудителей, представленные докладчиком, были получены в проводимом уже в течение 11 лет непрерывном глобальном исследовании распространенности внутрибольничной инфекции в урологии GPIU-study. В разные годы в исследовании участвовали более 20 стран Европы, исключая республики бывшего СССР и Югославию. Всего или за эти годы были обследованы свыше 27 тыс. пациентов среднего возраста 60 лет, причем у 10% из них инфекция была микробиологически подтверждена. Среди клинических проявлений тех ИМП, которые анализируются в исследовании, лидируют простатит, уретрит, цистит, пиелонефрит, уросепсис. В спектре патогенов преобладают *E. coli*, *Klebsiella*, *Enterococcus*, *Pseudomonias*, *Enterobacter*. Во всех странах – участницах исследования в наибольшей степени по сравнению с другими микроорганизмами возростала антибиотикорезистентность основного возбудителя ИМП – уропатогенной *E. coli*.

Как чрезвычайно тревожный результат GPIU-study Флориан Вагенленер оценил то, что практически у всех изученных уропатогенов сейчас снижается чувствительность сразу ко всем применяемым антибиотикам, правда, в различной степени.

– Еще одной грозной тенденцией, – сказал Флориан Вагенленер, – выявленной в исследовании и являющейся прямым следствием снижающейся чувствительности патогенных штаммов к антибиотикам, я считаю то, что среди клинических проявлений ИМП и их осложнений становится все больше



**В новую редакцию ФКР-2015 были внесены существенные изменения по содержанию, в соответствии с последними изменениями в рекомендациях EAU-2015.**

пациентов с тяжелым сепсисом и септическим шоком. Наибольшая эффективность пентаглобина была показана у больных с токсическим септическим шоком и положительным люмолюстестом на наличие эндотоксина в крови.

Рассказывая о содержании третьей главы (ее автор профессор Р.С. Козлов), в которой описывается микробиологическая структура ИМП и нозокомиальных инфекционных осложнений, профессор Т.С. Перепанова с сожалением заметила, что правок здесь сделать пока нельзя, поскольку после исследования «ДАРМИС-2011» в нашей стране новых изысканий в этом направлении не проводилось.

В четвертую главу «Принципы антибактериальной терапии при урогенитальной инфекции» добавлены новые положения о стратификации риска полирезистентных возбудите-

по сравнению с традиционной антибактериальной терапией (АБТ): применение данного лечения в качестве монотерапии и в комбинации с АБТ.

– Полностью обновлена, – сообщила профессор Т.С. Перепанова, – последняя шестая глава ФКР-2015. Она теперь называется «Профилактика инфекционных осложнений урологических вмешательств и операций». Подобной профилактикой считается периоперационное применение системных антибиотиков для уменьшения риска послеоперационной или послепроцедурной инфекции. В обновленной главе появились: подробный алгоритм выбора препарата для антимикробной профилактики, правила установления времени ее начала и продолжительности, описание особенностей проведения профилактики при конкретных процедурах, в частности

жизнеугрожающих форм. Если в 2005 г. «удельный вес» уросепсиса среди других ИМП в Европе составлял 9%, то в 2014 г. – 25%. Причем, если в прошлом десятилетии мы обычно встречались с простым уросепсисом, а тяжелый уросепсис, или септический шок, был весьма редким явлением, то в 2014 г. их соотношение уже составило 76 и 24%.

Основной группой антибиотиков, применяемых в Европе для борьбы с тяжелыми ИМП (сегодня это прежде всего уросепсис), в 2014 г. стали фтор-

«соединений против новых целей», иначе говоря, инновационных препаратов, которые еще готовятся к внедрению в клиническую практику. Успеем рассказать только о приближающемся сегодня к фазе клинических испытаний first in man пептидомиметике дефенсине, природном стимуляторе белков иммунной защиты. Эти молекулы уже обнаружены в плазме человеческой крови (альфа- и бета-дефенсины, а также кателицидин LL-37). Но впервые дефенсины

очередь, такое воспаление приводит либо к лейкоспермии, либо к субокулярной дистальной или проксимальной части уrogenитального тракта. В результате лейкоспермии или указанной субокулярной в семенной жидкости происходят нарушения, которые и приводят к бесплодию. Цилла Г. Крауз обсудила механизмы формирования этих патологических изменений, а именно снижения объема спермы, увеличения ее pH, агглютинации сперматозоидов; уменьшения их подвижности и общего количества, увеличения числа патологических форм таких клеток. На сегодня самым надежным и прогностическим маркером именно той категории ИМП, которые приводят к фертильности, считается интерлейкин IL-8.

Затем Цилла Крауз рассказала об алгоритмах диагностики и лечения орхитов и других андрологических заболеваний, приводящих к бесплодию, подчеркнув, что наиболее тяжелые нарушения в спермограмме регистрируются, когда лейкоспермия развивается на фоне субокулярной в разных отделах уrogenитального тракта. Поскольку определение в плазме крови интерлейкина IL-8 является относительно сложным лабораторным тестом, в Европе сейчас ведется – и Цилла Крауз участвует в этой работе – многоцентровое исследование. Оно нацелено на изучение УЗ-параметров мужского уrogenитального тракта с целью разработки диагностических маркеров (разные модификации трансректального и

мошонки УЗИ), которые могли бы стать и скрининговыми тестами.

Всего в рамках конференции состоялось три симпозиума и две школы: по иммунопрофилактике и рациональной фармакотерапии при инфекциях мочевых путей, а также клинической фармакологии. На втором из этих мероприятий обсуждались вопросы оценки эффективности и безопасности лекарств, виды клинических исследований, фармакоэкономическая оценка лекарственных препаратов, коррекции их доз при нарушении функции органов выделения. Если первый день работы мероприятия был посвящен целиком лекарственному лечению уrogenитальной инфекции, то во второй день обсуждались разные вопросы, относящиеся к андрологическим и онкоурологическим заболеваниям, консервативному лечению мочекаменной болезни и др.

Юбилейную конференцию «Рациональная фармакотерапия в урологии – 2016» отличал высокий уровень представления материалов, широкий охват самых разных направлений лекарственного лечения уроандрологических заболеваний. Докладчики опирались не только на литературные источники, но, главным образом, на собственный опыт, что делает уникальной научную ценность их выступлений. Большинство докладов содержали практические рекомендации, полезные для практикующих урологов в ежедневной работе.

Александр Рылов



## Конференцию отличал высокий уровень представления материалов, широкий охват самых разных направлений лекарственного лечения уроандрологических заболеваний.

хинолоны (27% случаев назначения). За ними следовали цефалоспорины (23%), пенициллины и аминогликозиды (по 14%), карбапенемы (9%) и столь же часто – триметоприм (сульфаметоксазол).

«Принципиально новые антибиотики в лечении мультирезистентной ИМП» – доклад с таким названием сделал Курт Набер, профессор Технического университета г. Мюнхен (Германия).

– Устойчивость уропатогенов к противомикробным препаратам, – сообщил докладчик, – растет во всем мире. Поэтому наиболее эффективная антибактериальная политика сегодня состоит в том, что при ограниченном количестве новых антибиотиков, находящихся в разработке, осмотрительное назначение антибактериальной терапии – это единственный способ задержки развития резистентности. Сейчас все еще действенны «старые» антибиотики, которые пока можно использовать в терапевтических схемах. Однако все шире применяются и относительно новые лекарства – аналоги известных классов антибиотиков. Но главную надежду нам внушают «соединения против новых целей», то есть препараты принципиально новых механизмов действия, проходящие сейчас разные фазы клинических исследований.

Среди названных Куртом Набером относительно новых антибиотиков он обсудил финафлоксацин, делафлоксацин, плазомицин, эрвациклин, омадациклин; BAL30072, новый моноциклический бета-лактамы антибиотик, относящийся к сульбактамам; препарат S-649266 из группы цефемов, цефтолозан, цевтазидим; а также авибактам, ранее известный как NXL104 и являющийся не бета-лактамым ингибитором бета-лактамаз.

Особый интерес участников конференции вызвал представленный профессором Куртом Набером обзор

выделили из крови американских аллигаторов как «молекулы-убийцы» микробов. Дефенсины или же катионные антимикробные пептиды эволюционно сформировались как компоненты врожденной первой линии иммунной обороны, высокоактивные прежде всего против кишечной палочки.

Уже понятен уникальный механизм действия дефенсинов, принципиально отличающийся от всех системных антибиотиков. Эти соединения избирательно воздействуют на клеточную мембрану с помощью биофизического механизма, который непосредственно разрушает оболочку бактерии, обходя собственные механизмы устойчивости микробов. Важнейшие из них – таргетные мутации и эффлюкс, то есть активное выведение антибиотиков из микробной клетки.

### Оксидативный стресс и мужское бесплодие

Последний из трех докладов западноевропейских участников конференции представила д.м.н. Цилла Габриелла Крауз из отдела андрологии Университета Флоренции (Италия). Ее выступление называлось «Уrogenитальная инфекция и оксидативный стресс: последствия для фертильности».

– Считается, что в 15% причиной как врожденного, так и приобретенного мужского бесплодия являются ИМП. А если говорить только о приобретенном бесплодии, то здесь инфекционное начало присутствует в подавляющем большинстве случаев. Однако часть моих коллег полагает, что показатель 15% сильно занижен, поскольку не менее 60% мужчин, обратившихся вместе с их половыми партнерами в клиники вспомогательных репродуктивных технологий, имели ИМП в анамнезе.

Основными причинами мужской инфертильности являются инфекции мужских добавочных желез. В свою

ПОДПИСКА

**ВЕСТНИК  
РОССИЙСКОГО  
ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ**

Бесплатно рассылается всем специалистам и организациям, являющимся членами РОУ

Оформление подписки для не членов РОУ возможно непосредственно в издательстве. Мы гарантируем Вам выгодную стоимость и своевременную доставку газеты.

Стоимость подписки на первое полугодие 2016 г. (2 выпуска) 294 руб. 80 коп.

Оформить подписку Вы можете на сайте [www.bionika-media.ru](http://www.bionika-media.ru) или обратившись по телефону 8(495) 332-02-63 и по e-mail: [subscription@bionika-media.ru](mailto:subscription@bionika-media.ru)

Наши менеджеры помогут Вам выбрать удобную форму доставки издания, а также подготовят необходимые документы.

www.bionika-media.ru

16+ Реклама

**bionika media**

## РЕЗОЛЮЦИЯ ЭКСПЕРТНОГО СОВЕТА

## Экспертный Совет, посвященный актуальным вопросам терапии пациентов с инфекцией нижних мочевых путей

11 февраля 2016 г. в Москве в Доме Ученых – состоялся Экспертный Совет, организованный межрегиональной общественной организацией «Рациональная фармакотерапия в урологии» – ассоциированным членом российского общества урологов («МОО РФВУ») и «Межрегиональной ассоциацией по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии» («МАКМАХ»).

**В совещании приняли участие российские и международные эксперты:**

**Вагенленер Флориан (Wagenlehner Florian, Германия)** – профессор, председатель комиссии по урогенитальной инфекции ICS – международного общества по антимикробной и противоопухолевой химиотерапии, председатель правления ESIU – европейской секции инфекций в урологии европейской урологической ассоциации (EAU);

**Курт Набер (Kurt Naber, Германия)** – профессор, член комиссии по урогенитальной инфекции ICS – международного общества по антимикробной и противоопухолевой химиотерапии, член правления ESIU – европейской секции инфекций в урологии европейской урологической ассоциации (EAU);

**Козлов Роман Сергеевич (Россия)** – д.м.н., профессор, директор НИИ антимикробной химиотерапии, президент межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ);

**Аполихин Олег Иванович (Россия)** – д.м.н., профессор, директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиала ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России;

**Зырянов Сергей Кенсаринович (Россия)** – д.м.н., профессор кафедры клинической фармакологии РГМУ им. Н.И. Пирогова;

**Перепапова Тамара Сергеевна (Россия)** – д.м.н., профессор, зав. отделом инфекционно-воспалительных заболеваний и клинической фармакологии НИИ урологии и интервенционной радиологии им.Н.А.Лопаткина- филиала ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России; председатель московского общества урологов, председатель МОО «Рациональная фармакотерапия в урологии»; член правления ESIU – европейской секции инфекций в урологии европейской урологической ассоциации (EAU);

**Синякова Любовь Александровна (Россия)** – д.м.н., профессор кафедры урологии и оперативной андрологии РМАПО.



Т.С. Перепапова

В ходе заседания обсуждались актуальные вопросы, клинические рекомендации и стандарты по ведению пациентов с инфекцией нижних мочевых путей (ИНМП):

- подходы к терапии инфекций мочевыводящих путей на основе доказательных исследований (обзор российских федеральных клинических рекомендаций 2015 г.; клинических рекомендаций Европейской урологической ассоциации – 2015 г.);

- изменения, внесенные в связи с ростом резистентности уропатогенов, в федеральные клинические рекомендации по антимикробной терапии и профилактике инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов 2015 г.;

- место оригинальных и генерических препаратов в лечении ИНМП.

#### **I. Подходы к терапии инфекций мочевыводящих путей на основе доказательных исследований.**

Инфекционно-воспалительные урологические заболевания и вопросы их лечения представляют собой одну из наиболее актуальных проблем современной медицины. Это связано с их высокой распространенностью, частым рецидивированием, социально-экономической и репродуктивной значимостью, а также с прогрессирующим ростом резистентности микроорганизмов к антимикробным препаратам. Эти факторы определяют, с одной стороны, постоянный поиск новых подходов к лечению урогенитальных инфекций (как антимикробной, так и альтернативной терапии), с другой – необходимость стандартизации схем лечения в широкой клинической практике.

Разработанные РОУ, МОО РФВУ, МАКМАХ федеральные клинические рекомендации по антимикроб-



С.К. Зырянов

ной терапии и профилактике инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов 2015 г., для терапии инфекций нижних мочевых путей (острый бактериальный цистит, рецидивирующий бактериальный цистит) предусматривают назначение антимикробных препаратов в 100% случаев.

В европейских и в российских клинических рекомендациях по терапии данных категорий пациентов рекомендованы следующие группы антимикробных препаратов:

#### **для острого цистита и обостренный рецидивирующий цистита:**

- препараты первого выбора;
- фосфомицина трометамол (оригинальный препарат Монурал);
- нитрофураны;
- альтернативные антимикробные препараты;
- фторхинолоны;
- цефалоспорины (только для острого цистита).

Стандартизация подходов к терапии призвана минимизировать неоправданное назначение антибиотиков широкого спектра действия в лечении цистита (цефалоспоринов III поколения, фторхинолонов), ведущее к формированию защитных ферментов - бета-лактамаз расширенного спектра действия (БЛРС) у ведущих возбудителей цистита – уропатогенной кишечной палочки.

Неоправданное лечение асимптоматической бактериурии почти у всех категорий пациентов (кроме беременных) провоцирует рост резистентности микроорганизмов. Данные постоянного бактериологического мониторинга во всех регионах России, должны в обязательном порядке учитываться при разработке клинических схем лечения.



Р.С. Козлов

#### **II. Изменения в федеральных рекомендациях 2015 г.**

В рекомендациях «Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов» (2015 г.), по сравнению с предшествующими версиями, были внесены изменения, основанные на результатах последнего российского эпидемиологического исследования «Дармис» 2012»:

1) цефалоспорины III поколения удалены из рекомендаций по лечению рецидивирующего цистита;

2) фторхинолоны, к которым был отмечен существенный рост резистентности (19,2%), были перенесены из группы основных препаратов в альтернативные;

3) среди фторхинолонов норфлоксацин удален из рекомендаций 2015 г.

Это связано с тем, что отмечен рост продуцентов бета-лактамаз расширенного спектра действия (БЛРС) среди амбулаторных уропатогенов – 9,5–12%, инактивирующих несколько групп антибиотиков.

Правильный выбор антибиотика и его адекватное назначение при таких массовых инфекциях мочевыводящих путей (неосложненный бактериальный цистит) являются ключевыми моментами ведения данной группы пациентов и во многом определяют, как дальнейшее течение заболевания у конкретного больного, так и глобальные риски развития микробной резистентности в целом.

Одним из антибактериальных препаратов, обозначенных в стандартах и рекомендациях по терапии острого и рецидивирующего цистита является фосфомицина трометамол (оригинальный препарат Монурал). Данный препарат фармакокинетически и фармакодинамически обо-



Ф. Вагенленер



Л.А. Сinyaкова



О.И. Аполихин



К. Набер

снован для лечения ИНМП, т.к. способен эффективно накапливаться в мочевыводящих путях, достигая больших бактерицидных концентраций в моче, обладает длительным периодом полувыведения (что определяет возможность его назначения однократно при остром цистите и бессимптомной бактериурии у беременных и один раз в 10 дней в течение 3-х месяцев при рецидивирующем цистите) и высокоактивен в отношении основного возбудителя неосложненного цистита – *E. coli*, даже в случае наличия БЛРС.

По данным отечественных и европейских исследований к фосфомицину трометамолу (оригинальный препарат Монурал) сохраняются стабильно высокие показатели чувствительности *E. coli* – 98,9% (Палагин И.С., 2012; Garcia Garcia M.I., 2007; Linhares I., 2013). Безусловным достоинством препарата является то, что на протяжении длительного времени (начиная с 1999 г.) резистентность *E. coli* и других возбудителей к фосфомицину трометамолу не нарастает, что подтверждено результатами как Российских, так и международных исследований (ARESC, ДАРМИС).

### III. Генерические препараты в терапии инфекций нижних мочевых путей.

В настоящее время в целях более оптимального расходования финансовых средств, при назначении фармакотерапии, в т. ч., бактериальной инфекции, все чаще рекомендуется использование воспроизведенных лекарственных препаратов – генериков.

На первый взгляд, широкое использование генериков в медицинской практике в нашей стране – это благо, позволяющее при меньших материальных затратах оказать лекарственную помощь большому количеству пациентов, так как воспроизведенные лекарственные препараты всегда дешевле (иногда в десятки раз) по сравнению с оригинальными.

В то же время, по данным исследований ВОЗ, 10–20% генерических лекарственных препаратов, отобранных для проведения иссле-

дований по контролю качества, не смогли пройти такую проверку (World Health Organization, 2010, WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations: thirty-fourth report. WHO Technical Report Series No. 957, Geneva).

В нашей стране, например, один из генериков меропенема отличался недопустимо долгим временем растворения содержимого флакона и содержанием различного количества нерастворимых частиц, что могло неблагоприятно сказаться на эффективности терапии при назначении данного генерика. (Никулин А.А., Цюман Ю.П., Мартинович А.А. и др. Клини. микробиол. антимикроб. химиотерапия. 2010. Т. 10. №1. С. 31–40).



**Из приведенных фактов вытекает очевидный вывод: генерики, которые по терапевтической эффективности уступают оригинальному препарату, теряют свое главное преимущество перед ним – меньшую стоимость, поскольку при использовании такого генерического препарата необходимо назначать его в больших дозах, с другой кратностью введения, что может повлиять на безопасность и эффективность и привести к клиническим неудачам**

Из исследованных азитромицинов только оригинальный азитромицин отвечал всем требованиям по содержанию активного вещества в препарате, при этом содержание азитромицина составило  $100,1 \pm 1,9\%$  от указанного на этикетке, в то время как во флаконе одного из генерических препаратов обнаружено только  $94,3 \pm 2,9\%$  азитромицина. (Мартинович А.А., Эйдельштейн М.В., Цюман Ю.П., Козлов Р.С. Клини. микробиол. антимикроб. химиотер. 2011. Т. 14. №4. С. 252–258).

Из приведенных фактов вытекает очевидный вывод: генерики, которые по терапевтической эффективности уступают оригинальному препарату, теряют свое главное преимущество перед ним – меньшую стоимость, поскольку при использовании такого генерического препарата необходимо назначать его в больших дозах, с другой кратностью введения, что может повлиять на безопасность и эффективность и привести к клиническим неудачам.

#### Заключение

Для достижения клинического эффекта и уменьшения риска рецидивирования процесса для фармакотерапии должны использоваться высококачественные антимикробные препараты с

• Согласно федеральным российским клиническим рекомендациям по антимикробной терапии и профилактике инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов 2015 г. фосфомицина трометамол (оригинальный препарат Монурал) может применяться в качестве препарата первого выбора при:

• остром цистите в дозировке 3 г однократно;

• рецидивирующем цистите 3 г 1 раз в 10 дней. Курс до 3 месяцев;

• бессимптомной бактериурии у беременных 3 г однократно при выявлении возбудителя, чувствительного к указанному препарату.

Оптимальные подходы к ведению пациентов с инфекционно-воспа-

доказанными в ходе рандомизированных клинических исследований свойствами.

Для избежания роста резистентности необходимо учитывать федеральные российские клинические рекомендации при выборе антибактериальной терапии инфекций нижних мочевых путей.

Выбор антибактериального препарата при рецидивирующем цистите должен осуществляться с учетом особенностей эпидемиологии и индивидуальных характеристик пациента.

лительными урологическими заболеваниями требуют дальнейшего изучения, обсуждения и анализа в рамках научно-практических конференций и экспертных советов врачей-урологов с привлечением специалистов смежных областей (дерматовенерологов, клинических микробиологов, терапевтов, клинических фармакологов), а также в ходе регулярных долгосрочных образовательных программ, направленных на обмен опытом и обучение современным подходам к лечению урологических инфекций.

# ТЕРПЕНЫ В ЛЕЧЕНИИ И МЕТАФИЛАКТИКЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ



## Два вида метафилактики мочекаменной болезни

– МКБ является, – начал свой доклад Владимир Степанович, – заболеванием обмена веществ, имеющим выраженную тенденцию к росту в связи с изменениями характера и качества питания, увеличением числа неблагоприятных экологических, социальных и наследственных факторов. Около 3% населения в мире страдают МКБ, и она может развиваться в любой период жизни. Но чаще всего болезнь начинается в наиболее трудоспособном возрасте. МКБ сейчас страдают примерно 0,6% россиян. С 2004 по 2014 г. прирост заболеваемости МКБ в России составил 28%, а абсолютное количество зарегистрированных пациентов с МКБ на 2014 г. – 846 570 больных.

Оперативные методы сейчас являются основными в лечении МКБ, но удаление конкремента или его самостоятельное отхождение не приводит к выздоровлению от МКБ, а лишь создает благоприятные условия для эффективной терапии воспалительного процесса в почке и мочевых путях, коррекции метаболических нарушений и предотвращения рецидивного камнеобразования. А потому всем больным МКБ показана метафилактика, т.е. комплекс консервативных как пред-, так и послеоперационных мероприятий, различных методов оперативного лечения, направленных на купирование воспалительных изменений в почках и мочевых путях, нарушений уро- и гемодинамики, стимуляции отхождения дезинтегрированных фрагментов камня, коррекцию выявленных метаболических нарушений и, как следствие, на предупреждение рецидивирования камнеобразования

В борьбе с мочекаменной болезнью (МКБ) широко применяются комбинированные фитопрепараты, включающие терпены, т.е. углеводороды, содержащиеся в хвойных растениях. О применении наиболее востребованного представителя таких лекарств в лечении и метафилактике МКБ рассказал в своем выступлении на конференции с международным участием «Новые технологии в диагностике и лечении урологических заболеваний», прошедшей в рамках I конгресса урологов ОАО «РЖД», профессор кафедры урологии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» В.С. САЕНКО.

и роста резидуальных фрагментов камня.

– Если пациент относится к группе низкого риска по МКБ, – продолжил профессор В.С. Саенко, – он нуждается в так называемой общей метафилактике. Она включает, в частности, увеличение объема употребляемой жидкости, сбалансированное питание, ликвидацию гиподинамии, устранение стрессовых ситуаций, адекватное лечение сопутствующих заболеваний. О низком риске МКБ мы говорим, если речь идет о первом эпизоде болезни у взрослого пациента, где отсутствует семейный анамнез, нет анатомических аномалий и присутствует одиночный камень при отсутствии возможной связи с образом жизни. При высоком же риске болезни необходима рациональная метафилактика, включающая в том числе исследование состава камня, желательно при каждом эпизоде камнеотхождения, а также медикаментозная коррекция выявленных обменных нарушений.

К пациентам с высоким риском рецидива МКБ относятся лица, у которых заболевание возникло в детском или подростковом возрасте, имеются указания на семейный анамнез, желудочно-кишечные и эндокринологические заболевания, влияющие на обменные процессы в организме. К указанной группе также принадлежат пациенты с часто рецидивирующим характером болезни, после длительной иммобилизации из-за костных повреждений, при наличии воспалительных заболеваний, аномалий почек и мочевых путей, резидуальных камней и их фрагментов, пациенты, страдающие мочекаменной болезнью, фосфатной и инфекционной формой нефролитиаза, при почечно-канальцевом ацидозе, нефрокальцинозе, множественном, двустороннем, крупном и коралловидном нефролитиазе и некоторых других расстройствах.

## Широкий спектр терапевтических эффектов

– Благодаря грамотной и энергичной рациональной метафилактике МКБ, – подчеркнул профессор В.С. Саенко, – частота рецидивов

может быть сокращена до 10–15% против 50–80% при отсутствии метафилактического лечения. В последние десятилетия вновь усилился интерес к применению растительных препаратов в лечении и метафилактике МКБ. Широкий спектр терапевтических эффектов, хорошая переносимость и комплаентность, возможность курсового или постоянного приема, отсутствие токсичности и толерантности, наконец, приемлемая стоимость растительных препаратов – все это характеристики, благодаря которым фитотерапия играет незаменимую роль в метафилактике МКБ.

Сегодня для метафилактики МКБ применяются десятки разных

эти вещества позитивно влияют на ключевые функции почек: микроциркуляцию крови, фильтрацию, диурез, а также активность гладкой мускулатуры лоханок и мочеточников. Активными компонентами Роватинекса® являются шесть терпенов: пинен 31 мг, камфен 15 мг, цинеол 3 мг, фенхон 4 мг, борнеол 10 мг, анетол 4 мг.

– Известен вклад, – уточнил Владимир Степанович, – каждого из них в общий эффект Роватинекса®. Но я расскажу лишь о целостном действии препарата. Он способствует отхождению из мочевыводящих путей камней или фрагментов после их разрушения; оказывает спазмолитическое действие; уменьшает боли при почечных коликах; улучшает уродинамику, диурез и почечный кровоток; повышает содержание защитных коллоидов и глюкуроновой кислоты в моче.



**При высоком же риске болезни необходима рациональная метафилактика, включающая исследование состава камня, а также медикаментозная коррекция выявленных обменных нарушений**

видов лекарственных растений. В настоящее время на их основе созданы многие официальные лекарственные средства. Среди них урологи предпочитают фитопрепараты с многолетним опытом применения, особенно те, чью эффективность и безопасность в борьбе с МКБ подтвердили клинические исследования. Примером таких препаратов является Роватинекс® (производитель «Рова Фармасьютикалз Лимитед», Ирландия). Отличительной особенностью Роватинекса от других фитопрепаратов является то, что он не оказывает влияния на pH мочи и может назначаться пациентам независимо от состава камней.

Как пояснил докладчик, в этом фитопрепарате содержатся терпены, т.е. вещества из группы ненасыщенных углеводородов. Получают их из эфирных масел хвойных растений. Фитотерапия терпенами давно и успешно используется в урологии, в частности в лечении МКБ, так как

тическое действие; уменьшает боли при почечных коликах; улучшает уродинамику, диурез и почечный кровоток; повышает содержание защитных коллоидов и глюкуроновой кислоты в моче.

Подтвержден и широкий противомикробный спектр всех шести терпенов в составе Роватинекса®, их активность в отношении микрофлоры, устойчивой к некоторым антибактериальным препаратам. А при сочетанном применении Роватинекс® усиливает эффективность ряда антибиотиков. Благодаря антибактериальным свойствам Роватинекса® подавляется активность микробной флоры мочи, снижается возможность связанного с ней камнеобразования. Капсулы Роватинекса® надо запивать небольшим количеством воды. На протяжении всего курса лечения препаратом, минимальная продолжительность которого составляет 1 месяц, советуйте вашим больным соблюдать режим повышенного употребления жидкости.

### 60-летний опыт исследований

Исследование Роватинекса® проводилось в девяти странах мира за период свыше 60 лет с участием более 2 тыс. человек. Эффективность препарата оценивалась по степени элиминации мочевыводящих путей от камней после лечения, его спазмолитическим, анальгетическим и антибактериальным свойствам. В 1992 г. Д. Энгельштейн и соавторы провели исследование эффективности препарата Роватинекс® у пациентов с камнями почек и мочевых путей без применения хирургического лечения и у пациентов после ДЛТ. В обоих случаях после приема Роватинекса® по сравнению с группами плацебо отмечался наиболее высокий уровень отхождения камней.

В 2010 г. проведенное в Венгрии исследование (n=222) доказало, что применение Роватинекса® вызывало отхождение фрагментов камней после ДЛТ у достоверно большего числа больных (68%), чем после общепринятой литокинетической терапии (50%).

– Еще более значительное отличие между аналогичными показателями, – заметил выступавший, – т.е. 70 и 40% в подобных же группах больных, было зафиксировано в исследовании, проведенном на кафедре урологии Алтайского государственного медицинского университета.

В 2010–2011 гг. в НИИ урологии МЗ РФ под руководством Н.К. Дзеранова прошло еще одно

исследование, где оценивалось несколько показателей действия Роватинекса®. Полное освобождение от камней после ДЛТ и нескольких видов эндоскопических операций было достигнуто за период наблюдения у 67% больных из группы Роватинекса® против 24% в контрольной группе. Скорость отхождения конкрементов была на 43% выше в основной группе. После лечения этим фитопрепаратом в общем анализе мочи отмечалось достоверное



**Роватинекс® эффективен в комплексном лечении пациентов с МКБ, перенесших оперативные вмешательства по удалению камней почек и мочеточников, его применение показано при микролитах почек и мочеточников, при формировании «каменных дорожек»**

снижение лейкоцитурии и усиление отхождения солей. В течение всего периода приема препарата пациенты отмечали значительное увеличение диуреза.

В 2011–2012 гг. профессор О.В. Теодорович и его коллеги по кафедре эндоскопической урологии РМАПО оценили 56 случаев применения Роватинекса® у пациентов после

эндоскопических операций и ДУВЛ. У 80% таких больных в послеоперационном периоде отмечалось активное отхождение мелких конкрементов.

Авторы исследования пришли к следующим выводам: препарат Роватинекс® эффективен в комплексном лечении пациентов с МКБ, перенесших оперативные вмешательства по удалению камней почек и мочеточников, причем применение лекарства особенно показано при микролитах почек и мочеточников,

при формировании «каменных дорожек». Роватинекс® снижает частоту и выраженность почечных коликов, ускоряет отхождение фрагментов и может быть рекомендован для рациональной метафилактики МКБ. Достоинством препарата является и его хорошая переносимость.

Как показало исследование профессора А.П. Азизова (Махачкала),

применение Роватинекса® у 40 пациентов с хроническим пиелонефритом и МКБ оказывает достоверно более сильное спазмолитическое, диуретическое, противовоспалительное и антимикробное действие, чем на фоне стандартной терапии. Лекарство потенцирует эффекты антибактериальных средств и сокращает сроки достижения ремиссии.

– Последнее из российских исследований Роватинекса®, – сообщил профессор В.С. Саенко, – прошло 2 года назад под руководством В.И. Руденко в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова с участием 114 больных нефролитиазом, перенесших ДЛТ. Уже через 5 суток после операции фрагменты конкремента отошли у 72% пациентов, принимавших Роватинекс®, и только у 40% – из контрольной группы. Почечные колики после ДЛТ происходили у 43% больных контрольной группы и только у 10% – из группы Роватинекса®. Противомикробные свойства препарата, оцененные в режиме монотерапии, оказались выраженными по отношению *Staphylococcus aureus*, *Proteus mirabilis* и ряду других патогенов.

В заключение своего выступления профессор подчеркнул, что применение этого препарата является безопасным, и он может быть рекомендован детям старше 6 лет и беременным со 2-го триместра.

Материал подготовил А. Рылов

The ROWA Group

Производитель: Рова Фармасьютикалс Лтд, Ирландия

# РОВАТИНЕКС

назначается взрослым и детям с 6 лет

## Доказанный литокинетический эффект

Традиционная терапия

Терапия + Роватинекс



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

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



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

Подробнее на [www.rowatinex.ru](http://www.rowatinex.ru)



Официальный дистрибьютор - ОА "Мединторг"  
+7 (495) 921-25-15 | [www.medintorg.ru](http://www.medintorg.ru)

# МОДУЛЬ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Вторая московская урологическая школа, созданная по инициативе правительства Москвы и столичного Департамента здравоохранения при поддержке Министерства здравоохранения РФ и Российского общества урологов, прошла 25–26 февраля 2016 г. в Москве.

## Модуль непрерывного образования

Московская урологическая школа впервые стартовала в 2015 г., поставив своей целью улучшение и совершенствование профессиональных навыков урологов. Инновационный проект стал возможным благодаря научному руководителю школы – главному урологу Минздрава РФ и Департамента здравоохранения г. Москвы, заведующему кафедрой урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, профессору Дмитрию Юрьевичу Пушкарю.

– Даже если за плечами десятилетия практики, каждому врачу есть, чему учиться, – отметил профессор. – Несомненная привилегия московских урологов – непосредственное общение с ведущими отечественными лидерами – преподавателями школы.

Московская урологическая школа представляет собой элемент обязательного непрерывного медицинского образования для врачей. Идея создания школы как элемента непрерывного медицинского образования возникла в ответ на задачи, поставленные мэром г. Москвы Сергеем Семеновичем Собяниным в рамках реализации программы «Развитие здравоохранения Москвы до 2020 г.».

Научный руководитель школы профессор Дмитрий Юрьевич Пушкарь среди задач школы определил три главных направления: повышение качества медицинской помощи, оказываемой населению; стандартизация методов лечения и профилактики урологических заболеваний в соответствии с последними рекомендациями Европейской урологической ассоциации и Национальных клинических рекомендаций и внедрение единых подходов, основанных на успешной медицинской практике отечественных ведущих клиник, современных технических и научных достижений в урологии.

– Мы с гордостью несем звание уролога, у нас особая профессия, – сказал в своем обращении к коллегам Д.Ю. Пушкарь. – Большинство специалистов Москвы – это представители ведущих российских школ и это очень важно. Мы не уйдем от стандартизации. Мы не уйдем от постоянного образования, развития. Вот этому будет посвящена работа всех нас, урологов Москвы, – отметил он.

Нововведение Второй московской урологической школы – появление персональных пластиковых карточек уролога и вручение их всем

участникам мероприятия. Карта будет отображать успехи специалиста и этапы, пройденные им в повышении квалификации по системе непрерывного медицинского образования: количество баллов, прослушанные курсы, образовательные модули, участие в урологических конференциях, участие в медицинских социальных опросах.

– Каждый московский уролог должен получить образовательную карточку, – отметил Д.Ю. Пушкарь. – Она поможет специалисту управлять своим личным кабинетом,



Д.Ю. Пушкарь

накапливать баллы, необходимые для аттестации и сертификации, а прежде всего поможет собственному мониторингу своих знаний.

Заместитель руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы Алексей Владимирович Погонин, официально открывая работу Второй московской урологической школы, обратил внимание собравшихся на то, что данная форма непрерывного образования не связана с личными мнениями и установками экспертов, приглашенных в качестве лекторов, но ориентирована на представление и обсуждение современных клинических рекомендаций, выполняющих роль общепризнанных стандартов во всем мире.

Такой подход нашел понимание и поддержку у участников школы. Врач-уролог филиала № 6 ФГКУ ГВКГ им. Н.Н. Бурденко Дмитрий Евгеньевич Турин перед началом работы школы отметил важность включения в научную программу вопросов онкологической урологии и эндоурологии.

– Здесь собрались люди, обладающие критическим взглядом на устоявшиеся подходы, – подчеркнул Д.Е. Турин. – Очень жаль, что пока в основном москвичи обладают этой возможностью. Кроме того, присутствие на таком мероприятии – это визитная карточка специалиста, его готовности к профессиональному и карьерному росту. Здесь у врача формируется мотивация для дальнейшего совершенствования. И трудно переоценить возможность завязать личные контакты с коллегами.

Программа двух дней школы была столь насыщенной, что ее можно было провести только модульным методом, разделив слушателей и лекторов на два параллельных потока и выделив четыре основных блока докладов. Кроме того, в рамках школы прошли четыре сателлитных симпозиума фармкомпаний, на которых были представлены последние достижения в области урологии.

Первый модуль школы был посвящен проблемам онкоурологии,



А.В. Погонин

на нем были представлены доклады по раку мочевого пузыря, объемным образованиям почек, раку яичек и полового члена, раку предстательной железы. Последние данные в области онкоурологии представили ведущие специалисты в этой области – президент Российского общества онкоурологов (РООУ), заведующий отделением урологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина профессор Всеволод Борисович Матвеев; заместитель генерального директора по научной работе ФГБУ НМИРЦ Минздрава России, заместитель директора по научной работе НИИ урологии и интервенционной

радиологии им. Н.А. Лопаткина профессор Борис Яковлевич Алексеев; профессор кафедры урологии и хирургической андрологии РМАПО Евгений Ибадович Велиев.

Второй блок школы был представлен выступлениями по проблемам диагностики и лечения мочекаменной болезни, доброкачественной гиперплазии предстательной железы, аномалий верхних мочевыводящих путей и мочевой инфекции. Прозвучали доклады профессоров А.З. Винарова, Н.А. Григорьева, А.В. Зайцева и А.Г. Мартова.

Актуальные проблемы андрологии и реконструктивно-пластической урологии эксперты и урологи обсуждали в третьем тематическом модуле. Доклады профессоров Н.Д. Ахвледиани, С.С. Гамидова, А.В. Живова, П.И. Раснера по проблемам эректильной дисфункции и болезни Пейрони, острых и хронических заболеваний органов мошонки, травм органов мужской мочеполовой системы и реконструкции уретры вызвали большой интерес у слушателей Второй московской урологической школы.

Заключительный блок научной программы мероприятия был посвящен проблемам урогинекологии и нейроурологии. В рамках Второй московской школы были разобраны подходы к диагностике и лечению недержания мочи у женщин, парауретральных образований и пролапса гениталий, синдрома хронической тазовой боли, вызванной интерстициальным циститом, а также травмам мочеполовой системы с образованием урогенитальных свищей. Эксперты в областях урогинекологии и нейроурологии профессора М.Ю. Гвоздев, Г.Р. Касян, Г.Г. Кривобородов и Д.Ю. Пушкарь представили последние клинические данные, осветив тему с позиции доказательной медицины и проведя подробный клинический разбор ситуаций.

По отзывам участников, кроме объективных и точных докладов научной программы мероприятия их в немалой степени привлекла и развернутая в холлах гостиницы выставка. На стендах производителей оборудования и лекарственных препаратов в области урологии сотрудники компаний предлагали специалистам ознакомиться с последними новинками рынка и рассказывали о самых перспективных разработках, которые будут представлены в ближайшем будущем.

Андрей Семенов

# ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: ЭКСПЕРТНОЕ МНЕНИЕ

Онкологические заболевания наружных половых органов не являются самыми распространенными заболеваниями в практике уролога и онкоуролога, но остаются наиболее опасными для жизни мужчины. Обсуждение проблемы проходило в рамках Второй московской урологической школы 25 февраля 2016 г. в Москве.

Президент Российского общества онкоурологов, заведующий урологическим отделением ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» РАН, профессор Всеволод Борисович Матвеев представил современный взгляд на диагностику и современные подходы к терапии рака органов мошонки и полового члена.

## Рак яичка

– Рак яичка составляет до 2% от всех злокачественных новообразований у мужчин, – начал свое выступление профессор В.Б. Матвеев. – Возрастная категория пациентов, как правило, молодая – от 15 до 44 лет. Несмотря на относительную редкость патологии, рак яичка является основной причиной смерти от злокачественных новообразований в этой возрастной группе.

Если говорить о морфологических вариантах опухоли яичка, то выделяют негерминогенные опухоли (стромальные опухоли полового тяжа, опухоли из клеток Сертоли, Лейдига, гранулезоклеточные опухоли) и герминогенные (семинома, эмбриональный рак, опухоли желточного мешка, хориокарциномы, тератомы).

Опухоли стромы полового тяжа – довольно редкое заболевание, составляющее 3–5% от всех новообразований яичка. Как правило, образования имеют доброкачественный характер, только 10% способны метастазировать и приводить к гибели пациента, отметил профессор В.Б. Матвеев. Характерной особенностью этого вида опухолей является продукция различных гормонов, что приводит к развитию эндокринных симптомов. При этих новообразованиях в 24–36% случаев отмечается гинекомастия, обусловленная выработкой опухолевой тканью значительного количества хорионического гонадотропина. Кроме того, у взрослых возможно снижение либидо, импотенция и феминизация, обусловленные гиперэстрогемией, а у детей – маскулинизация. Как подчеркнул Всеволод Борисович, учитывая доброкачественный характер этих образований, возможно выполнение органосохраняющего лечения в виде резекции яичка.

Наиболее часто встречаемая группа опухолей яичка – герминогенные опухоли, продолжил обзор профессор В.Б. Матвеев. Они имеют определенные особенности – высокую

чувствительность к химио- и лучевой терапии, что обуславливает практически 100% излечение на ранних стадиях. На сегодняшний день практическое значение при герминогенных опухолях яичка имеют три основных маркера: альфа-фетопротеин (АФП), бета-субъединица хорионического гонадотропина (b-ХГ) и лактатдегидрогеназа (ЛДГ). Определение уровня опухолевых маркеров позволяет диагностировать опухоль яичка на ранней стадии или выявить ее внегонадную локализацию, уточнить гистологическое строение опухоли, помогает определить тактику лечения и оценить его эффективность, способствует раннему выявлению рецидивов опухоли и помогает составить прогноз заболевания.



В.Б. Матвеев

Определение уровня опухолевых маркеров позволяет диагностировать опухоль яичка на ранней стадии или выявить ее внегонадную локализацию, уточнить гистологическое строение опухоли, помогает определить тактику лечения и оценить его эффективность, способствует раннему выявлению рецидивов опухоли и помогает составить прогноз заболевания.

При метастатических формах рака яичка 90% пациентов излечиваются с хорошим прогнозом, 80% – с умеренным, каждый второй пациент с плохим прогнозом погибает, несмотря на современное лечение, отметил профессор В.Б. Матвеев. Основной путь метастазирования – лимфогенный (лишь хориоэпителиома метастазирует гематогенным путем, что характерно только для этой формы рака яичка). Чаще всего поражаются забрюшинные лимфатические узлы, являющиеся регионарными, и легкие. Затем, в порядке уменьшения частоты – печень, медиастинальные лимфатические узлы, головной мозг, почки.

Диагностика рака яичка относительно проста, продолжил профессор

В.Б. Матвеев. В первую очередь это пальпация органов мошонки. При подозрении на наличие объемного образования в яичке или в мошонке необходимо ультразвуковое исследование, которое обладает практически 100% чувствительностью. При выявлении объемного образования на УЗИ обязательно определение уровня опухолевых маркеров: альфа-фетопротеин, хорионический гонадотропин, ЛДГ.

Говоря про рекомендуемые исследования, Всеволод Борисович Матвеев отметил: в случае развития семиномы рекомендуется компьютерная томография (КТ) брюшной полости и малого таза или рентгенография с целью уменьшения дозы облучения. ПЭТ не имеет решающего значения в случае первичной диагностики, исследование необходимо проводить при показаниях к удалению остаточных опухолевых масс после химиотерапии в случае чистой семиномы.

– На сегодняшний день мы говорим о рискадаптированной терапии, – отметил профессор В.Б. Матвеев. – При семиноме фактором риска является размер опухоли – больше 4 см, в случае других форм фактором риска является сосудистая лимфоваскулярная инвазия.

– В случае семиномы в качестве адьювантной терапии может применяться лучевая терапия, – отметил подходы к терапии рака яичка В.Б. Матвеев. – Но от лучевой терапии сегодня практически отказались, поскольку ее эффективность идентична однократному введению карбоплатина. При несеминоме профилактикой рецидива является проведение двух курсов химиотерапии по схеме ВЕР.

Лечение распространенных форм начинается, вне зависимости от морфологии и группы прогноза, с химиотерапии, отличается лишь режим химиотерапии. Остаточные массы (в случае несеминомных герминогенных опухолей) после химиотерапии подлежат удалению, вне зависимости от размера, подчеркнул он. В случае семиномы остаточные массы удаляются при превышении размера 3 см и положительного ПЭТ с глюкозой.

## Рак полового члена

Рак полового члена чаще выявляется у пожилых мужчин в возрасте 50–60 лет. Подавляющее большинство случаев представлено плоскоклеточным раком. Чаще всего опухоль развивается на головке полового члена и

крайней плоти. Тело полового члена изолированно поражается крайне редко. Заболевание связано с вирусом папилломы человека, отметил профессор В.Б. Матвеев.

Для рака полового члена характерна диссеминация опухоли от первичного очага к поверхностным паховым, затем к глубоким паховым, тазовым лимфоузлам. Только после этого появляются отдаленные метастазы.

Как отметил профессор В.Б. Матвеев, лечение рака полового члена в основном хирургическое. На стадии T1 возможно местное органосохраняющее лечение в виде лазерной абляции с отступом не менее 4 мм. В стадиях T2 и T3 показана полная или частичная ампутация полового члена.

– К сожалению, дистанционную лучевую терапию часто применяют для лечения метастазов рака полового члена в паховые лимфоузлы, что совершенно неправильно и обычно приводит к рецидиву и гибели больных, – подчеркнул В.Б. Матвеев.

В случае явных клинических метастазов выполняется радикальная паховая лимфаденэктомия на стороне поражения. В случае двустороннего поражения выполняется обычный объем паховой лимфодиссекции.

– В случае распространенного заболевания и наличия уже висцеральных, отдаленных метастазов или нерегионарных лимфогенных метастазов, лечение начинается с системной химиотерапии, – завершил обзор терапевтических подходов В.Б. Матвеев. – Местное лечение в виде ампутации или резекции полового члена выполняется с санационной целью, как и удаление лимфоузлов, так как основной причиной смерти больных с запущенным раком полового члена является эрозивные кровотечения из подвздошных сосудов, возникающие при распаде опухолевых узлов. Поэтому даже пациентам с отдаленными метастазами при возможности выполнения паховой лимфодиссекции показано хирургическое лечение.

– Онкологические заболевания наружных половых органов не представляют проблем в плане диагностики. Самое главное – не упустить время, ведь даже при успешном лечении заболевание представляет огромную психологическую травму для пациентов, – сказал в заключение доклада профессор В.Б. Матвеев.

# ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТЕСТИКУЛЯРНОГО РАКА У ПАЦИЕНТОВ С МУЖСКИМ БЕСПЛОДИЕМ

Ивкин Е.В.<sup>1</sup>, Лоран О.Б.<sup>1</sup>, Немцова М.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Кафедра урологии и хирургической андрологии ГОУ ДПО РМАПО Минздрава России

<sup>2</sup> Кафедра молекулярной генетики человека ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ



Е.В. Ивкин

Тестикулярный рак составляет около 1% опухолей у мужчин и 5% опухолей органов мочеполовой системы, однако он является наиболее распространенным видом рака у мужчин в возрасте 15–45 лет. Во всем мире частота заболеваемости составляет 1,5 случая на 100 тыс. мужского населения, при этом распространенность опухоли значительно варьируется в зависимости от географии и этнической принадлежности (Albers P. et al., 2015). Безусловно, проблема является крайне актуальной, несмотря на то, что опухоль яичка встречается крайне редко, но поражает молодых мужчин и пик заболеваемости приходится на третий-четвертый десяток жизни, что определяет социальную значимость проблемы. В последние десятилетия отмечается увеличение заболеваемости раком яичка, особенно в промышленно развитых странах (Nigam M. et al., 2014). Причины такой тенденции остаются во многом неопределенными. В качестве факторов риска для развития тестикулярного рака в настоящее время рассматривают генетические изменения, недостаточность репродуктивной функции, неопустившееся яичко (крипторхизм) и микролитиаз яичек. К примеру, для мужчин с семейным анамнезом рака яичка риск данного заболевания возрастает до шести раз (Jorgensen N. et al., 2010; Lip S.Z. et al., 2013).

С 2008 г. в клинике урологии при кафедре урологии и хирургической андрологии РМАПО выполнено 75 операций пациентам с опухолью яичка. Большинству выполнена высокая орхофуникулэктомия. В десяти случаях, что составляет 13%, удалось выполнить

органоосохраняющую операцию (резекция яичка с опухолью) (рис. 1).

Средний возраст пациентов составил 37 лет. Хотелось бы отметить, что 60% пациентов были моложе 41 года, что очень важно, так как данная категория обладает наивысшим репродуктивным потенциалом, необходимость сохранения которого следует сразу за онкологическим результатом по степени значения для пациента.

В данном контексте крайне перспективными и важными являются генетические исследования, направленные на определение генов высокого риска развития тестикулярного рака. Проведенные в Великобритании и США полногеномные исследования тестикулярного рака в 2009 г. показали значительные ассоциации в регионах, содержащих гены *KITLG*, *SPRY4*, *BAK1*. Эти гены участвуют в нормальном развитии ткани яичек и сперматогенезе, однако однонуклеотидные замены в ДНК генов нарушают эти процессы, определяя генетическую предрасположенность к опухоли яичка.

На сегодняшний день существует теория развития тестикулярного рака, которая учитывает генетические и средовые факторы, влияющие на формирование первичных гонад и подвижность первичных половых клеток, а также дополнительное влияние генов, ассоциированных с опухолевым развитием (внутриканальцевой герминогенной клеточной неоплазии) и дальнейшего опухолеобразования (Kratz C.P. et al, Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2010; 24(3): 503–513) (рис. 2).

Молекулярный патогенез герминогенных опухолей яичка можно представить следующим образом. Изменения, приводящие к злокачественной трансформации, начинаются в первичных половых клетках и представляют собой сочетание определенных генетических вариантов или наследственных факторов, полученных от родителей при семейной форме опухоли. Это могут быть аллельные варианты генов *KITLG*, *SPRY4*, *BAK1*. Возможно, к этим изменениям отно-

сятся аллельные варианты других генов, например, регулирующих гормональный фон организма. С течением времени и под влиянием факторов внешней среды в организме происходит формирование клинических проявлений, к которым относятся крипторхизм, микролитиаз, а также варианты нарушения сперматогенеза, приводящие к бесплодию. Эти клинические проявления могут являться как следствием, так и причиной нарушения дифференцировки, миграции и выживания половых клеток, что способствует опухолевой прогрессии. Из измененных половых клеток формируются районы интратубулярной герминогенной клеточной неоплазии, в которых происходит накопление соматических повреждений в генах, ассоциированных с канцерогенезом, хромосомных перестроек, таких как перестройки 12 хромосомы. В результате накопления определенного спектра молекулярно-генетических изменений неоплазия трансформируется в карциному, приводя к появлению герминогенно-клеточных опухолей.

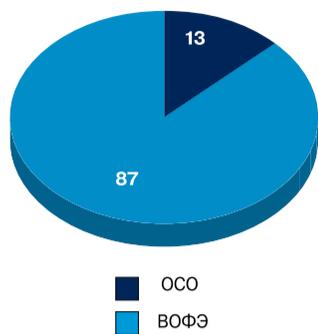
Таблица 1. Распределение частоты встречаемости генотипов высокого риска генов *SPRY4*, *KITLG*, *BAK1* в исследуемых группах

Гены	<i>SPRY4</i>		<i>KITLG</i>		<i>BAK1</i>
	rs4624820	rs6897876	rs995030	rs1508595	rs210138
SNPs					
Генотипы	AA	CC	GG	GG	AG
Норма (97)	28/97 28,9%	32/97 33%	53/97 54,6%	45/97 46,4%	32/97 33%
AZF (73)	19/73 26%	22/73 30,2%	50/73 68,5%	38/73 52,1%	28/73 38,4%
ГОЯ (38)	12/38 31,6%	11/38 29%	30/38 79%	22/38 57,9%	17/38 44,8%
P	0,9818	0,8049	<b>0,0202*</b>	0,6681	0,2558

Таблица 2. Распределение частоты встречаемости сочетания генотипов риска: AA, CC, GG, GG, AG/GG, для генов *SPRY4*, *KITLG*, *BAK1* в исследуемых группах

Клинические группы	Сочетание генотипов риска:	
	AA, CC, GG, GG, AG/GG	
	Сочет+	Сочет-
Опухоль яичка (n=38)	7/0,184	31/0,816
AZF-делеция (n=73)	10/0,137	63/0,863
Норма (n=97)	4/0,041	93/0,959
P (ОЯ-AZF-N)	<b>0,0207</b>	
P (ОЯ vs N)	<b>0,0116;</b> OR: 5,25 [1,44-19,15]; RR: 2,55 [1,48-4,37]	
P (AZF vs N)	<b>0,045;</b> OR: 3,69 [1,11-12,29]; RR: 1,77 [1,21-2,59]	
P (ОЯvs AZF)	0,582; OR: 1,423 [0,494-4,096]; RR: 1,25 [0,66-2,36]	

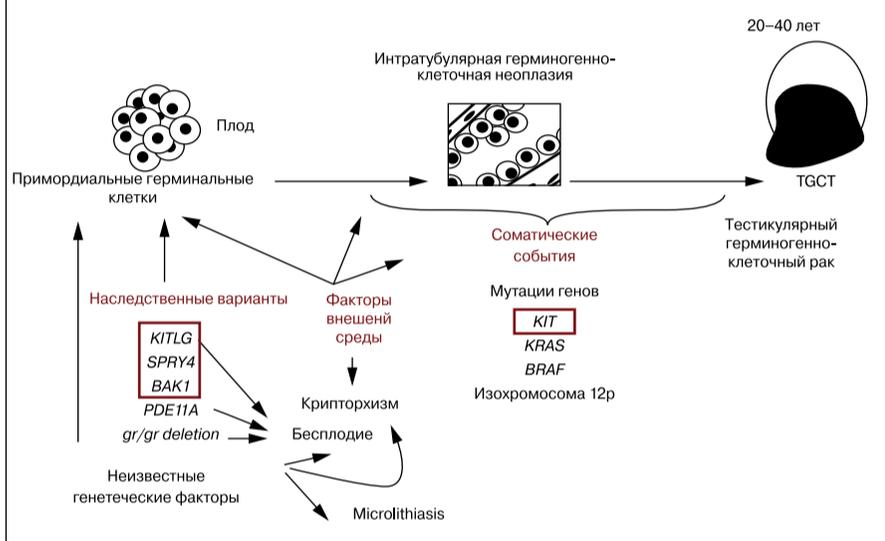
Рис. 1. Доля различных вмешательств по поводу опухолей яичка, %



проводилось методом ПЦР-ПДРФ на ДНК, полученной из периферической крови пациентов.

По полученным данным нами определены частоты аллелей и генотипов высокого риска в группе контроля, в группе пациентов с ГОЯ и в группе пациентов с бесплодием, обусловленным делецией AZF. При их сравнении выявлено достоверное повышение частот аллелей и генотипов высокого риска у пациентов с ГОЯ по сравнению с группой пациентов с бесплодием и контролем для rs995030 гена *KITLG* ( $p=0,0298$  для

Рис. 2. Теория развития тестикулярного рака



С учетом указанных закономерностей актуальным представляется проведение исследования по выявлению молекулярно-генетических маркеров, ассоциированных с развитием тестикулярного рака, и оценке их взаимосвязи с мужским бесплодием. Использование системы молекулярно-генетических маркеров для генотипирования пациентов с бесплодием позволит определить среди них пациентов, имеющих повышенный риск развития герминогенных опухолей яичка и мониторировать их с целью ранней диагностики возможных опухолей.

В рамках государственной программы по совершенствованию диагностики и лечения нарушений репродуктивной функции у мужчин планируется изучить и внедрить в клиническую практику современные методы диагностики тестикулярного рака у пациентов с нарушением репродуктивной функции.

Совместно с кафедрой молекулярной генетики сформирован комплекс молекулярно-генетических маркеров, определяющих повышенный риск развития тестикулярного рака, а также разработана методология их исследования.

В дальнейшем исследование генотипов высокого риска генов *SPRY4*, *KITLG* и *BAK1* проводили у 97 фертильных мужчин в возрасте 25–45 лет, у 73 пациентов с клиническим бесплодием, обусловленным делецией AZF, а также у 38 пациентов с опухолью яичка. Генотипирование по полиморфизмам *KITLG*, *SPRY4* и *BAK1* генов

аллеля G,  $p=0,0202$  для генотипа GG). Для *SPRY4* (rs4624820, rs6897876), *KITLG* (rs1508595) и *BAK1* (rs210138) достоверных различий в частотах не выявлено (табл. 1).

При исследовании сочетания генотипов высокого риска по всем трем генам выявлено, что в группе пациентов с опухолью яичка и пациентов с бесплодием сочетание пяти генотипов повышенного риска встречается достоверно чаще, чем в группе контроля ( $p=0,0116$  для группы ОЯ, и  $p=0,045$  для группы бесплодия) (табл. 2).

Нами показано увеличение частоты сочетания всех генотипов высокого риска: в группе ОЯ – в 5 раз ( $OR: 5,25 [1,44-19,15]$ ), а в группе пациентов с AZF-делецией – в 3,7 раза ( $OR: 3,69 [1,11-12,29]$ ).

Полученные результаты подтверждают, что полиморфные варианты гена *KITLG* и сочетание генотипов высокого риска по всем трем генам играют значительную роль в развитии опухолей яичка и представляют собой самостоятельный фактор риска для пациентов. **Хотелось бы отметить, что пока это только промежуточные данные, но уже сейчас можно говорить о том, что пациенты с бесплодием, имеющие сочетание генотипов высокого риска по генам *KITLG*, *SPRY4* и *BAK1*, имеют повышенный риск развития опухоли, что должно учитываться при их консультировании и дальнейшем обследовании.**

# ВОЗВРАЩЕНИЕ ЛЕГЕНДЫ

## В АПТЕКАХ С МАРТА 2016 ГОДА



Успешная комбинация!\*



# Витапрост® Плюс

## Лечение бактериального простатита



Реклама. Регистрационный номер ЛРС-002821/07

Один суппозиторий содержит простаты экстракт 100 мг (в пересчете на водорастворимые пептиды – 20 мг), ломефлоксацина гидрохлорид – 400мг

- Два проверенных компонента
- Гарантированный результат\*\*

\*AA (American Airlines) — самая сильная стартовая комбинация при игре в покер

\*\*По данным открытого сравнительного рандомизированного клинического исследования, применение препарата Витапрост® Плюс приводит к эрадикации 95–100% микроорганизмов, имеющих установленное значение в этиологии хронического бактериального простатита



# ОСТРЫЙ ЭПИДИДИМИТ: АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ



**– Игорь Сергеевич, как часто встречается острый эпидидимит? Каков средний возраст пациентов?**

– Во всем мире в структуре экстренной урологической заболеваемости доля острого эпидидимита составляет от 4,6 до 10,2%. По результатам исследований, проведенных в США, острый эпидидимит стал пятым по частоте встречаемости урологического диагноза у мужчин в возрасте от 18 до 50 лет. При этом ежегодно в медицинские учреждения США обращаются более 600 тыс. мужчин, страдающих острым эпидидимитом. Средний возраст пациентов – около 28 лет.

**– 28 лет – это пик половой активности. А какова ситуация у детей?**

– У лиц, не достигших половой зрелости, острый эпидидимит встречается значительно реже. По данным исследования, выполненного в Израиле, ежегодная заболеваемость эпидидимитом у мальчиков от 2 до 13 лет составляет 1,2 на 1 тыс. человек. При этом чаще всего он возникает как реакция на системные воспалительные заболевания и имеет доброкачественное течение.

**– Воспалительный процесс носит односторонний характер? Часто вместе с придатком поражается само яичко?**

– Да, заболевание преимущественно носит односторонний характер, двусторонний процесс наблюдается у 9% больных. Распространение воспалительного процесса на яичко с развитием острого эпидидимоорхита наблюдается, по разным данным, в 10–58% случаев.

**– Каковы причины острого эпидидимита и эпидидимоорхита? Изменился ли со временем возбудитель воспалительного процесса?**

– Результаты исследований последних лет показали, что у молодых мужчин в возрасте до 35 лет эпидидимит и орхоэпидидимит чаще всего вызывают

Последние публикации в профессиональной урологической литературе много внимания уделяют онкоурологическим заболеваниям. Это связано как с бурным развитием методов диагностики и лечения этих заболеваний, так и со своеобразной «модой» на отдельные темы. Однако в своей повседневной практике урологи чаще встречаются с «традиционными» урологическими заболеваниями, одними из которых являются воспалительные заболевания органов мошонки. Этой теме мы посвятили интервью с заведующим кафедрой урологии с нефрологией ЯГМУ, председателем Ярославского отделения РОУ д.м.н. И.С. Шормановым и обсудили вопросы современного подхода ведения пациентов с острым эпидидимитом.

возбудители инфекций, передаваемых половым путем, такие как *Chlamydia trachomatis* или *Neisseria gonorrhoeae*.

У мужчин старшей возрастной группы частыми возбудителями эпидидимита становятся микроорганизмы, обнаруживаемые в моче. Причина тому – обструктивные заболевания нижних мочевых путей: стриктуры уретры, обструкция шейки мочевого пузыря, доброкачественная гиперплазия предстательной железы. При этих заболеваниях неполное опорожнение мочевого пузыря, повышение давления в задней уретре во время мочеиспускания способствуют рефлюксу инфицированной мочи в семявыбрасывающий проток и развитию эпидидимита. Наиболее часто этиологическим фактором в этой возрастной группе выступает *Escherichia coli*, ее выявляют у 32–55% пациентов с острым эпидидимитом. Встречаются и другие уропатогены – *Enterococcus faecalis*, *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa*.

**– Доказана ли роль в развитии воспалительных заболеваний мошонки таких микроорганизмов, как *U. urealyticum*, *M. genitalium*?**

– Хороший вопрос. По данным многочисленных исследований, при остром эпидидимите у пациентов моложе 40 лет *U. urealyticum* обнаруживается в 15% наблюдений, однако клиническое значение данного микроорганизма в настоящее время все еще остается неопределенным, так как *U. urealyticum* выявляются у значительного количества здоровых лиц. В последнее десятилетие активно изучается роль *M. genitalium* в развитии воспалительных урогенитальных заболеваний лиц обоего пола, но убедительные доказательства получены лишь о причастности микроорганизма к негонококковому уретриту у мужчин.

**– Может ли острый эпидидимит развиваться после хирургических вмешательств?**

– Да, он может развиваться после различных медицинских манипуляций и хирургических вмешательств на мочевых путях, таких как катетеризация мочевого пузыря, постоянное трансуретральное дренирование, цистоскопия, хирургические операции на предстательной железе. По данным отечественных исследований,

острый эпидидимит осложняет течение 1,8–7,8% трансуретральных оперативных вмешательств, при этом, если имеет место цистостомический дренаж или до операции выполнялась катетеризация мочевого пузыря, то частота осложнения возрастает до 19%.

**– Какие звенья патогенеза развития эпидидимита вы бы выделили?**

– Известны четыре возможных пути попадания инфекционных агентов в придаток яичка: гематогенный (развитию эпидидимита предшествует ангина, гайморит, фурунку-

– Как правило, основными методами диагностики являются клиническая картина, осмотр и анамнез, УЗИ мошонки. В 2001 г. З.А. Абоевым с соавт. было проведено исследование, в котором по результатам доплерографии сосудов яичек у больных острым эпидидимитом сообщается об увеличении показателей кровотока в артериях яичка на стороне поражения на 40–90% по сравнению с нормой. Схожие данные были получены и в ряде других исследований, что позволило считать усиление кровотока важным критерием



**Во всем мире в структуре экстренной урологической заболеваемости доля острого эпидидимита составляет от 4,6 до 10,2%.**

лез, сепсис и другие инфекционные состояния); лимфогенный; каналикулярный – по семявыносящему протоку; секреторный – эпидидимиту предшествует орхит (этот путь типичен для вирусной природы заболевания). Большинство авторов указывают на то, что наиболее частым является каналикулярный путь. О преобладании каналикулярного пути распространения инфекции свидетельствуют и клинические наблюдения: при эпидидимоорхите в первую очередь всегда поражается придаток яичка, а деструктивные изменения возникают в хвосте придатка чаще, чем в головке.

Примерно 10% случаев воспаления придатка яичка относятся к посттравматическому эпидидимиту, который развивается на фоне травмы органов мошонки, чаще осложненной разрывом яичка, инфарктом тестикулярной паренхимы или интратестикулярной гематомой, а также после оперативных вмешательств на яичке и придатке.

**– Что изменилось в диагностике острого эпидидимита? Есть ли новые методы обследования?**

диагностики острого эпидидимита.

Важными являются исследования иммунных нарушений у пациентов с эпидидимитом. Так, например, в 2005 г. М.К. Алчинбаев с соавт. оценили возможность использования иммунологических показателей для прогнозирования течения воспалительного процесса. Состояние клеточного звена иммунитета у больных острым эпидидимитом авторы расценили как транзиторный иммунодефицит, который характеризуется низким уровнем  $\Gamma$ -лимфоцитов, почти двукратным уменьшением хелперной субпопуляции с относительно стабильным содержанием CD8+. Повреждение гематотестикулярного барьера осложняет течение острого эпидидимита аутоиммунным орхитом с бурным возрастанием субпопуляции CD 16+ 56+, идентифицируемых как «натуральные киллеры» (NK-клетки) до 38,9+4,1%. На основании этого авторы сделали вывод, что обнаружение более 15% CD 16+ 56+ у больных острым эпидидимитом свидетельствует о вовлечении в воспалительный процесс яичка. Несомненно, наука движется вперед, возможно, скоро мы получим результаты новых исследований.

**– Какие осложнения могут встречаться после перенесенного острого эпидидимита?**

– У 15% пациентов в результате перенесенного острого воспаления формируется хронический воспалительный процесс в придатке яичка, который, в свою очередь, является причиной склеротических, дистрофических изменений в придатке яичка, нарушения проходимости семявыносящих протоков, ведущих к развитию обструктивного бесплодия. Частота развития бесплодия после перенесенного орхоэпидидимита составляет 20–35% при одностороннем поражении и 80–87% при двустороннем процессе.

Частым и закономерным осложнением острого эпидидимита является развитие орхита. При прогрессировании заболевания процесс переходит в гнойную форму с образованием микроабсцессов, абсцесса придатка яичка либо интратестикулярного абсцесса, которые осложняют течение острого эпидидимита у 3–8% больных. Ограниченные абсцессы могут заканчиваться самоизлечением с исходом в рубцевание или обызвествление, но чаще приводят к очаговому или диффузному склерозу яичка или придатка. Воспалительный процесс в придатке может заканчиваться облитерацией протока придатка, что при двустороннем процессе становится причиной бесплодия.

**– Относительно бесплодия, какова частота его развития после перенесенного заболевания?**

– По разным данным, при одностороннем процессе частота развития бесплодия составляет 20–35%, при двустороннем – 80–87%.

**– Какой характер носит бесплодие? Обратимо ли оно?**

– Патогенез инфертильности не всегда ясен. Наиболее часто бесплодие после перенесенного острого эпидидимита носит экскреторный обструктивный характер, связанный с обструкцией протока придатка, и составляет 10,5% всех случаев мужского бесплодия. В ряде случаев причины бесплодия идентифицируются довольно легко, однако примерно в 30–50% случаев определение этиологического фактора оказывается весьма затруднительным или невозможным. Патоспермия, которая развивается после эпидидимита, носит различный характер, как правило, наблюдается снижение количества сперматозоидов (олигоспермия), увеличение патологических форм (до 70%), пиоспермия. Аспермия и азооспермия встречаются крайне редко. При цито- и кариометрическом исследовании выявляется значительное уменьшение площади головки сперматозоидов и ее ядра, снижение интегральной оптической плотности головки сперматозоида, что свидетельствует об уменьшении содержания ДНК в ядре. Все эти нарушения не могут не отразиться на репродуктивном здоровье мужчины.

Что касается обратимости бесплодия, то в большинстве случаев при правильном и своевременно начатом лечении фертильность удается восстановить. Сложность представляет аутоиммунный механизм – нарушение

гематотестикулярного барьера открывает доступ иммунокомпетентных клеток к аутоантигенам развивающихся сперматогенных клеток, что ведет к сенсibilизации и выработке АСАТ с последующим переносом аутоиммунного процесса на контрлатеральный орган и развитием аутоиммунного орхита. С таким бесплодием справиться очень и очень сложно.

**– Какие методы лечения острого эпидидимита сейчас применяются?**

– Как и раньше, не потеряла своего значения антибактериальная терапия – она является основой лечения. Европейская ассоциация урологов в качестве препаратов выбора для лечения острого эпидидимита рекомендует фторхинолоны. При этом преимущество предлагается отдавать фторхинолонам, действующим на *S. trachomatis* (например, офлоксацин, левофлоксацин), благодаря их широкому спектру активности и хорошему проникновению в ткани мочеполовой системы. При выявлении в качестве возбудителя *S. trachomatis* терапию также необходимо продолжать доксициклином в дозе 200 мг/сут, при этом общая длительность лечения должна составлять минимум две недели. В качестве альтернативных препаратов могут применяться макролиды.

**– Достаточно ли одной антибактериальной терапии?**

– Многие авторы, дабы ускорить процесс устранения болевого синдрома, рекомендуют фиксированное положение мошонки (суспензорий), высказываются о целесообразности местного применения холода (холодные компрессы, лед), что позволяет уменьшить выраженность местной воспалительной реакции. Отечественными урологами рекомендуется новокаиновая блокада семенного канатика, часто в сочетании с местным введением антибактериальных препаратов. Данная методика позволяла купировать болевой синдром, подвести антибактериальные препараты непосредственно к воспалительному очагу и выполнялась два-три раза за курс лечения с интервалом в два-три дня. В 2005 г. в отечественной литературе появились данные об использовании метода непрямого электрохимического окисления крови, который заключается во внутривенном введении 0,06% раствора гипохлорита натрия с целью улучшения результатов лечения острого эпидидимита. Необходимо отметить, что эти методы лечения применяются лишь в нашей стране.

**– Можно ли применять физиотерапию?**

– В отечественной литературе встречаются работы по применению лазерно-магнитного воздействия на мошонку, фотодинамической терапии.

**– Какие показания имеются к оперативному лечению?**

– До сих пор показания к оперативному лечению при развитии острого эпидидимита и его объем остаются предметом дискуссии. Существует точка зрения, согласно которой оперативному лечению подлежат все больные острым эпидидимитом вне зависимости от возраста, этиологии и тяжести забо-

левания. Сторонники такого подхода утверждают, что оперативная тактика позволяет своевременно диагностировать ишемические поражения органов мошонки (перекрут яичка или гидатиды Морганьи), а также дает возможность быстрее купировать воспалительный процесс и сократить сроки пребывания больных в стационаре в два-три раза. Изучение авторами отдаленных результатов лечения больных с острым эпидидимитом в сроки от 2 до 4 лет выявило лучшие показатели спермограммы и эректильной функции у пациентов, перенесших оперативное лечение в сравнении с больными, получавшими консервативную терапию.

М.Г. Арбулиев с соавт. (2008) на основании собственных исследований считает целесообразным проведение раннего оперативного лечения только при тяжелой форме заболевания (согласно классификации Федорченко). При этом тотальный воспалительно-гнойный процесс в придатке является показанием к эпидидимэктомии, ограниченный – к резекции придатка, а некроз яичка или гнойное его расплавление – к орхэктомии. В отсутствие явных признаков деструкции при тяжелой форме заболевания авторы рекомендуют использовать разработанный ими метод насечек, который заключается в нанесении на придаток и белочную оболочку множественных разрезов до 5 мм. Предполагается, что ультразвуковое исследование и визуальный контроль не позволяют выявить мелкие абсцессы, которые в последующем обнаруживаются при гистологическом исследовании. При этом нанесение насечек позволяет вскрыть микроабсцессы и произвести декомпрессию органа, что благоприятно сказывается на течении заболевания. Некоторые авторы рекомендуют ранние малоинвазивные вмешательства (нанесение насечек) при первых признаках перелома процесса в гнойно-деструктивную стадию. При этом для выявления очагов деструкции они рекомендуют МРТ.

Суммируя изложенное, можно констатировать, что в лечении острого эпидидимита на сегодняшний день наибольшее распространение получила консервативно-выжидательная тактика. Она подразумевает консервативную терапию и применение оперативного вмешательства лишь при развитии гнойных осложнений. В то же время не всегда удовлетворительные результаты консервативной терапии и высокая частота нарушений репродуктивной функции после перенесенного острого эпидидимита повлекли за собой разработку многочисленных методов, направленных на улучшение результатов консервативной терапии. На наш взгляд, перспективным в этом направлении является использование гипербарической оксигенации.

**– В чем заключается применение ГБО? В чем заключается механизм воздействия ГБО?**

– Уже доказан прямой бактериостатический эффект 100% кислорода под давлением на 1,2–3 АТА *E. Coli*, *Pseudomonas aeruginosa* и *Enterococcus faecalis*. Эффект связывают с образо-

ванием свободных радикалов, против которых у бактерий нет защиты. При этом на анаэробов ГБО действует бактерицидно, вызывая их гибель, а на аэробов – бактериостатически, замедляя их рост. Кроме того, кислород, поступающий в ткани под давлением, устраняет гипоксию и усиливает бактерицидные возможности гранулоцитов и макрофагов, которые значительно снижены в условиях кислородного голодания тканей. Устранение гипоксии также усиливает антибактериальный эффект таких антибактериальных препаратов, как аминогликозиды, некоторые сульфаниламиды, фторхинолоны, ванкомицин и триметоприм.

Проведен ряд исследований по влиянию ГБО на репродуктивную функцию мужчин, в которых установлено, что у пациентов с олигозооспермией под влиянием ГБО происходит активация деятельности гипофизарно-тестикулярной системы, возрастает плотность и общее количество сперматозоидов, улучшается их энергетика, усиливаются процессы спермиофагии по отношению к дегенеративным формам спермиев, усиливается биохимическая компонента антиоксидантной защиты. Авторы считают, что такие эффекты ГБО позволяют рекомендовать ее для широкого внедрения в клиническую практику.

**– Игорь Сергеевич, большое спасибо за интервью.**

– Надеюсь, что наша с вами беседа не останется незамеченной практикующими урологами, а данные пригодятся в ежедневной практике.

Острый эпидидимит представляет собой сложную проблему, как социальную, так и медицинскую, что определяется его высокой распространенностью среди мужчин репродуктивного возраста, негативным влиянием воспалительного процесса в придатке яичка на репродуктивную функцию, а также возможностью развития тяжелых осложнений, которые могут повлечь органоуносящие операции и летальный исход.

Неудовлетворенность результатами традиционных методов лечения диктует необходимость поиска новых видов воздействия на воспалительный процесс в яичке и его придатке. Этой цели соответствует метод гипербарической оксигенации. Основные эффекты ГБО (противовоспалительный, иммуностимулирующий) с успехом использованы и показали свою эффективность при лечении различных воспалительных заболеваний в урологии. Вместе с тем эффективность гипербарической оксигенации в лечении острого эпидидимита была изучена лишь в одной работе с малой выборкой (16 человек), не позволяющей сделать достоверные выводы.

Недостаточная изученность данного вопроса диктует сегодня необходимость в проведении исследования, посвященного возможностям гипербарической оксигенации в лечении острого эпидидимита.

# ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ МУЖЧИН И РЕПРОДУКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ



**Кульчавеня Е.В.**, д.м.н., профессор, ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» Минздрава России, ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

## Статистика и факты

Среди внелегочных форм туберкулеза с начала XX в. в России 40–56% поражений приходилось на урогенитальный туберкулез (УГТ), но с 2008 г. 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% случаев. По данным некоторых авторов, ведущим симптомом генитального туберкулеза является бесплодие.

В Японии с 2000 по 2007 г. было продиагностировано 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 г., при этом у 372 (79,7%) пациентов обнаружил туберкулез скротальных органов, туберкулез простаты диагностировал у 398 больных (85,2%), из них у 27 (5,8%) – изолированный.

Среди 58 больных туберкулезом предстательной железы жителей Западной Сибири было 38 человек из сельской местности и 20 – горожане в среднем возрасте 49 лет (54,4 года – у городских жителей и 46,7 лет – у сельских). 7 пациентов (12,1%) контактировали с больными туберкулезом людьми или животными;

Согласно данным ВОЗ, около трети населения земного шара инфицированы *M. tuberculosis* (МБТ). 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, этот риск существенно возрастает.

3 (5,2%) – ранее перенесли мочеполовой туберкулез, а 7 (12,1%) – туберкулез других органов и систем. У 3 (5,2%) диагностировали изолированный туберкулез простаты (у одного из них диагноз верифицировали бактериологически, а у двух других – патоморфологически, после выполненной в урологических отделениях общей сети чрезпузырной аденомэктомии в связи с доброкачественной гиперплазией предстательной железы).

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 как причина infertility

Бесплодие является проблемой современного общества с растущей актуальностью. По некоторым оценкам 15% пар infertильны. Основные показатели спермограммы в значительной степени подвержены воздействию как экзогенных, так и эндогенных факторов. Выделяют так называемое идиопатическое, первичное бесплодие – без явных внешних повреждающих факторов, и индуцированное, вторичное. Оксидативный стресс, испытываемый вследствие неблагоприятного влияния агрессивной среды, является одним из основных механизмов повреждения спермиев. Воспаление предстательной железы также приводит к нарушению качества спермы – в немалой степени за счет оксидативного стресса, продуцируемого продуктами воспаления. Уровень infertильности больных туберкулезом предстательной железы к настоящему времени не изучен.

## Хронический простатит и бесплодие: есть ли связь?

Во многих работах приведены доказательства негативного влияния

хронического простатита и инфекций урогенитального тракта на качество эякулята. Хроническое воспаление ведет к активации перекисного окисления липидов, снижению антиоксидантной функции, формированию в результате оксидативного стресса, что вызывает снижение фертильности. Гипотезу повреждающего влияния оксидативного стресса на спермию экспериментально подтвердили J.M. Potts и F.F. Pasqualotto. Влияние инфекционно-воспалительных заболеваний предстательной железы на фертильность отмечали и другие исследователи. Вопреки устоявшемуся мнению некоторые исследователи полагают, что взаимосвязь между простатитом и бесплодием у мужчин остается неясной, однако соглашаются, что сопровождающая это заболевание лейкоспермия повышает уровень реактивных форм кислорода в семенной жидкости, вызывает иммунные отклонения, что должно рассматриваться как кофакторы в развитии бесплодия у больных простатитом.

Необходимо считать установленным тот факт, что бактериальная и/или вирусная инфекция мужского репродуктивного тракта может быть причиной бесплодия. Однако обнаруженная микрофлора в эякуляте не всегда является этиологическим фактором воспаления: в семени практически здоровых мужчин находили уреоплазму (10–40%), энтеробактерии (90%). Бактериоспермия может нарушать морфологию и функцию спермиев и механически препятствовать продвижению их по семявыносящим путям, образуя бактериально-лейкоцитарные, гнойно-некротические сгустки. Секрет простаты в норме обладает антисептическими свойствами за счет высокого содержания лизоцима, что является важным фактором в естественной устойчивости к урогенитальным инфекциям (УГИ). Факторы риска развития УГИ – доброкачественная гиперплазия простаты, различные вмешательства, биопсии.

Хронический простатит, особенно с рецидивирующим течением, оказывает неблагоприятное влияние на репродуктивную функцию, поскольку негативно влияет

на вязкость эякулята, подвижность спермиев, их жизнеспособность. Многие авторы изучали факторы мужского бесплодия во время активного инфекционного воспаления предстательной железы и пришли к выводу, что цитокины в семенной плазме не связаны с характеристиками эякулята. Напротив, обнаружили, что нормализация концентрации про- и противовоспалительных цитокинов улучшает параметры спермограммы.

Активность воспаления простаты отражается повышением числа лейкоцитов в ее секрете и в эякуляте. Лейкоспермия (пиоспермия) диагностируется при обнаружении в 1 мл эякулята  $\geq 1$  млн лейкоцитов при подсчете в камере Горяева при стандартной световой микроскопии. Пиоспермию обнаруживали у 20–29% infertильных мужчин, корреляцию между концентрацией лейкоцитов в семени и нарушением параметров эякулята можно считать установленной. Хроническая генитальная инфекция может также способствовать выработке антиспермальных антител – еще одного фактора бесплодия. Здоровая семенная плазма обладает выраженным противовоспалительным действием, в первую очередь обусловленным высоким содержанием лизоцима, поэтому при простатите и везикулите пиоспермия носит транзитный характер, для ее выявления необходимы повторные исследования.

Присутствие ряда микроорганизмов в эякуляте (*Escherichia coli*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* and *Chlamydia trachomatis*) способствует агрегации спермиев; в другом исследовании было показано токсическое действие *Escherichia coli* на спермию.

Предполагается, что основным источником пиоспермии – придаток яичка. Подтверждением этой гипотезы служит факт редкого обнаружения пиоспермии у мужчин, перенесших вазэктомию. Лейкоциты могут попадать в эякулят и с секретом простаты при ее воспалении.

## Что может сделать уролог общей лечебной сети?

Основной момент, на который следует обратить внимание урологу

общей лечебной сети, – пиоспермия. Туберкулез предстательной железы может передаваться половым путем. Доказано, что туберкулезный эпидидимит ведет к бесплодию, поскольку способствует рубцеванию семявыносящих путей, а при неблагоприятном течении болезни может завершиться потерей органа. Бесплодие редко проявляется у больных в острой стадии урогенитального туберкулеза, обычно это следствие его осложнений, избыточной фибротизации. Нередко генерализованный туберкулез манифестирует острым эпидидимитом, и прочие локализации, в том числе туберкулез легких, выявляют позже.

Бесплодие может быть самым первым симптомом, побуждающим пациента обратиться к врачу; в ходе обследования диагностируют туберкулез. В литературе описан подобный случай: у больного с бесплодием была обнаружена пиоспермия, что послужило основанием к бактериологическому исследованию, выявившему МБТ.

B.S. Viswaroop et al. нашли, что ТБМПО осложняется бесплодием в 10% случаев. Если туберкулез мочеполовой системы диагностирован на ранней стадии – химиотерапия может оказаться эффективной не только в отношении специфического воспаления, но и в отношении восстановления фертильности.

Четкообразное уплотнение *vas deferens* – один из характерных признаков туберкулеза мужских половых органов; предполагается, что деферентит развивается за счет ретроградного рефлюкса мочи. Семенные пузырьки и выводные протоки простаты изолированно туберкулезом не поражаются. Воспаление и обструкция семявыбрасывающих протоков препятствуют попаданию в эякулят спермиев, а также приводят к снижению уровня фруктозы, необходимой для обеспечения подвижности спермиев. Обструкция семявыносящих протоков вследствие туберкулеза вызывает расширение их проксимальных отделов.

В дифференциально-диагностическом ряду на 1-м месте стоит ретроградная эякуляция, которая легко исключается при исследовании мочи, выпущенной после эякуляции. Азооспермия при ТБМПО может быть и следствием обызвествления семенных пузырьков как исхода туберкулезного воспаления. В целом для туберкулеза половых органов характерной считается атрофия, фибротизация семенных пузырьков с обструкцией семявыносящих протоков. При ретроспективном анализе 69 историй болезни больных туберкулезом мужских половых органов Ryoer J.P. и соавторами было установлено, что эпидидимит диагностировали у 78,3% больных, из них у 68,1% – односторонний. У 40,6% больных были обнаружены патологические изменения в эякуляте. 36,2%

пациентов имели также туберкулез других локализаций.

Большой пласт больных ТБМПО остается недиагностированным; заболевание выявляют только на стадии развития осложнений.

#### Пути повышения эффективности этиотропной терапии

Предстательная железа – сложный орган для проникновения и накопления антибиотиков, что сужает их выбор. Поэтому необходимо лечение больных хроническим простатитом проводить длительно, высокими дозами антибактериальных препаратов. При остром простатите хорошее накопление в паренхиме железы отмечено у цефалоспоринов, аминогликозида, карбопенемов. Среди фторхинолонов, создающих наиболее высокую концентрацию в ткани простаты, оптимальными являются офлоксацин, ципрофлоксацин и левофлоксацин. Левофлоксацин предпочтительнее прочих, так как лучше переносится, создает более высокую концентрацию в паренхиме железы, применяется всего один раз в сутки. Изолированная антибактериальная терапия малоэффективна при хроническом бактериальном простатите, необходимо воздействие на разные звенья патогенеза – уменьшить отек ткани, улучшить кровообращение, устранить спазм гладкомышечных элементов простаты. Для повышения насыщения паренхимы предстательной железы антибактериальными препаратами применялись фитотерапия, энзимотерапия, локальное низкоинтенсивное лазерное излучение, лимфотропное введение противотуберкулезных препаратов, однако не оценено их влияние на качество эякулята.

Камышан с соавт. с целью повышения эффективности лечения больных туберкулезом простаты предлагал проводить гальванизацию перинеальной области, рифампицин и изониазид назначал в суппозиториях с димексидом. Авторы полагают, что сочетанное применение электрофореза и ректального введения противотуберкулезных препаратов с димексидом может быть успешным у 80,7–96,6% пациентов. Трудно сопоставлять результаты разных авторов, поскольку в исследование включены, как правило, небольшое число разнородных пациентов.

W. Krafft & E. Carstensen полагают, что пероральная терапия больных туберкулезом простаты эффективна лишь у каждого пятого. Авторы практиковали трансперинеальное введение в паренхиму железы 1,0 стрептомицина и 0,1 изониазида дважды в неделю в течение 4–5 недель. Таким образом, были пролечены 90 пациентов. Авторы заключают, что метод обкалывания простаты хорошо переносится, но не приводят убедительных доказательств его более высокой эффективности. Тем не менее они подчеркивают

необходимость локальных инъекций, особенно больным кавернозным туберкулезом простаты. Только 21,7% больных туберкулезом предстательной железы были излечены при помощи туберкулоостатиков, а у 78,3% заболевание приобрело хроническое прогрессирующее течение. Вместе с тем проведение курса локальной низкоинтенсивной лазеротерапии на область простаты существенно улучшало результаты лечения. При пальпации железы в динамике отмечалось уменьшение ее размеров, улучшение тонуса, прекращение болезненности. Санация секрета простаты достигнута у 22 (62,8%) пациентов, прекращение бактериовыделения и симптомов интоксикации – в 100% случаев. Также на фоне лазеротерапии было отмечено повышение уровня лизоцима в секрете предстательной железы в среднем до 6,7 мкг/мл.

Инфекционно-воспалительный процесс в предстательной железе любой этиологии, а особенно обусловленный *M. tuberculosis*, неизбежно ведет к избыточному фиброзированию и хронизации воспаления. Эпителий простаты препятствует проникновению в паренхиму значительного числа антибиотиков, а склеротические процессы и сопряженное с ними нарушение микроциркуляции еще больше затрудняет лечение больных ХП. Именно эти два момента обуславливают необходимость проведения патогенетической терапии больных ХП, особенно в случае развития осложнений, например бесплодия. Соответственно, в патогенетической терапии больных хроническим простатитом наиболее широкое применение нашли антиоксиданты и препараты, улучшающие микроциркуляцию, обеспечивающие противовоспалительный эффект. В функционировании репродуктивной системы огромное значение имеет баланс микроэлементов, в первую очередь селена и цинка, а также достаточное насыщение организма витаминами А и Е. Селен входит в состав многих ферментов и гормонов, поддерживает активность гуморального и клеточного иммунитета, влияет на репродуктивную функцию; накапливается в паренхиме гонад. Цинк – кофактор большой группы ферментов, необходимых для протекания метаболических процессов. Экзогенный дефицит цинка возникает при заболеваниях, сопровождающихся интенсивным размножением микроорганизмов, потребляющих цинк. МБТ персистирует преимущественно в фагосомах макрофагов, препятствуя их слиянию с лизосомами. Высказано предположение, что в немалой степени это обусловлено тем, что в процессе эволюции у МБТ сформировалась способность эффективно использовать питательные ресурсы эукариотических клеток, в том числе ионы металлов. Цинк является антиокси-

дантом, его недостаток так же, как и недостаток селена, может быть причиной идиопатического мужского бесплодия.

Выявлена ассоциация табакокурения и инфертильности мужчин; авторы объясняют это тем, что курение понижает уровень цинка в эякуляте. Содержание цинка резко снижается не только при простатите, но и при других заболеваниях предстательной железы. При раке простаты уровень цинка в ее паренхиме снижался на 83%, при доброкачественной гиперплазии предстательной железы – на 61%. А.В. Сивков с соавт. обнаружили увеличение объема эякулята на 39% и числа сперматозоидов на 56% после месячного приема селцинка.

#### Актуальность дальнейших исследований

Несмотря на положительные эпидемические тенденции последних лет, туберкулез остается важной медицинской и социально-демографической проблемой. Большое число больных туберкулезом простаты среди больных туберкулезом органов дыхания остается недовыявленным: у каждого третьего при биопсии простаты получено патоморфологическое подтверждение специфического поражения предстательной железы, хотя клинически заболевание установлено не было. У 77% мужчин, умерших от туберкулеза всех локализаций, при аутопсии также обнаружили туберкулез простаты, как правило, прижизненно не диагностированный. Хроническое воспаление предстательной железы, как неспецифической, так и туберкулезной этиологии, резко понижает качество эякулята, что в условиях исходно невысокого уровня фертильности в популяции может иметь драматические последствия.

Многочисленные исследования, посвященные бесплодию у больных туберкулезом мужчин, касаются преимущественно заболеваний наружных половых органов, инфертильность объясняют обтурацией семявыносящих путей инфекционно-воспалительной природы, или рубцово-деформирующими изменениями как результат заболевания. Бесплодие может быть самым первым симптомом, побуждающим пациента обратиться к врачу; в ходе обследования диагностируют туберкулез. Но влияние туберкулеза предстательной железы на функциональные показатели эякулята не изучено. Также не установлен оптимальный в отношении эффективности и безопасности способ введения противотуберкулезных препаратов при туберкулезе предстательной железы.

Все это делает необходимым дальнейшее проведение клинических исследований в области туберкулеза мочеполовой системы.

**ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» МЗ РФ**  
Учебный план на 2016 г., кафедра урологии лечебного факультета

	Программы ДПО			
	до 100 час.	от 100 до 500 час.	свыше 500 час	Всего
План приема слушателей		87	5	92
Число курсанто-месяцев		100	20	120
Штатная численность ППС, в т.ч.:				3,0
обучение интернов и клин. ординаторов				
обучение по программам ДПО				3,0
Педагогическая нагрузка на одного преподавателя по программам ДПО				4,0

Программы повышения квалификации (от 16 до 500 часов с выдачей удостоверения)							
Наименование программы	С последующей сертификацией (С)	Сроки проведения	Форма проведения программы	Контингент слушателей	Продолжительность обучения, час.	Число слушателей	Число курсанто-месяцев
Ультразвуковая диагностика в урологии		22.03–18.04.2016	Очная	Врачи лечебных специальностей	144	10	10
Эндо- и лапароскопические оперативные вмешательства в урологии		20.04–19.05.2016	Очная с применением ДОТ	Врачи-урологи, хирурги, акушеры-гинекологи стационаров	144	15	15
Дистанционная ударно-волновая литотрипсия. Мочекаменная болезнь		20.04–19.05.2016	Очная	Врачи лечебных специальностей	144	9	9
Урология	С	23.09–13.10.2016	Очная	Врачи-урологи	108	18	13,5
Урология	С	03.11–15.12.2016	Очная	Врачи-урологи	216	20	30
Итого	72	77,5					

Обучение проводится на базе: Клиника урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Адрес: 199992, Москва, ул. Б. Пироговская, д. 2, стр. 1. Тел. 8(499) 248-71-66 Аляев Юрий Геннадьевич – зав. кафедрой, чл.-корр. РАН, д.м.н., проф.

Тел. 8(916)630-82-40 Крупинов Герман Евгеньевич – зав. учебной частью, проф.

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

Учебный план циклов повышения квалификации врачей-урологов на курсе постдипломного обучения кафедры урологии на 2016 г.

Даты проведения	Наименование цикла
29.02–26.03.2016	Клиническая андрология
04.04–30.04.2016	Современная клиническая урология. Нейроурология и уродинамика
10.05–04.06.2016	Эндоурология и лапароскопия
05.09–01.10.2016	Современная клиническая урология
03.10–29.10.2016	Клиническая андрология
31.10–26.11.2016	Современная клиническая урология. Нейроурология и уродинамика
28.11–24.12.2016	Эндоурология и лапароскопия

Для сотрудников бюджетных учреждений здравоохранения прохождение циклов бесплатно. Все циклы являются сертификационными, по их окончании сдается экзамен с продлением действующего сертификата и выдачей свидетельства о повышении квалификации государственного образца.

Запись на циклы осуществляется по адресу: Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 17, 3-й этаж. Кафедра урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. Тел. (812) 338-69-36, 8(921) 956-36-72 E-mail: urolog.kaf@mail.ru

**ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ**

Учебный план на 2016 г. кафедры урологии с нефрологией

Даты проведения	Наименование цикла	Часы
11.04–07.05.2016	Сертификационный цикл «Актуальные вопросы урологии»	144
03.10–29.10.2016	Сертификационный цикл «Актуальные вопросы урологии»	144
По согласованию	ТУ «Лечение мочекаменной болезни методом дистанционной ударно-волновой литотрипсии»	72
По согласованию	ТУ «Трансуретральные и лапароскопические методики лечения урологических заболеваний»	72

Клиническая база: 150042, Ярославль, Тутаевское шоссе, 31. 1-е урологическое отделение.

Кафедра урологии с нефрологией ЯГМУ:

Тел. 8(4852) 59-34-95 Шорманов Игорь Сергеевич – заведующий кафедрой, д.м.н.

Тел. 8(910) 978-63-38 Ворчалов Михаил Михайлович – координатор e-mail: kafuro@mail.ru

Адрес отдела ИПДО: 150000, Ярославль, ул. Революционная, 5.

Начальник отдела внебюджетных форм обучения Муланурова Анастасия Евгеньевна.

Тел. 8(4852) 72-62-56

**ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»**

Учебный план циклов повышения квалификации на 2016 г. на кафедре урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии ФПК и ППС

Даты проведения	Наименование циклов	Контингент	Часы
24.03–20.04.2016	Избранные вопросы урологии в практике врача ЦРБ	Урологи, хирурги, гинекологи, терапевты	144
06.05–03.06.2016	Эндокринная уроандрология (дистанционный)	Урологи, андрологи, эндокринологи	144
30.05–27.06.2016	СНМП и заболевания, ассоциированные с СНМП	Урологи, терапевты	144
05.09–01.10.2016	Актуальные вопросы репродуктологии человека	Урологи, андрологи, гинекологи	144
03.10–15.10.2016	Эндокринная уроандрология	Урологи, андрологи, эндокринологи	72
17.10–14.11.2016	Андрология	Урологи, андрологи, гинекологи	144
17.10–14.11.2016	Лапароскопия в урологии	Урологи, хирурги	144
18.11–15.12.2016	Урология (сертификационный)	Урологи	144
18.11–15.12.2016	Избранные вопросы урологии в практике врача ЦРБ	Урологи, хирурги, гинекологи, терапевты	144
02.12–29.12.2016	Сексуальные нарушения у мужчин (дистанционный)	Урологи, андрологи, эндокринологи, гинекологи, психотерапевты	144

Для сотрудников бюджетных учреждений здравоохранения прохождение циклов бесплатное.

По окончании сертификационных циклов сдается экзамен с продлением действующего сертификата и выдачей свидетельства о повышении квалификации государственного образца.

Запись на циклы осуществляется по адресу:

344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29.

Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет».

Тел. 8(632)201-44-48, e-mail: dept\_kogan@mail.ru Коган Михаил Иосифович – заведующий кафедрой, д.м.н., проф.

Тел. 8(928) 226-78-69, e-mail: michel\_dept@mail.ru Чибичян Микаел Бедросович – начальник учебной части, д.м.н., доцент.

# К 100-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ ГЕРОЯ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОГО ТРУДА МАСТУРЫ ФАХРУТДИНОВНЫ САКАЕВОЙ



Мастура Фахрутдиновна Сакаева

Мастура Фахрутдиновна Сакаева родилась 15 января 1916 г. в многодетной семье крестьянина в деревне Табанлы-Куль Буздякского района Башкирии. После обучения на подготовительных курсах поступила и в 1941 г. окончила Башкирский медицинский институт (БМИ). Разразилась Великая Отечественная война. В связи с рождением дочки Мастура Фахрутдиновна по брони была оставлена в тылу и направлена на работу в хирургический эвакогоспиталь № 1741, начальником медицинской части в котором работал полковник медицинской службы известный хирург, уролог профессор Иосиф Моисеевич Эпштейн, заведующий кафедрой урологии ИМОЛГМИ, эвакуированного с началом ВОВ в Уфу. Под руководством профессора молодой доктор быстро обучалась выполнять различные хирургические и урологические операции. Мастура Фахрутдиновна всю жизнь считала и называла профессора своим Учителем. За доброту, сочувствие и сострадание к покаленным в войне пострадавшим и раненым называли молодого врача Машей, Машенькой или официально Марией Федоровной. Это имя сохранилось на всю жизнь. А на душе Марии Федоровны было горестно и тревожно. От мужа Мубаряка, тоже военного хирурга, с фронта не было никаких вестей. Она всю войну и послевоенные годы надеялась и ждала своего любимого мужа. Не вернулся.

В 1947 г. по окончании ВОВ эвакогоспиталь был расформирован. С 5 августа Мария Федоровна поступила на работу в урологическое отделение, открытое на базе 3-го хирургического отделения БРКБ д.м.н., доцентом Л.П. Крайзельбурдом в качестве ординатора врача-уролога. Она стала правой рукой доцента (позже профессора),

много и успешно оперировала, принимала активное участие в обучении и подготовке врачей урологов. В декабре 1958 г. Мастура Фахрутдиновна назначена заведующей урологическим отделением, сменив тем самым на этой должности профессора Л.П. Крайзельбурда, заведующего курсом урологии БМИ. По инициативе и при непосредственном участии профессора в Башкирии создается отделение и служба гемодиализа. Была подготовлена и обучена диализу группа врачей, приобретены два отечественных аппарата «искусственная почка». Становлению новой службы гемодиализа активно содействовали министр здравоохранения РБ М.Х. Камалов и его заместители М.С. Сафин и Б.Ф. Фаткуллин. По рекомендации профессора, на должность заведующего отделением гемодиализа приказом № 317 от 14.10.1963 г. была назначена М.Ф. Сакаева. Она создала коллектив из молодых, способных, преданных делу врачей (Д.Л. Калашникова, Р.Ф. Габбасова, Р.М. Уразаев, И.М. Загидуллин). Первый гемодиализ был успешно проведен 16.01.1963 г. Сразу же стали поступать пациенты с ГЛПС, и впервые в нашей стране им успешно проводилось современное лечение с применением гемодиализа.

В 1965 г. отмечалась эпидемия заболевания ГЛПС. Отделение круглосуточно работало. В результате выздоровление наступило более чем у 95% пациентов. Ранее почти столько же погибало. Впервые в нашей стране и в мире столь успешно проводится гемодиализ при ГЛПС. Мария Федоровна внесла огромный вклад в изучение эпидемиологии этого грозного заболевания. В Башкортостане работали крупные ученые инфекционисты-эпидемиологи нашей и других стран: Швеции, США, Кореи. Над изучением эпидемиологии ГЛПС планомерно трудились маститые ученые из НИИ полиомиелита и вирусных заболеваний, вирусного энцефалита. Проводили работу по определению антител, разработке сывороток и вакцин при ГЛПС. По этим же научным направлениям в отделении выполняются кандидатские (Р.М. Уразаев, И.М. Загидуллин, Е.И. Герман, О.Е. Молодцова, А.Д. Кравец) и докторские диссертации (И.М. Загидуллин).

Осенью 1967 г. в Уфе на базе БРКБ им. Г.Г. Куватова состоялась Всесоюзная конференция по актуальным вопросам нефрологии и гемодиализа. В проведении конференции принимали участие видные ученые нашей страны: профессор Ю.А. Пытель, Т.П. Мочалова, Г.П. Кулаков, П.С. Серняк, изобретатель

отечественного аппарата «искусственная почка» Ю.М. Козлов, а также ученые, заведующие кафедрами и сотрудники БГМИ. С большим докладом (актовая речь), посвященным ГЛПС и ее лечению с применением гемодиализа, выступила М.Ф. Сакаева. Наблюдался большой рост пациентов с ГЛПС в стадии реконвалесценции, рост пациентов с ХПН.

В 1977 г. в РБ решился вопрос с организацией отделения проведения программного хронического диализа. МЗ РСФСР и лично министр здравоохранения

РБ и РФ, она была награждена орденом «Знак Почета» (1961), значком «Отличник здравоохранения» (1956). В 1966 г. ей присвоено звание заслуженного врача РБ. За большой вклад в организацию и становление урологии, гемодиализа, трансплантологии и нефрологии М.Ф. Сакаевой было присвоено звание «Герой Социалистического Труда» с вручением ордена Ленина в феврале 1969 г.

15 января 2009 г. на здании, где располагалось отделение № 14 «искусственная почка», была открыта мемо-



ранения Б.В. Петровский изыскали возможности обеспечить РБ современной аппаратурой. Был выделен многоместный аппарат фирмы Saksco. Впервые начали применять одноразовые диализаторы. В результате железнодорожной катастрофы под Улу-Теляком в 1989 г. было много пострадавших с обширными ожогами и развившейся ОПН. Мировая медицинская общественность откликнулась оказанием помощи. В частности, из Германии были срочно доставлены аппараты фирмы Frizenius (10 аппаратов в БРКБ и 5 аппаратов ДРКБ).

М.Ф. Сакаева заведовала отделением гемодиализа до выхода на пенсию 03.09.1984 г. В последующие годы, до 08.09.1990 г., она работала врачом-консультантом, проработав в БРКБ более 43 лет. Находясь на заслуженном отдыхе, Мария Федоровна продолжала интересоваться жизнью и работой отделения, была внимательным и гостеприимным человеком. В отделении ежегодно 15 января отмечали ее день рождения. Собирались все сотрудники, руководители больницы, ассистенты и доценты курса и кафедры урологии. Общение было теплым, радостным, веселым, сопровождалось угощениями и чаепитием.

Труд Мастуры Фахрутдиновны был высоко оценен правительствами

риальная доска, посвященная памяти основателя службы гемодиализа Герою Социалистического Труда Сакаевой Мастуре Фахрутдиновне.

В настоящее время в РБ получают программный диализ более 900 пациентов. Есть многие пациенты, которым программный диализ проводится 15–20 лет и более. Служба гемодиализа – прочная и необходимая база для организации отделения трансплантации почек в 1996 г. К настоящему времени произведено около 300 родственных и трупных пересадок. Количество пересадок из года в год растет, лист ожидания уменьшился более чем на 30%.

В 2012 г. чл.-корр. АЕН, президент БГМУ, профессор кафедры хирургии Венер Газизович Сахаутдинов написал книгу «Звезда Героя», посвященную своему Учителю – Мастуре Фахрутдиновне Сакаевой. «Учитель воплощала собой бескорыстную любовь к людям, постоянную неиссякаемую доброту, героизм защитницы Родины, идеал супружеской верности, мыслителя государственного деятеля, честь, славу и совесть медицинского работника РБ и РФ». Все эти качества передаются и наследуются нашими медицинскими поколениями.

**Общество урологов Башкортостана, филиал РОУ.**



**Везомни**  
солифенацин/тамсулозин

**Двойная сила в одной таблетке**

Информация для специалистов здравоохранения  
ИПМП ЛП-003196-140915, с инструкцией можно ознакомиться: [grls.rozdrav.ru](http://grls.rozdrav.ru)

АО «Астеллас Фарма».  
109147, Россия, Москва, ул. Марксистская, д. 16.  
Тел. +7 (495) 737-07-56. Факс +7 (495) 737-07-50.

 **astellas**  
Свет, ведущий к жизни

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ