

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

Малая урология:
обведение головки
полового члена
у детей

Операция, которой
более 4500 лет

Недержание мочи
у нерожавших
женщин

ТЕМА НОМЕРА:

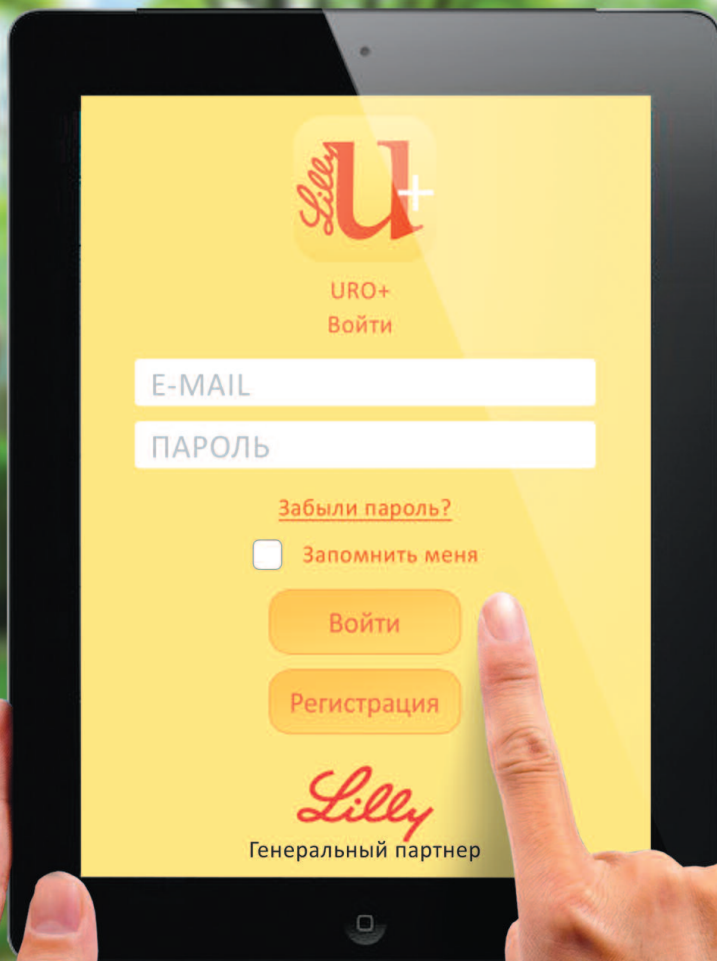
EAU-2018 МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ





Мобильное приложение для урологов

*Всегда в курсе всех
урологических новостей!*



App Store



Google play

Тема номера:

·» 33-й Конгресс Европейской Ассоциации урологов 2018. Обзор выступлений по теме «Мужское бесплодие»	2
·» Ошибки консервативной терапии бесплодия	10
·» Шаг за шагом от мужского бесплодия.....	16
·» Операция, которой около 4500 лет.....	24
·» Обведение головки полового члена: средневековое варварство?....	30
·» Андрологические аспекты сердечно-сосудистых заболеваний или как избежать «angina d'amour»	34
·» Биопсия простаты. Лучше меньше? Да! Лучше!	43
·» Недержание мочи у нерожавших женщин	52
·» Экстравагинальная транспозиция уретры: результаты 228 случаев.....	58
·» Малоинвазивные методики в лечении гнойных форм пиелонефрита.....	60
·» Психотерапия и психосоматическая медицина в вопросах репродукции	62
·» Влияние диеты на симптоматику интерстициального цистита/синдрома болезненного мочевого пузыря.....	64
·» Кафедра урологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского Циклы сертификационного и тематического повышения квалификации на 2018 год.....	66
·» Ростовский Государственный Медицинский Университет. Кафедра урологии и репродуктивного здоровья человека с курсом детской урологии-андрологии ФПК и ППС. Циклы сертификационного и тематического повышения квалификации на 2018 год.....	68
·» РГМУ. Циклы повышения квалификации в системе непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России для аккредитации специалистов на 2018 год.....	69
·» «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ. Учебный план циклов квалификации врачей-урологов на курсе постдипломного обучения кафедры урологии ФГБОУ ВО 2018 год	71

33-й Конгресс Европейской Ассоциации урологов 2018.

Обзор выступлений по теме «Мужское бесплодие»



М.Н. Коршунов

К.м.н., врач уролог-андролог, доцент кафедры урологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» Управления делами Президента РФ

В марте 2018 года в рамках 33-го Конгресса Европейской Ассоциации урологов Копенгаген принял специалистов со всего мира. На протяжении 5 дней эксперты делились новыми наблюдениями и результатами проделанных работ. Мероприятие, как всегда, сопровождалось огромным интересом аудитории, и сообщения российских урологов были признаны на самом высоком уровне.



Переходя к обзору наиболее интересных материалов, посвященных мужскому бесплодию, нужно сказать, что большое внимание сегодня уделяется здоровью мужчин не только в рамках нозологических форм, но и взаимосвязи с коморбидными заболеваниями.

Мужчина в XXI веке: возраст и бесплодие

Профессор Salonia A. на пленарной андрологической секции представил доклад, показывающий роль возраста мужчин при планировании отцовства и риски, связанные с тенденцией к его повышению, которые выражаются в учащении случаев онкологических заболеваний, шизофрении и аутизма у рожденных детей. Кроме этого, было отмечено, что с повышением возраста ухудшается не только качество спермы, включая повышение фрагментации ДНК сперматозоидов, но и в разы увеличивается число репликаций генома, анеуплоидий, что нередко приводит к потерям беременности и рискам врожденных пороков развития у детей. Важным моментом является снижение эффективности процедур вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) при лечении пациентов старше 40 лет.

Было отмечено, что мужчины с бесплодием чаще страдают соматическими заболеваниями: в 3 раза выше встречаемость кардиоваскулярной патологии и ожирения, в 4 раза - сахарного диабета 2 типа, в 10 раз возрастает риск опухолей яичек. Также имеется склонность к развитию психических заболеваний и депрессии.

Роль инфекций мочеполовых путей в мужском бесплодии

Salonia A. и итальянские исследователи в постерной работе показали высокую распространенность бессимптомной инфекции полового тракта среди бесплодных супружеских пар. При этом концентрация патогенов в эякуляте $>10^3$ КОЕ/мл считалась значительной бактериоспермией. Подавляющее большинство (79%) бесплодных мужчин имели бессимптомную инфекцию, в связи с чем авторы рекомендуют рутинную диагностику инфекций полового тракта при обследовании пациентов с патоспермией.

Очень интересное сообщение сделали коллеги из Орландо. Mouraviev M. с соавторами показали, что стандартное культуральное исследование биоматериала на среды при инфекционно-воспалительных заболеваниях мочеполовой системы ■

не всегда позволяет идентифицировать возбудителя. Это связано с формированием биопленок, трансформацией микробов в L-формы и биологическими особенностями анаэробной флоры. В этой связи была продемонстрирована высокая чувствительность и специфичность метода ДНК-верификации (секвенирования) микрофлоры при инфекциях мочевыделительной системы и полового тракта. Примерно в половине случаев, когда стандартный посев на флору показывал отрицательный результат, ДНК-тест позволял выявить возбудителя, и при этом чаще выявлялась анаэробный микробный пейзаж. Данный вид диагностики позволил улучшить результаты лечения и снизить число рецидивов.

Самое приятное, что мы тоже идем в ногу со временем, и на отечественном рынке с 2016 г. представлена тестовая система **Андрофлор**. Этот метод позволяет быстро (1-2 дня) и точно (метод амплификации нуклеиновых кислот характеризуется почти 100%-ной чувствительностью и специфичностью) проводить количественную оценку нормального и условно-патогенного микробиома мочеполовой системы у мужчин, а также идентифицировать основные ИППП. Важное преимущество новой технологии - количественное определение некультивируемых облигатных анаэробов, клинически значимых в развитии острых и хронических форм заболеваний репродуктивной системы мужчин.

На исследование могут быть направлены различные виды биоматериала (эякулят, секрет простаты, соскоб уретры, моча). Для удобства клинической трактовки результата в бланке приводится лабораторное заключение и используется цветовая кодировка. Методика Андрофлор может использоваться для оценки инфекционного фактора при бесплодии, в том числе и при лейкоцитоспермии, в обследовании при подготовке к ЭКО, случаях неэффективного лечения острых и хронических форм урологических заболеваний.

ВРТ: повысить эффективность за счет мужчин

Совместные наблюдения японских и греческих исследователей под руководством профессора Sofikitis N. показали, что результаты процедуры ИКСИ после проведенного хирургического лечения мужчин с варикоцеле (микрохирургическая варикоцелэктомия) демонстрируют лучшие показатели развития эмбрионов и их качество. При этом сравнивались результаты у фертильных мужчин, пациентов с варикоцеле до и после операции. Эмбриогенез оценивался с помощью метода кинематографии в реальном времени в течение 108 часов. Таким образом, под-

Андрофлор®

Победитель
национальной
медицинской премии
«Призвание 2014»



Новый тест для мужчин от разработчиков Фемофлора®

Победитель
Prix Galien Russia
2016 в номинации
«Лучший российский продукт»



Андрофлор® — отсутствие аналогов в мире

- количественная оценка нормального и условно-патогенного микробиома мочеполовой системы у мужчин + обнаружение ИППП;
- зарегистрирован в МЗ РФ как медицинский диагностик (Регистрационное удостоверение РЗН №2016/4490);
- в основе теста — одна из самых чувствительных и специфичных, быстрых и современных технологий — ПЦР в реальном времени.

Андрофлор® — всегда точно в срок

- тест позволяет оценить адекватность представленного для исследования биоматериала и определить группы микробов, являющихся причиной заболевания;
- дополнение или альтернатива традиционным методам диагностики инфекций репродуктивной системы;
- основа индивидуального и эффективного лечения пациента без избыточной терапии.

ВАЖНО! Андрофлор® достоверно определяет микроорганизмы, которые трудно или невозможно выявить при микробиологических посевах.

Когда нужен такой анализ?

- При диагностике причин бесплодия, репродуктивных неудач;
- При подготовке к ЭКО;
- При неэффективном лечении острых и хронических форм урологических заболеваний;
- Перед урологическим оперативным вмешательством.

Как выбрать тест?

Андрофлор®Скрин (короткий профиль) — диагностика острых форм заболеваний. Биоматериал — соскоб из уретры, с головки полового члена, крайней плоти. Первая порция утренней мочи — только при остром воспалении!

Андрофлор® (расширенный профиль) — диагностика острых и хронических форм заболеваний, причин бесплодия. Биоматериал — эякулят, секрет простаты.

Как интерпретировать результат?

Для удобства используется цветовая кодировка, бланк сопровождается лабораторным заключением.

- соответствие критериям нормы
- умеренное отклонение от критериев нормы
- выраженное отклонение от критериев нормы

Где выполнить Андрофлор®?

Назначить тесты можно в каждом городе России, они выполняются во всех федеральных лабораторных сетях и в крупных медицинских лабораториях.



«ДНК-Технология»

г. Москва, Варшавское шоссе, д. 125Ж, корп. 6, Тел./факс: +7 (495) 640-17-71,
www.dna-technology.ru, mail@dna-technology.ru

Служба клиентской поддержки:

8 800 200-75-15 (звонок по России бесплатный), hotline@dna-technology.ru

твержден факт пагубного влияния варикоцеле на геном сперматозоидов, что обосновывает предварительную подготовку мужчин с такой проблемой к процедурам вспомогательных репродуктивных технологий.

Salonia A. с группой исследователей из Миланского университета проанализировали значимость антимюллерова гормона (АМГ) и его соотношения с общим тестостероном в прогнозе получения сперматозоидов путем микро-ТЕЗЕ у мужчин с необструктивной азооспермией. Используя значения отсечки $<4,62$ нг/мл для АМГ и соотношение АМГ / общий тестостерон $<1,02$, был получен достоверный результат обнаружения гамет с точностью $> 93\%$. Авторы сделали заключение о важной значимости данных биомаркеров при планировании хирургической экстракции сперматозоидов у пациентов с секреторной азооспермией, с целью отказа от выполнения ненужных операций.

Montanari E. с соавторами из Миланского университета сравнили эффективность стандартной и микро-ТЕЗЕ с учетом возраста пациентов, уровня ФСГ, гистологической картины и данных выявления сперматозоидов. Наблюдение показало, что общий показатель получения гамет был сопоставим при 2-х методиках, при этом более неблагоприятный клинический профиль был выше в группе мужчин с необструктивной азооспермией, которым выполнялась микро-ТЕЗЕ. Данная операция имеет преимущества у пациентов старше 35 лет, при высоких значениях ФСГ крови и высокой степени вероятности Сертоли-клеточного синдрома.

Интересная работа под руководством Lee W. И и группой исследователей из Южной Кореи. Авторы проанализировали 20-летний опыт криоконсервации спермы 721 онкологическому больному. 584 (81%) наблюдаемых были женаты. Средний возраст при криоконсервации составлял 27 лет. В 15,4% заморозка спермы проводилась при терапии основного заболевания. В течение 75 месяцев наблюдения - 44 пациента (6,1%) использовали криосперму для проведения процедуры ВРТ непосредственно в центре, 9 (1,3%) - передали материал в криобанк другого медицинского учреждения, в 4,4% случаев образцы были утилизированы вследствие смерти наблюдаемого, 262 (36,3%) - утилизированы при отказе от договора хранения и 374 (51,9%) продолжают хранение. Использование спермы для ВРТ при криоконсервации в течение 158 месяцев у 2 пациентов привело к беременности. Авторы указали, что несмотря на невысокий показатель использования банка эякулята для программ ЭКО в течение продолжительного наблюдения, ожидаемое планирование отцовства может иметь место и в более поздние сроки.



Colombo F. и его коллеги из Италии показали, что эффективность микро-ТЕЗЕ напрямую зависит от навыков и опыта хирурга. Повышение частоты выявления сперматозоидов можно ожидать после проведения 50 операций, что напрямую связано с умением работать под большим увеличением.

Da Pozzo L.F с соавторами из Бергамо проанализировали гормональный профиль 110 мужчин с секреторной азооспермией через 3 месяца после проведения стандартной и микро-ТЕЗЕ. Авторы пришли к заключению, что данные вмешательства не вызывают значительного снижения послеоперационных гормональных показателей, включая уровни тестостерона, которые были сходны у пациентов в группах с-ТЕЗЕ и м-ТЕЗЕ. После оперативного лечения симптомов гипогонадизма никто из наблюдаемых не предъявлял.

Лечение патоспермии

Авторы из Великобритании под руководством Vaidya A. Представили систематический обзор по использованию антиоксидантов в лечении идиопатической патоспермии. Анализ проводился в соответствии с рекомендациями PRISMA. Были включены рандомизированные плацебо-контролируемые исследования. Показатели беременности были представлены в девяти докладах; только одна статья ■

сообщила о рождаемости. Значительные улучшения параметров спермы были отмечены с использованием: коэнзима Q10, L-карнитина, N-ацетилцистеина, витамина Е, омега-3 ПНЖК, селена и цинка. Было отмечено, что требуется дальнейшая оценка перспективных добавок с использованием параметров спермы, показателей беременности и рождения живых детей.

Ряд работ показал положительное влияние растительных фенольных водорастворимых антиоксидантов – биофлавоноидов на показатели спермограммы и снижение аномального уровня свободных радикалов в эякуляте.

В недавнем отечественном исследовании была выполнена сравнительная оценка эффективности биофлавоноида «Фомидан Плюс» (Оптисалт), витаминов Е, С, коэнзима Q10 и комбинированной терапии в коррекции ДНК-фрагментации сперматозоидов у бесплодных больных. Исследование включило 70 мужчин с первичным и вторичным бесплодием. Был отмечен сравнимый благоприятный терапевтический эффект витаминов С, Е, коэнзима Q10 и биофлавоноида «Фомидан Плюс» на ДНК-фрагментацию сперматозоидов. В свою очередь комбинированное использование данных препаратов продемонстрировало значимое улучшения целостности структуры ДНК гамет.

Minhas S. с соавторами из Лондона показали, что существует значимая корреляция между уровнями оксидативного стресса спермы и наличием полиморфно-ядерных лейкоцитов. Однако не было выявлено зависимости между показателем ДНК-фрагментации сперматозоидов и количеством семенных лейкоцитов. Это предполагает два отдельных патологических пути воздействия окислительного стресса на функцию и целостность сперматозоидов.

Работа, представленная кафедрой урологии ЦГМА УДП РФ, продемонстрировала возможности антиоксидантной терапии при подготовке мужчин с обструктивной азооспермией перед процедурами ТЕЗА/ИКСИ. Нами был отмечен положительный эффект в профилактике потерь беременности и повышении показателя родов при назначении нутриентов.

Подытожив вышеизложенную информацию нужно отметить, что 33-й Конгресс ЕАУ предоставил много полезной информации для практикующих специалистов. Но сохраняется много вопросов, касательно диагностики и лечения мужского бесплодия. Тщательный анализ и мультицентровые исследования лежат в основе каждой науки, целью которой является повышения качества оказания помощи пациентам. ■

ФОМИДАН ПЛЮС

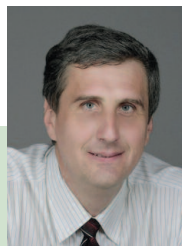
КОНТАКТНЫЙ ТЕЛ.:
8 (800) 555 07 17

ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:
OPTISALT.SU
COMPLEXSW.RU



СВИДЕТЕЛЬСТВО О ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ RU.77.99.003.Е.004299.02.15 ПРОИЗВОДСТВО РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ.
БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ.

Ошибки консервативной терапии бесплодия



И.А. Корнеев

Д.м.н., врач уролог-андролог высшей категории, профессор кафедры урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова

На заседании Дискуссионного образовательного клуба «АСПЕКТ» об областях применения консервативной терапии мужского бесплодия и сложностях, связанных с её правильным подбором, рассказал врач уролог-андролог высшей категории, доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова Игорь Алексеевич Корнеев.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 2000 года, бесплодие — это неспособность сексуально активной, не предохраняющейся от зачатия пары получить беременность в течение года. Согласно оценочным данным на текущий момент, в популяции таких пар порядка 15%, если считать тех, кто обращается за медицинской помощью. При этом в половине бесплодных браков выявляется мужской фактор бесплодия — обнаруживаются аномальные показатели эякулята.

Однако, как напомнил профессор, согласно определению ВОЗ, единицей репродуктивного здоровья является супружеская пара. Мужской и женский факторы всегда дополняют друг друга, поэтому бесплодие обычно наступает при субфертильности обоих партнёров. Красной нитью при работе с бесплодной парой должна проходить параллельная оценка репродуктивных способностей партнёров. Проблема является междисциплинарной и требует взаимодействия специалистов репродуктивной медицины — урологов, гинекологов, эмбриологов, репродуктологов и так далее. Социальную значимость вопроса тяжело переоценить, особенно для нашей страны.

Игорь Алексеевич заметил, что рассчитывать на консервативный подход нет большого смысла, когда предпосылкой к развитию бесплодия у мужчины служат генетические факторы. Однако в случаях, когда состояние обусловлено образом жизни, консервативные подходы зачастую могут обеспечить восстановление по-

тенциала фертильности. При этом тяжело ориентироваться на показатели эякулята как критерий эффективности того или иного лекарственного средства, поскольку естественная вариабельность показателей спермы у мужчин очень высока.

Приступая к лечению такого пациента, необходимо сделать ряд последовательных шагов, в зависимости от ситуации:

- Выявить излечимые состояния, являющиеся причиной бесплодия (вслед за этим предложить лечение, оценить вероятность наступления беременности по его окончании и рассмотреть целесообразность применения ВРТ).
- Выявить неизлечимые состояния (далее оценить возможность получения генетического потомства с помощью ВРТ, установить риски передачи генетических дефектов, а также обсудить с пациентом применение СД или усыновление).
- Установить диагноз идиопатического мужского бесплодия (затем приступить к эмпирической терапии в рамках протоколов и рассмотреть перспективу применения ВРТ).
- Предположить необъяснимое бесплодие (и обсудить применение ВРТ).
- Выявить другие потенциально угрожающие заболевания, которые проявляются бесплодием (и предложить лечение). В числе таких заболеваний, по словам И.А. Корнеева, первое место занимает рак яичка.

На практике, если следовать рекомендациям ВОЗ по обследованию бесплодной пары, то, как отметил профессор, трудно сбиться с пути. Более того, неследование этим рекомендациям, обладающим хорошей доказательной базой, по его словам, — предпосылка к будущим ошибкам.

Сегодня показаний к назначению консервативной терапии при мужском бесплодии не так много. Это инфекции половых желёз, нарушения эякуляции и эрекции, в ряде случаев гипогонадизм, а также идиопатические случаи.

В качестве примера для рассмотрения Игорь Алексеевич предложил ситуационную задачу: супружеская пара, недавно вступившая в брак, на протяжении 3 месяцев регулярной половой жизни без предохранения не может добиться беременности. Ранее беременностей не было, анамнез мужчины не отягощён, признаков патологии наружных половых органов не наблюдается. Клинико-лабораторная диагностика не проводилась. В качестве решения доктор порекомендовал выполнить спермограмму и клинико-лабораторное обследование мужчины, а также обследование женщины у гинеколога. Как пояснил докладчик, ■

дело в том, что вероятность наступления беременности у женщины снижается с возрастом даже в случаях применения ВРТ (ЭКО). Ситуация усугубляется при наличии отягощающих факторов. Поэтому даже по истечении всего 3 месяцев неудачных попыток зачатия женщине следует знать о наличии у себя факторов, снижающих вероятность наступления беременности.

Но что делать, если по итогам обследования женщина оказывается здоровой? Профессор Корнеев привёл другой пример: женщине в паре 25 лет, она здорова. В связи с характером работы супруга обычно происходит один половой акт в неделю. При этом пациентка говорит, что половой акт всегда совершается в день овуляции, а за ним идёт ещё несколько в последующие 2–3 дня. Со своей стороны, Игорь Алексеевич порекомендовал бы паре установить регулярную половую жизнь (каждые 1–2 дня). При этом, если удаётся совершать только один половой акт в относительно большом промежутке времени, лучше, чтобы он происходил за 2 дня до овуляции. Есть работы, которые показывают, что сперматозоид становится готов к оплодотворению яйцеклетки примерно через 48 часов. Кроме того, овуляция не обязательно приходится на середину цикла, отмечаемую пациенткой, — существует так называемое «окно фертильности».

Вместе с тем, если период воздержания становится длинным, качество сперматозоидов может ухудшиться. Так, у мужчин с нормозооспермией отмечается достоверное снижение доли сперматозоидов с нормальной подвижностью и морфологией после 11–14 дней воздержания. Кроме того, при олигозооспермии количество подвижных сперматозоидов с нормальной морфологией снижается уже после двух дней воздержания. Таким образом, воздержание не приводит к улучшению параметров эякулята у пациентов с патозооспермией, и при мужском бесплодии собирать эякулят лучше после одного дня воздержания. У мужчин с нормальными параметрами эякулята, выступающих, к примеру, донорами спермы, рекомендовано воздержание не более 10 дней (Levitas E. et al., 2005). Также в протоколах ВРТ при внутриматочной инсеминации наилучшие результаты получались при воздержании у донора менее 3 дней (Jurema M. V. et al., 2005).

Далее И.А. Корнеев привёл ещё один пример: обоим пациентам в паре по 29 лет, женщина здорова, ранее беременностей не было. Анамнез мужчины не отягощён, признаков патологии наружных половых органов не определяется. По результатам спермограммы ранее выявлена тератозооспермия. Пациенты жалуются на невозможность зачать ребёнка на протяжении двух лет регулярной половой

жизни без предохранения.

Игорь Алексеевич, а вместе с ним большинство специалистов в аудитории посчитали нужным в таком случае выполнить повторную спермограмму в соответствии с рекомендациями ВОЗ. При сохранении патозооспермии — рекомендовать лабораторное и инструментальное обследование мужчины для выявления факторов, снижающих фертильный потенциал.

Как отметил докладчик, на практике часто приходится сталкиваться с обращениями пациентов по поводу заключения спермограммы, которым подменяются диагнозы. Профессор подчеркнул, что олиго-, астено-, терато- и азооспермия диагнозами сами по себе не являются. Они могут рассматриваться только как указания для выполнения дальнейших исследований. Нужно обращать внимание на количественные и долевые показатели спермограммы, чтобы видеть ситуацию в целом. В принципе, любые аномальные показатели эякулята являются предпосылкой для проведения соответствующего обследования.

При этом есть ряд рекомендаций, которые можно дать пациентам с отклонениями от нормальных значений перед повторным анализом эякулята. В первую очередь, нужно учитывать факторы образа жизни и питания: сохранять партнёрские отношения с супругой, продолжать вести регулярную половую жизнь с достаточной частотой актов; избегать стрессовых ситуаций; не злоупотреблять алкоголем и бросить курить; поддерживать вес в нормальных границах (повышение индекса массы тела негативно сказывается на подвижности сперматозоидов); придерживаться сбалансированной диеты, богатой овощами и фруктами; устранить неблагоприятные факторы окружающей среды. Что касается приёма БАДов, нужно иметь в виду, что некоторые из них могут оказывать негативное влияние на фертильность, тут пациент должен проконсультироваться с врачом. Если пациент придерживается данных ему рекомендаций по подготовке к исследованию эякулята, через 74 дня можно проводить повторную спермограмму.

Бывают, разумеется, и случаи, когда повторная спермограмма подтверждает результаты первой. Игорь Алексеевич вернулся к клиническому примеру, озвученному ранее. Предположим, повторная спермограмма после соблюдения всех рекомендаций подтвердила тератозооспермию, однако при проведении клинко-лабораторной и инструментальной диагностики патологических признаков выявлено не было. Поставлен диагноз «идиопатическое бесплодие». В качестве варианта консервативного лечения доктор рекомендовал бы терапию ■

антиоксидантами. Также, по его словам, есть несколько работ, указывающих на эффективность гонадотропинов.

Вместе с тем, как отметил докладчик, во врачебном арсенале на сегодня нет больших плацебо-контролируемых исследований по эмпирической терапии при идиопатическом бесплодии. Любопытно, что 26% пар с аномальными параметрами эякулята в итоге добиваются беременности вообще без лечения (Collins et al., 1983; Siddiq and Sigman, 2002).

Сегодня в США для консервативного лечения пациентов с бесплодием наиболее популярны кломифена цитрат и тамоксифен. Существует мета-анализ, показывающий при их применении небольшое улучшение показателей эякулята и повышение вероятности наступления беременности. Также практикуется терапия фолликулостимулирующим гормоном (ФСГ) со схожими данными относительно эффективности. Сегодня применение этих препаратов, а вместе с ними — тестостерона, андрогенов, гонадотропинов (ХГТ/ЧМГ), бромкриптина, альфа-блокаторов, кортикостероидов и магния не рекомендуется при лечении бесплодия (Kamischke, Nieschlag, 1999). Отдельно профессор Корнеев подчеркнул тот факт, что препараты тестостерона при мужском бесплодии противопоказаны. Они угнетают выработку лютеинизирующего гормона (ЛГ) и ФСГ, тем самым препятствуя зачатию.

Напротив, хорошие данные поступают о применении антиоксидантов. В частности, пероральный приём препаратов с их содержанием повышает вероятность беременности с рождением живых детей в протоколах ВРТ, а возможно, и при попытках естественного зачатия (Showell M. G. et al., 2014). Кроме того, у такой терапии отсутствуют нежелательные побочные эффекты. Со своей стороны, Игорь Алексеевич предпочёл бы назначение комбинированной терапии со включением витаминов А, В, С и других антиоксидантов. Вместе с тем, дополнительных исследований требует тот факт, что оксидативная система в нормальном состоянии «вычищает» нежизнеспособные сперматозоиды, а значит, нужна сама по себе.

С учётом отсутствия у эмпирической терапии доказательной базы в очень многих аспектах, её, как подчеркнул профессор, следует считать экспериментальной. До тех пор, пока преимущества не будут доказаны в контролируемых клинических исследованиях, её не следует использовать в общей практике. Терапевтические схемы лечения, не имеющие доказательной эффективности, могут применяться только в клинических исследованиях. ■

Материал подготовлен Ю.Г. Болдыревой.

Видео выступления можно посмотреть на Uro.TV



КАКОЕ ЭТО СЧАСТЬЕ
БЫТЬ ОТЦОМ!



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

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

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

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

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

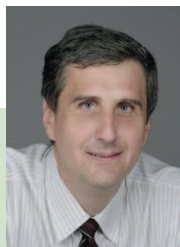
В ходе лечения, у пациентов не было зарегистрировано каких-либо нежелательных или побочных эффектов.

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

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



Шаг за шагом от мужского бесплодия



И.А. Корнеев

Д.м.н., врач уролог-андролог высшей категории, профессор кафедры урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова

В рамках программы «Час с ведущим урологом» выступил доктор медицинских наук, профессор Игорь Алексеевич Корнеев, имя которого пользуется признанным авторитетом в мировой урологии. Он рассказал о диагностике и лечении мужского бесплодия, как шаг за шагом преодолеть эту проблему и добиться наступления беременности у пары.

Мировая и российская статистика: идентичны или нет?

Тема мужского бесплодия весьма актуальна и широко обсуждаемых на различных урологических конференциях. На них же часто озвучиваются статистические данные, свидетельствующие о том, что бесплодием страдают порядка 15% супружеских пар. Примерно в половине случаев считается виноватым «мужской фактор». Однако, как подчеркнул Игорь Алексеевич, эти широко растиражированные данные не относятся к российской статистике.

По его словам, и в России, и мире тяжело вести статистику именно по мужскому бесплодию. Вместе с тем, данные по женскому фактору говорят о неблагоприятности ситуации. Все больше женщин страдает как первичным, так и вторичным бесплодием. Отмечается, что у жителей России обоих полов крайне распространены воспалительные заболевания органов малого таза. Кроме того, как заметил профессор, существует некоторый антагонизм между развитием передовых технологий, совершенствованием оперативных вмешательств и временными рамками, в течение которых необходимо решать проблему бесплодия. Дело в том, что у женщин окно фертильности гораздо более ограничено по времени, чем у мужчин. После 40 лет достигнуть беременности у пациентки становится весьма тяжело.

Игорь Алексеевич напомнил, что, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, единицей репродуктивного здоровья считается супружеская пара, а не отдельный



пациент того или другого пола. Таким образом, при лечении бесплодия необходимо ориентироваться на партнёрский подход. Для врачей при понимании этой проблемы также важны междисциплинарность и коллегиальность. В качестве первичных источников информации профессор порекомендовал клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов (EAU), переведённые на русский язык, а также российские клинические рекомендации по лечению мужского бесплодия. Но вместе с этим он подчеркнул, что на практике любой пациент оказывается сложнее, чем то, что отображено в нескольких абзацах клинических указаний. В своем выступлении он постарался пошагово обрисовать алгоритм работы с парой, имеющей жалобы на невозможность зачатия потомства.

Шаги в сторону от бесплодия

Первым шагом является подтверждение проблемы бесплодия. Нередко бывает так, что пара ожидает очень скорого наступления беременности при наличии регулярной половой жизни. Согласно оценке, озвученной Игорем Алексеевичем, вероятность наступления беременности у партнёров в возрасте 25 лет при достаточно частых половых актах составляет порядка 20–25 % в месяц. За год вероятность зачатия составляет, таким образом, около 80%. В дальнейшем с возрастом этот показатель снижается. О бесплодии стоит говорить только при отсутствии результата через год регулярной половой жизни без предохранения.

Второй необходимый шаг — убедиться в том, что супруги проходят обследование одновременно. Лектор напомнил о том, что так называемое мужское бесплодие, которое терминологически, с его точки зрения, можно приравнять к бесплодию в браке, наблюдается только в половине случаев. Учитывая снижение фертильности женщины с возрастом и зависимость выбора метода лечения от этого фактора, крайне важно, чтобы партнёры обследовались вместе.

Третий шаг - необходимо грамотно распланировать обследование мужчины. Здесь работа ведётся в двух направлениях. Первое из них — оценка фертильного потенциала пациента. Сюда входят сбор анамнеза, физикальное обследование с определением уrogenитального статуса, спермограмма, а также УЗИ органов мошонки. Второе направление — диагностика нарушений мочеполовой сферы для оценки состояния здоровья мужчины в целом. На сегодня доступны работы, показывающие, что чем хуже параметры эякулята, тем ниже ожидаемая ■

продолжительность жизни мужчины. Вместе с тем, ни один из показателей эякулята не даёт прямой информации о том, насколько сперматозоид способен оплодотворить яйцеклетку. Все они косвенны: оценивая число, подвижность и внешний вид сперматозоидов, нельзя дать индивидуальный прогноз о вероятности наступления беременности. Гораздо более значимой, чем интерпретации результатов спермограммы, может быть информация о наличии у мужчины ранее рождённых здоровых детей.

Фертильный потенциал мужчины складывается из факторов нескольких подгрупп: генетических; факторов образа жизни; факторов окружающей среды; а также сопутствующих болезней, таких как варикоцеле, ятрогения, ИППП, наличие антиспермальных антител и т. д. В зависимости от их совокупности пациент может оцениваться как фертильный, субфертильный или бесплодный. При этом, как подчеркнул профессор, потенциал фертильности мужчины не может оставаться постоянно на одном уровне. В разные периоды жизни он бывает различным, и задача врача — понять, в какой точке на этой шкале находится пациент. Кроме того, мужчина может быть фертилен в условиях естественного зачатия, внутриматочной инсеминации, ЭКО или даже ИКСИ, для реализации которого достаточно одного живого сперматозоида. Все эти возможности необходимо иметь в виду.

Четвёртым шагом является сбор анамнеза. В частности, необходимо собрать анамнез половой жизни (её частота, регулярность, законченность половых актов); анамнез по проблеме бесплодия (первичное или вторичное бесплодие; информация о половом развитии; предшествующие диагностика и лечение); а также данные о перенесённых заболеваниях и операциях, факторах образа жизни и окружающей среды и, наконец, семейный анамнез.

Игорь Алексеевич также напомнил, что вероятность зачатия выше не при ежедневных половых актах, после воздержания в течение 5–7 дней или непосредственно в день овуляции, вопреки мнениям, распространённым среди пациентов. Так, ряд исследований демонстрирует, что шансы на зачатие в действительности ниже после воздержания. Кроме того, есть данные о том, что вероятность зачатия в сам день овуляции невелика и составляет лишь около 10% (Wilcox A. J. et al., 2000). Идеальное время — приблизительно за два дня до овуляции.

В качестве **пятого шага** выступают физикальное обследование с осмотром, а также определение уrogenитального статуса. Доктор обратил внимание слушате-



лей на то, аномалии развития, такие как гипоспадия и крипторхизм, могут быть элементами синдрома тестикулярного дисгенеза, включающего также ухудшение работы яичек. Это особенно важно в том контексте, что ещё одной частью синдрома является предрасположенность к злокачественным новообразованиям яичка.

Шестой шаг в работе с пациентом — это спермограмма, которая должна проводиться строго в соответствии с рекомендациями ВОЗ от 2010 г. Так, для подтверждения патозооспермии необходимо не менее двух спермограмм. При подтверждении по итогам второй из них необходимо продолжить андрологическое обследование. С точки зрения профессора, однако, оно может быть необходимо и про нормозооспермии, поскольку она не является доказательством фертильности. Верно и обратное утверждение: патозооспермия не может расцениваться как однозначное свидетельство бесплодия. Естественная вариабельность показателей эякулята, как напомнил, Игорь Алексеевич, крайне высока, что необходимо учитывать при анализе результатов спермограммы.

Также профессор выделил **комплекс дополнительных действий**. К примеру, при азооспермии полезно бывает провести центрифугирование с микроскопией осадка, при 100% астенозооспермии — использовать тесты для оценки жизнеспособности сперматозоидов, а при небольшом объёме эякулята — оценить посткоитальную мочу. Также в последнем случае можно рассмотреть вероятность расстройства эякуляции — ретроградного семяизвержения. Оно часто развивается, к примеру, на фоне сахарного диабета или как следствие приёма ряда препаратов (антидепрессанты, психотропные средства и т. д.), а также после перенесённых операций. При ретроградной эякуляции, однако, возможно получить сперматозоиды из посткоитальной мочи пациента или же хирургическим методом, после чего использовать их в программах ВРТ. В 2017 году И. А. Корнеев и Р. Д. Зассеев опубликовали статью о получении сперматозоидов у пациентов с ретроградной эякуляцией и анэякуляцией.

Следующим, **седьмым шагом** является гормональное тестирование. Обязательно исследуются три гормона: ФСГ, ЛГ и тестостерон. Помимо этого, в ряде случаев могут выполняться анализы уровня пролактина и ТТГ. В этой области, как заметил Игорь Алексеевич, у пациентов присутствует множество заблуждений. В частности, о том, что нормальные уровни гормонов свидетельствуют о наличии сперматозоидов, о том, что ожирение — весьма распространённая ■

проблема — не препятствует нормальному сперматогенезу, что повышенный уровень ФСГ необходимо нормализовать и что для улучшения показателей спермограммы необходимо использовать препараты тестостерона. На самом же деле нет ни одного фактора, который бы гарантировано предсказывал наличие сперматозоидов в яичке, и практически каждый мужчина имеет шанс на репродуктивную реализацию, уровень ФСГ снижать не надо, ожирение негативно сказывается на сперматогенезе, а препараты тестостерона могут обладать даже контрацептивным действием. Нередко на фоне применения как инъекционных, так и гелевых форм препаратов этого гормона развивается азооспермия. Восстановлению фертильности в таких случаях Игорь Алексеевич посвятил совместную с Р. Д. Зассеевым и О. И. Забелкиной статью в журнале «Андрология и генитальная хирургия» (2017). Согласно зарубежным данным, на восстановление фертильности после терапии препаратами тестостерона у мужчин может уходить до двух лет. Доктор подчеркнул, что существует множество методов нормализовать уровень тестостерона, не прибегая к фармакотерапии. Это снижение массы тела, повышение уровня физической нагрузки, отказ от курения и злоупотребления алкоголем, а также от тепловых процедур, влияющих на яички, снижение влияния профессиональных вредностей и, наконец, повышение регулярности половой жизни.

Шаг восьмой — микробиологическое обследование. Как подчеркнул Игорь Алексеевич, тут необходимо иметь в виду, что не столько сами микроорганизмы-возбудители, сколько последствия воспалительных заболеваний органов малого таза могут становиться причиной снижения фертильности. В списке возможных состояний, связанных с ними, — эпидидимит, орхит, простатит и обструкция семявыносящих путей. Например, в процитированном лектором исследовании, рассматривавшем факторы риска развития бесплодия у 324 мужчин, которые обратились в центр ВРТ, у 81 человека (35,1% от общего числа) были выявлены заболевания, передающиеся половым путём, и их последствия; у 19 (8,2%) — эпидидимиты и орхиты; ещё 17 (7,4%) перенесли травму органов мошонки, у 16 (6,9%) наблюдался крипторхизм, а 11 (4,8%) были оперированы по поводу варикоцеле. При этом, однако, у 62 пациентов (26,8%) не наблюдалось никаких патологий. Также Игорь Алексеевич подчеркнул, что простатит — и бактериальный, и даже абактериальный — вполне способен воздействовать на качество эякулята. Грамотное лечение бактериального простатита позволяет достигнуть сразу несколь-



ких важных целей: снизить степень повреждённости сперматозоидов, оксидативного стресса и фрагментации ДНК сперматозоидов, нормализовать эякуляторную функцию, а также уменьшить риски бактериального загрязнения сред, используемых при ВРТ.

Следующий **девятый шаг** — это генетическое обследование с выявлением кариотипа, AZF и CF. Профессор предполагает, что у генетических исследований большое будущее в части лечения пациентов с идиопатическими формами бесплодия, численность которых сегодня достигает 40–45%.

Десятый шаг — инструментальные обследования, такие как УЗИ предстательной железы (по показаниям) и органов мошонки. Исходя из результатов последнего, пациентам с тяжёлыми формами варикоцеле может назначаться хирургическое лечение, по результатам способное помочь в снижении степени фрагментации ДНК. Однако, как подчеркнул Игорь Алексеевич, результаты такой операции могут оказаться и негативными, к чему стоит подготовить пациента. Впрочем, в группе мужчин, получивших хирургическое лечение, частота наступления беременности, по данным мета-анализа, становилась выше, в сравнении с контролем (Bazeem A. et al., 2011). В то же время, рекомендации ЕАУ предписывают проводить такое лечение лишь про олигоспермии, с высокой вероятностью вызванной варикоцеле. Игорь Алексеевич добавил, что при выявленном у бесплодного пациента микролитиаза рекомендуется провести биопсию яичка для исключения карциномы *in situ*.

Дальнейшие шаги в работе с пациентом могут варьировать в зависимости от ситуации. Так, могут проводиться специальные исследования, направленные на выявление наличия антиспермальных антител, уточнение жизнеспособности сперматозоидов, их ДНК-фрагментации, а также функциональные тесты сперматозоидов (пенетрация, акросмальные реакции, креатинкиназа, ROS, связь с гиалоурановой кислотой, зрелость мембран, апоптоз, исследование под большим увеличением). В частности, антиспермальные антитела в составе эякулята снижают целостность гемато-тестикулярного барьера, а потому этот фактор должен быть рассмотрен как снижающий фертильность мужчины. Определение их же наличия в крови, как правило, неинформативно, за исключением случаев азооспермии, когда оно может быть свидетельством обструкции.

Тест на определение фрагментации ДНК сперматозоидов, как подчеркнул лектор, на сегодня не стандартизирован, поэтому разные авторы получают при его

использовании различные результаты. Единого мнения на его счёт во врачебной среде пока не сложилось, так что тут профессор рекомендует докторам опираться на здравый смысл и собственный опыт лечения бесплодия.

Весьма непростой проблемой остаётся идиопатическое бесплодие. Тут европейские указания призывают с осторожностью использовать препараты, относящиеся к гонадотропинам и антиэстрогенам. Мета-анализы показывают их эффективность для некоторых групп пациентов, но численность их крайне невелика, и пока неясно, как выявить этих мужчин. В свою очередь, пероральный приём антиоксидантов может приносить неплохие результаты без нежелательных побочных эффектов.

Таким образом, в результате работы с пациентом, обратившимся по поводу бесплодия, врач должен выявить сопутствующие заболевания, которые проявляются бесплодием, либо излечимые состояния, являющиеся его причиной, и предложить лечение, а по его итогам — оценить вероятность зачатия естественным путём. Если она невелика или состояние не является излечимым, — предложить ВРТ, донорство или усыновление. При этом, согласно действующему приказу Минздрава России, рекомендовать эти варианты пациентам следует через 9–12 месяцев безуспешного лечения.

Проблема бесплодия является комплексной, требует тщательного обследования обоих партнёров и тесного взаимодействия врачей различных специальностей: урологов, андрологов, гинекологов, генетиков, эмбриологов, эндокринологов, терапевтов, психологов и т. д.

В заключение Игорь Алексеевич напомнил, что проблема бесплодия является комплексной, требует тщательного обследования обоих партнёров и тесного взаимодействия врачей различных специальностей: урологов, андрологов, гинекологов, генетиков, эмбриологов, эндокринологов, терапевтов, психологов и т. д. Все эти специалисты в своей работе должны выработать единый взгляд на проблему с опорой на позиции доказательной медицины. ■

Материал подготовлен Ю.Г. Болдыревой.

Видео выступления можно посмотреть на Uro.TV

Я = АЛЬФА.

И СИЛА МОЯ ВНУТРИ

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



На фоне курсового приема комплекса «Альфа» наблюдалось:

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

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

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

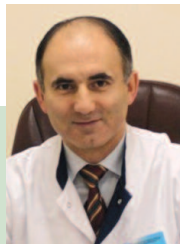
Оценка эффективности и безопасности применения комбинированного препарата «Альфа» в условиях рутинной клинической практики у мужчин с симптомами гипогонадизма: 3-месячное наблюдательное исследование. Ефремов Е.А., Коршунов М.Н. Золотухин О.В., Мадыкин Ю.Ю., Красняк С.С.

SHPharma
source of healing

Операция, которой около 4500 лет

С.В. Гамидов

Д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова, заведующий отделением андрологии и урологии Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В. И. Кулакова



Выступления доктора медицинских наук, профессора кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова, заведующего

отделением андрологии и урологии Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В. И. Кулакова Сафара Исраиловича Гамидова всегда пользуются огромной популярностью среди специалистов. Но лекция по методикам выполнения циркумцизии побила все рекорды - ее просмотрели 2117 уникальных пользователей-урологов. На страницах Дайджеста урологии мы представляем краткое описание этой лекции, а ее видео вы можете посмотреть на ресурсе дистанционного образования для урологов UroEdu.ru в рамках курса «Мануальные навыки уролога».

История операции

Хирургическая операция по иссечению крайней плоти полового члена впервые упоминается в документах, датированных 2300-ми годами до н.э., когда в древнем Египте правила шестая династия фараонов.

Вряд ли можно встретить уролога, который не выполнял эту операцию хотя бы раз в течение своей профессиональной жизни. С 2008 по 2016 годы во всём мире было выполнено около 14,5 млн обрезаний крайней плоти, а это всего лишь 70% от целевого уровня. По прогнозам, такой подход может предотвратить 500 000 новых случаев ВИЧ-инфекции к концу 2030 года (Jonas Z. Hines, 2017).

На сегодня известно о целом ряде преимуществ циркумцизии. В частности, операция снижает риск инфекционно-воспалительных заболеваний нижних мочевыводящих путей у детей; у взрослых - уменьшает вероятность заболеваний, передающихся половым путём (ВИЧ, сифилис и генитальный герпес); выполненная



в детском возрасте — снижает риск рака головки полового члена; вероятность передачи партнёрше ВПЧ 16-го и 18-го типов, что, в свою очередь, уменьшает риск рака шейки матки. Кроме того, обрезание считается лучшей мерой гигиены полового члена, особенно при частых эпизодах баланопостита.

Циркумцизия проводится по религиозным (у иудеев и мусульман), медицинским (профилактика заболеваний, фимоз), эстетическим и гигиеническим показаниям, а также как этап операции на половом члене. Это достаточно простой тип вмешательства, однако, как подчеркнул Сафар Исраилович, любая операция, независимо от сложности или лёгкости её выполнения, может иметь серьезные последствия.

Показания и противопоказания

Наиболее частыми причинами проведения операции у взрослых мужчин являются множественные остроконечные кондиломы крайней плоти или головки полового члена; затруднённое обнажение головки полового члена — фимоз; травма крайней плоти; часто рецидивирующие баланопоститы, а также преждевременное семяизвержение.

Противопоказаниями, в свою очередь, являются гипоспадии или эписпадии (до реконструкции уретры); запущенная форма парафимоза; активный воспалительный процесс в области головки полового члена с эрозивными компонентами; патологическое отделяемое из мочеиспускательного канала; гемофилия (заболевание крови). Помимо этого, могут наблюдаться другие видимые противопоказания, такие как, например, онкологические заболевания.

Варианты выполнения операции

Существует несколько вариантов циркумцизии. Так, при *частичной её форме* крайняя плоть обрезается, но не вся. В результате головка до конца не оголяется. При *минимальной циркумцизии* проводится иссечение отдельного участка крайней плоти. Этот метод назначается при наличии рубцов округлой формы, например, образовавшихся вследствие избытка крайней плоти. При *свободной циркумцизии* в результате обрезания головка полностью открывается. Для такого метода типично формирование бороздки в венечной области. *Тугая циркумцизия* — это когда ■

срезается вся крайняя плоть с головки члена, что приводит к натяжению кожи головки, причём сама головка становится практически неподвижной. Этот метод используется крайне редко. **Высокая циркумцизия** подразумевает удаление значительной части кожи. В результате операции формируется послеоперационный циркулярный рубец, который может иметь место на разном расстоянии от основания члена. Наконец, **низкая циркумцизия** — это полное срезание внутренних тканей крайней плоти. Операционный шов расположен в венечной борозде.

Варианты обезболивания: что оптимально?

Одним из важных аспектов при циркумцизии является выбранный метод обезболивания. Их существует несколько: инфильтративная местная анестезия; проводниковая **прикорневая блокада** полового члена; интракавернозная локальная анестезия; спинномозговая анестезия; внутривенная или общая анестезия. С точки зрения профессора С.И. Гамидова, одним из наиболее оптимальных методов является прикорневая блокада. При её выполнении, однако, важно ориентироваться на особенности иннервации полового члена. В то же время Сафар Израилович выступает против интракавернозного метода в силу высокого риска развития осложнений, например, фиброза.

Варианты используемого инструментария

Помимо этого, методы циркумцизии у детей подразделяются по применению различного инструментария:

- метод с использованием зажима (forced-guided method);
- с использованием зажима Gomco-Clamp;
- с использованием зажима MOGEN;
- метод Plastibell

По словам лектора, конструкция зажима Clamp достаточно сложна и не очень удобна в использовании. Зажим MOGEN, напротив, удобен для врача. Что касается Plastibell, эта конструкция пока официально не представлена в России. При её использовании выполняется дорсальный разрез крайней плоти. После этого на головке пениса размещается колокольчик, и препуция укладывается поверх



конструкции Plastibell. Крайняя плоть фиксируется над ней с помощью лигатуры, завязываемой в области желобка (паза). Избыток кожи выше лигатуры отсекается. Кроме того, в традиционном еврейском обрезании практикуется использование Бразеля. Такой метод, по словам Сафара Израиловича, позволяет минимально повреждать отдалённые ткани кожи полового члена.

У взрослых пациентов применяется свой набор методов, в основном — метод с использованием зажима (forced-guided method). У больных с фимозом и парафимозом чаще используется метод дорсального разреза (dorsal slit method). Кроме того, у пациентов с крупными подкожными венами предпочтителен метод циркулярной резекции (sleeve resection method). Он обеспечивает лучший контроль кровотечения. Помимо этого, в ряде случаев выполняется эстетическая или косметическая проксимальная циркумцизия.

Сравнительная характеристика методов выполнения циркумцизии

Наиболее распространённым сегодня является первый метод. Тут, как подчеркнул Сафар Израилович, чтобы не иссекать лишние участки внутреннего листка крайней плоти и получать ровные края раны, важно уметь правильно накладывать зажим. Опасность возникает при использовании местной инфильтративной анестезии — поскольку введённый анестетик меняет анатомию и способствует ошибкам хирурга, — а также у пациентов с аномальным анатомическим строением уретры.

Ещё один часто возникающий вопрос: где рассечь кожу, над или под зажимом? Как пояснил профессор, при рассечении над зажимом останутся разрозненные участки кожи, а внутренний листок будет требовать дополнительного иссечения. В свою очередь, рассечение под зажимом требует от врача опыта и осторожности, чтобы не повредить головку полового члена.

По словам лектора, несколько более безопасным является метод дорсального разреза. При его выполнении требуется, однако, грамотное ушивание раны (П-образный и узловые швы).

Метод циркулярной резекции является, по словам доктора, наиболее чётко выверенным и косметически приемлемым. При его использовании точно отмеряется необходимая область внутреннего листка крайней плоти и соответственно маркируется наружный листок. Это контролируемая операция, поскольку по ■

ходу иссечения крайней плоти коагулируют кровоточащие сосуды. Часто этот метод применяется на одном из этапов комплексной пенильной хирургии.

В 2013 американским специалистом (J. Francois Eid) предложен метод косметической циркумцизии, схожий с методом циркулярной резекции с той разницей, что в этом случае примеряются проксимальные разрезы. Сафар Израилович отметил, что он, со своей стороны, является противником этого метода, поскольку при нём сохраняется внутренний листок и проводится пластика уздечки. Как правило, это сопровождается отёком внутреннего листка крайней плоти. Однако иногда, если для больного крайне важно, чтобы ближе к крайней плоти не было никаких рубцовых изменений, можно прибегнуть к этой методике.

Ещё один важный момент — правильное наложение послеоперационной повязки. Чтобы при повторной перевязке материал не прилипал к раневой поверхности, используется масляный антибактериальный раствор Tamprograss, а сверху него — самофиксирующиеся повязки Peha-haft. Профессор заметил, что не одобряет использования турникетов на половом члене.

Осложнения циркумцизии

Как у любого вмешательства, у циркумцизии может быть ряд осложнений. В частности, это кровотечения и гематомы, повреждения головки полового члена и мочеиспускательного канала, ишемические изменения полового члена, гнойно-воспалительные осложнения, эстетические проблемы, а также искривления полового члена. Отдельной строкой профессор выделил развитие кавернозного фиброза после интракавернозного ведения раствора лидокаина при циркумцизии. Изменения, связанные с ним, зачастую требуют хирургического лечения и установки имплантантов.

Иногда циркумцизия помогает избавить пациента даже от гнойно-некротических изменений, однако, как подытожил Сафар Израилович, нельзя относиться к выполнению этой операции поверхностно и чересчур спокойно. Многие дети подвергаются таким вмешательствам, а особенности и размеры детского организма диктуют необходимость в тщательном подходе. Прежде чем приступить к выполнению подобных операций, нужно отметить наличие анатомических особенностей у пациента, а также объективно оценить уровень своих навыков и умение корректировать осложнения в случае, если таковые возникнут. ■

Материал подготовлен Ю.Г. Болдыревой.

Видео лекции можно посмотреть на UroEdu.ru



*Первая скрипка
в дистанционном
образовании!*

Непрерывное профессиональное образование в урологии – UroEdu.ru



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

Обведение головки полового члена: средневековое варварство?



С.Н. Зоркин
Д.м.н., профессор, руководитель клиники урологического отделения
НМИЦ Здоровья детей

Частые гости детских урологов — родители мальчиков, обеспокоенные тем, что у их сына не открывается головка полового члена. Актуальный взгляд на этот вопрос представил в своём докладе на заседании ДОК «АСПЕКТ»

*руководитель клиники урологического отделения НМИЦ Здоровья детей
д.м.н., профессор Сергей Николаевич Зоркин.*

По словам профессора, сегодня складывается впечатление, что детские урологи недостаточно серьёзно относятся к этой распространённой проблеме, и в ряде мест до сих пор прибегают к процедуре обведения головки полового члена мальчиков безо всякой реальной необходимости. Спикер подчеркнул, что сроки открытия головки у каждого ребёнка крайне индивидуальны, при этом она может открываться только у 4% новорождённых и у каждого пятого мальчика до трёх лет — именно поэтому до трёхлетнего возраста вообще не следует предпринимать какие бы то ни было действия.

Более того, у четверти пациентов до 18 лет головка может не открываться, не принося никакого дискомфорта. Таким образом, сроки полного освобождения головки от синехильных сокращений — понятие, безусловно, индивидуальное. В среднем можно ориентироваться на 6–7 лет - после этого возраста на фоне гормональной перестройки меняется биохимический состав смегмы, и склонность к возникновению воспалений головки и крайней плоти полового члена возрастает.

У всех мальчиков изначально крайняя плоть сращена с головкой ПЧ нежными врождёнными синехиями. Эти спайки постепенно самостоятельно разделяются по мере того, как головка пениса готовится открыться. Врачу-урологу при этом следует помнить, что фимоз и синехии не являются синонимами: во втором случае головка защищена верхними спайками, в первом же присутствует сформировавшееся рубцовое кольцо. Фимоз является заболеванием, требующим проведения



циркумцизию, а в случае присутствия синехий стратегия должна подбираться индивидуально.

При наличии синехий уровень прикрепления спаек к головке может быть различным: до самой уретры, или же до венечной борозды головки полового члена. Самостоятельному разделению спаек способствуют ферменты, выделяемые сальными железами препуция, и спонтанные эрекции, возникающие у ребёнка. Важно помнить, что разделение врождённых синехий — процесс постепенный, не доставляющий ребёнку какого-либо беспокойства.

Необходимо также отличать такое заболевание, как баланопостит, — воспаление крайней плоти и головки полового члена. При нём скопление смегмы (творожистая смазка, продукт деятельности сальных желёз крайней плоти) в одном из «карманов» крайней плоти воспаляется. Половой член отекает, краснеет, из отверстия препуциального кольца выделяется жидкое гноевидное отделяемое, ребёнок жалуется на боль при мочеиспускании. Не нужно пугаться этого состояния, оно достаточно легко купируется и, несмотря на грозный вид, при простых и своевременных действиях достаточно серьёзной угрозы для здоровья ребёнка не представляет. При этом заболевании полезны простые тёплые ванночки с добавлением антисептиков или отвара ромашки. В некоторых случаях может производиться промывание препуциального мешка антисептическим раствором (хлоргексидина биглюконат или мирамистин). Как отметил Сергей Николаевич, такую манипуляцию способен легко выполнить специалист, однако научиться ей несложно и для любой мамы. Не стоит, однако, при выполнении процедуры использовать раствор марганцовки — её окислительное воздействие способно привести к рубцеванию нежных врождённых спаек. Как добавил доктор, при обращении с такой проблемой следует объяснить родителям ребёнка, что баланопостит обладает даже своего рода пользой: помогает раскрытию головки полового члена, являясь одним из механизмов «рассасывания» синехиальных сращений и выведения скопившейся смегмы. Баланопостит возникает из-за того, что к ранее стерильному скоплению смегмы открывается ход (спайки постепенно разделяются самостоятельно), по которому смазка сразу инфицируется микроорганизмами, живущими на коже. Развиваются отёк и воспаление, выделяются специфические ферменты, в результате чего спайки разъединяются ещё больше и скопление смегмы эвакуируется наружу. Сразу после этого процесс обычно стихает. ■

Когда же нужно предпринимать какие-то действия для открытия головки полового члена? Если в силу каких-либо причин самостоятельное разъединение спаек задержалось, по достижении шести-семи лет доктор может назначить ребёнку разделение синехий. Это связано с оптимизацией гигиенических навыков мальчика. Существует также ряд случаев, когда можно прибегнуть к разделению синехий и в более раннем возрасте. К показаниям относятся затруднённое мочеиспускание (с дилатацией препуциального мешка), частые баланопоститы (2–3 раза в год) и частые инфекции мочевых путей. Важно, что одномоментный процесс разделения спаек — крайне болезненная процедура, а потому место манипуляции должно быть полностью обезболено (10% аэрозоль лидокаина или 0,5% Эмла). При этом, как подчеркнул выступающий, важно оценить готовность пациента и его родителей к такой манипуляции и отложить её проведение в случае, если они не согласны или сомневаются.

У всех мальчиков изначально крайняя плоть сращена с головкой ПЧ нежными врождёнными синехиями. Эти спайки постепенно самостоятельно разделяются по мере того, как головка пениса готовится открыться. Врачу-урологу при этом следует помнить, что фимоз и синехии не являются синонимами: во втором случае головка защищена верхними спайками, в первом же присутствует сформировавшееся рубцовое кольцо.

Довольно частой ошибкой являются попытки одномоментного раннего разделения синехиальных сращений крайней плоти. Разделённые спайки без должного ухода на протяжении 7–10 дней неизбежно срастутся с головкой снова, но теперь это будут уже не нежные образования, а рубцово-изменённые ткани. Поэтому за уже открытой головкой необходим регулярный гигиенический уход.

При разделении синехий могут использоваться инструменты, но чаще это просто руки специалиста и салфетка. Крайне важным является уход за разъединёнными листками крайней плоти в течение, как минимум, недели. Эти действия необходимы для предотвращения повторного срастания разделённых спаек. Заключаются они в нанесении ряда мазевых препаратов (левомеколь, линимент синтомицина, бепантен), создающих прослойку между разделёнными поверхностями. Любой участок разделённой ткани, не имеющий такой мазевой прослойки, неизбежно срастается снова. ■

*Материал подготовлен Ю.Г. Болдыревой.
Видео лекции можно посмотреть на на Uro.TV*



Секреты природы и научные знания

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

ИСТОЧНИК ИСЦЕЛЕНИЯ



Андрологические аспекты сердечно-сосудистых заболеваний или как избежать «angina d'amour»



С.С. Красняк

врач уролог-андролог, научный сотрудник отдела андрологии и репродукции человека НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина Минздрава России

В программе «Час с ведущим урологом» подробную лекцию о восстановлении сексуальной жизни после перенесённых сердечно-сосудистых заболеваний, а также об эректильной дисфункции и важности её как предиктивного фактора болезней сердца у мужчин представил младший научный сотрудник отдела андрологии и репродукции человека НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н. А. Лопаткина Минздрава России Степан Сергеевич Красняк.

Жизнь или секс?

При нынешнем количестве узкоспециализированной информации мы, наверное, замыкаемся в своей специальности более, чем когда-либо. Однако у всех нас бывают пациенты с сопутствующими заболеваниями, и мы должны знать, как их правильно выстроить диагностический поиск и лечебный процесс. Процесс лечения урологических заболеваний у пациентов с коморбидностью, то есть наличием сопутствующих соматических болезней, — весьма актуальная тема ввиду общего старения населения и стремлением к повышению качества жизни. Он также подчеркнул, что андрология из всех урологических субспециальностей наиболее связана со смежными специальностями: эндокринологией, кардиологией, лечением инфекционных заболеваний и так далее.

Как заметил С.С. Красняк, проблемы сексуального характера известны с глубокой древности, особенно у пациентов старшего возраста. Действительно, с увеличением возраста пациентов растёт и распространённость сексуальных нарушений, в частности, эректильной дисфункции, а соответственно, и тяжесть необходимого лечения. В число наиболее активно обсуждаемых вопросов входят продолжение сексуальной жизни при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ); рациональная фармакотерапия ССЗ у мужчин, включая фармакологические



сочетания и неблагоприятные реакции на препараты; а также ранняя диагностика ССЗ с помощью эректильной дисфункции как прогностического маркера.

Далее спикер упомянул о таком явлении, как «*angina d'amour*» — проще говоря, смерти в ходе полового акта. Оно встречается менее чем в 5% случаев, в частности, сексуальная активность является причиной менее 1% инфарктов миокарда, что, однако, не исключает наличия проблемы. Любопытным является факт, что большинство этих случаев, по результатам исследования 1996 года, происходило в ходе внебрачных связей, — возможно, на фоне приёма алкоголя или препаратов для усиления эрекции, а также общего высокого уровня стресса. Данные метаанализа существующих исследований показали, что вероятность инфаркта миокарда в ходе полового акта составляет около 2,7%.

Сроки восстановления сексуальной жизни после инфаркта

Степан Сергеевич также отметил, что пациенты, перенёвшие, к примеру, инфаркт, далеко не всегда получают в медицинских учреждениях адекватную консультацию относительно продолжения сексуальной жизни: врачи просто не считают нужным обращаться к этой проблеме, концентрируясь на сохранении жизни пациента. По этой причине спикер призывает коллег всегда выяснять у пациентов, живут ли те половой жизнью, и если нет, то каковы причины.

Важно иметь в виду, что существуют сроки восстановления сексуальной активности после ряда заболеваний. Пациентам после инфаркта миокарда рекомендуется избегать половых связей в течение 1–4 недель, в зависимости от состояния и переносимости физической нагрузки. После коронарного стентирования этот срок составляет 1–2 недели. После имплантации кардиостимуляторов — всего 1 неделю, а вот после шунтирующих операций или операций на клапанах требуется 6–8 недель для восстановления. При постановке диагноза сердечной недостаточности ограничений обычно нет, за исключением тяжёлых случаев.

Необходимо понимать, что если мужчина после сердечно-сосудистого события не возобновляет сексуальную активность в течение нескольких месяцев, — речь, вероятно, может идти о депрессии. Это тяжёлое состояние, способное усугублять соматические заболевания и в ряде случаев — нести угрозу жизни пациента, так что его ни в коем случае нельзя оставлять без внимания. При этом 40% мужчин ■

на сегодня полностью прекращают половую жизнь после инфаркта миокарда и операции на сердце именно потому что считают, что это приведёт к повторному инфаркту, то есть, по сути, из-за неосведомлённости. Здесь важно объяснить пациенту, что половой акт — это рядовая форма физической активности, не представляющая дополнительной угрозы при общей хорошей толерантности к физической нагрузке.

Алгоритм восстановления сексуальной активности при ССЗ

Существует документ, всесторонне описывающий проблему — «Второй Принстонский консенсус». Его авторами был предложен следующий алгоритм: если мужчина предъявляет запрос на восстановление сексуальной активности, нужно вначале подтвердить наличие эректильной дисфункции (тест с простагландином E1, анкетирование по шкале МИЭФ-5, сбор анамнеза) и провести оценку толерантности к физической нагрузке (тредмил-тест или велоэргометрия). В соответствии с результатами по второму пункту, пациенты делятся на группы риска: высокого, низкого и промежуточного уровня. Пациенты из группы низкого сердечно-сосудистого риска проходят затем консультирование на предмет восстановления сексуальной функции. Мужчины из группы высокого риска предварительно направляются к кардиологу для устранения факторов риска. Промежуточная группа через некоторое время повторно проходит пробу с физической нагрузкой, после чего проходит по одному из вышеописанных путей.

Таким образом, пациенту, желающему восстановить сексуальную функцию после сердечно-сосудистого эпизода, категорически необходимо направление к кардиологу либо к специалисту по функциональной диагностике для выявления уровня толерантности к физической нагрузке. У пациентов с низкой толерантностью несвоевременное возобновление сексуальной активности может привести к печальным последствиям.

Пациентов группы низкого уровня риска характеризуют, в частности, отсутствие симптомов (менее трёх факторов риска ишемической болезни сердца, ИБС); контролируемая артериальная гипертензия; состояние после успешной коронарной реваскуляризации; неосложнённый инфаркт миокарда давностью более 6–8 недель; лёгкое клапанное поражение; а также недостаточность кровообращения I класса (NHYA).

Пациенты из промежуточной группы имеют более двух факторов риска ИБС; стенокардию напряжения высокого функционального класса; инфаркт миокарда



давностью от 2 до 6 недель; недостаточность кровообращения II класса (NHYA); а также внесердечные проявления атеросклероза (цереброваскулярную недостаточность, поражение сосудов конечностей и т. д.).

У группы высокого уровня риска наблюдаются нестабильная или резистентная к лечению стенокардия; неконтролируемая артериальная гипертензия; недостаточность кровообращения III–IV класса (NHYA); инфаркт миокарда или инсульт давностью менее 2 недель; жизнеугрожающие аритмии; гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия; и, наконец, тяжёлые поражения клапанов.

Основные и наиболее доступные советы, которые можно дать пациенту, желающему восстановить сексуальную функцию, — избегать секса после обильной пищи или употребления алкоголя, выбрать для полового акта удобную позу и попросить партнёра взять на себя более активную роль, а также держать поблизости препараты нитратов.

Взаимное влияние препаратов при ЭД и ССЗ

Следующий серьёзный аспект — рациональная фармакотерапия ССЗ с точки зрения влияния применяемых препаратов на сексуальную функцию, а также влияние препаратов для поддержания эректильной функции на сердечно-сосудистую систему. Согласно общим рекомендациям, сердечно-сосудистые препараты, которые могут облегчить симптомы и улучшить выживаемость, не должны отменяться из-за опасений по поводу возможного влияния на сексуальную функцию (American Heart Association, УД С). Здесь, как заметил Степан Сергеевич, необходимо взвешивать риск и пользу от приёма препарата.

Эта проблема особо актуальна, поскольку множество исследований говорит о том, что сердечно-сосудистые препараты (в частности, диуретики и бета-блокаторы) отрицательно сказываются на сексуальной функции (Maron B.J., 2010; Lue T.F., 2000; Grimm R.H. Jr., 1997). В случае с бета-блокаторами этот фактор может влиять на приверженность лечению, поэтому следует предупредить пациента об опасности самостоятельной отмены препарата. Наиболее благоприятными для сексуальной функции препаратами на сегодня являются небиволол, блокаторы ангиотензиновых рецепторов и ингибиторы АПФ.

Противоречивые данные поступают насчёт статинов. Так, отмечалось улучшение эректильной функции при приёме статинов в сочетании с ■

ингибиторами ФДЭ-5 и без них (Bank A.J., 2006; Saltzman E.A., 2004; Dadkhah F., 2010). Вместе с тем, отмечено, что у 22% пациентов из группы высокого уровня риска, принимавших статины, развивалась эректильная дисфункция (Solomon H., 2006).

Отдельной темой является сохранение сексуальной функции у женщин на фоне антигипертензивной терапии. В одном из немногих исследований, посвящённых этому вопросу (Grimm R.H., 1997), утверждается, что антигипертензивные препараты не оказывают на сексуальную функцию у женщин отрицательного воздействия. Однако другими авторами (Steinke E.E., 2008; Duncan L., 1993) отмечено, что тиазидные диуретики и альдостерон могут быть ассоциированы со снижением естественной лубрикации влагалища и нерегулярными менструациями.

Всем известная группа урологических препаратов — ингибиторы фосфодиэстеразы-5 (иФДЭ-5), такие как Виагра, Сиалис, Левитра, Зидена и т. д.. Они совместимы с большинством сердечно-сосудистых препаратов и безопасны в сочетании с антигипертензивными средствами, однако не ясна безопасность иФДЭ-5 у пациентов с тяжёлым аортальным стенозом и гипертрофической кардиомиопатией. Крайне важно, однако, что иФДЭ-5 абсолютно противопоказаны пациентам, принимающим нитраты. В частности, нитраты не должны приниматься в течение 24 часов после приёма Виагры, Левитры и Зидены, а также 48 часов после приёма Сиалиса. В противном случае может наблюдаться неконтролируемое снижение артериального давления, грозящее летальным исходом.

«Черные лебеди» и их влияние на жизнь

Также в ходе своего выступления Степан Сергеевич напомнил о концепции «Чёрного лебедя», согласно которой труднопрогнозируемые и редкие события могут иметь крайне значительные последствия для хода истории. Для пациентов в качестве персонального «Чёрного лебедя» часто выступают инфаркты, инсульты и другие сердечно-сосудистые события. Обычно эту ситуацию невозможно спрогнозировать, но на жизнь человека она оказывает огромное влияние. По этой причине актуальным становится вопрос: есть ли шанс всё же как-то предсказать подобные события? Сегодня ожидаемая продолжительность мужчин остаётся ниже максимума 1964 года, что лишь повышает важность данной темы. В России же, согласно прогнозам Федеральной службы статистики, ожидается катастрофическое

снижение численности мужского населения: на 5,9 млн человек до 2031 года.

Спикер привёл данные исследования, сравнивающего причины мужской смертности в различных возрастных группах на примере Германии и России. У российских мужчин практически во всех возрастах оказались значительно выше показатели смертности от внешних причин и сердечно-сосудистых заболеваний. При этом, как показал опрос ВЦИОМ 2013 года, 90% мужчин трудоспособного возраста (30–40 лет) считают свою сердечно-сосудистую систему здоровой. Однако, как показало исследование, проведённое в том же году (Пягай и соавт.), 65% мужчин из этой же группы страдали ожирением, 45% — курили, 70% — питались неправильно, 42% обладали высоким уровнем холестерина, 56% — высоким кровяным давлением и 62% имели крайне низкий уровень физической активности.

Для пациентов в качестве персонального «Чёрного лебедя» часто выступают инфаркты, инсульты и другие сердечно-сосудистые события. Обычно эту ситуацию невозможно спрогнозировать, но на жизнь человека она оказывает огромное влияние.

Согласно результатам исследования, проведённого Клиникой Мейо (Рочестер, США), у 5% мужчин старше 40 лет, считающих себя здоровыми, высок шанс обнаружения жизнеугрожающих заболеваний. Также у 34% обнаруживаются впервые выявленные заболевания и 48% — ранее неизвестные факторы риска.

Как подчеркнул Степан Сергеевич, в таких условиях врачам даже полезно иметь такой «индикатор», как эректильная дисфункция. Обычно это расстройство является лишь вершиной айсберга: к примеру, метаболического синдрома, эндотелиальной дисфункции, а также повышенного риска инфарктов и инсультов. Так, при наличии эректильной дисфункции риск смерти от инфаркта повышается на 84% (Araujo A.B. et al., 2009; Bohm M. et al., 2010; УД— 1А). При этом наиболее разнятся показатели смертности от сердечно-сосудистых событий у мужчин с эректильной дисфункцией и без в возрастной группе от 40 до 60 лет. Так, на отрезке 40–49 лет показатели отличаются в 52 раза (Inman et al., 2009). Возможно, этот факт объясняется теорией, предложенной 12 лет назад (Montorsi, 2005), согласно которой более узкие сосуды, расположенные в половом члене, поражаются на 3–4 года раньше, чем сосуды сердца и мозга. Этот временной промежуток, однако, можно использовать для предупреждения ССЗ. ■

Эректильная дисфункция & пенильный атеросклероз

При этом, согласно данным относительно нового патологоанатомического исследования (Int J Impot Res. 2012; 24(4): 137–140) оказалось, что эректильная дисфункция не является синонимом пенильного атеросклероза. Так, у 87% мужчин в исследовании, умерших от ССЗ, был обнаружен коронарный атеросклероз, однако лишь у 9,7% выявлялись бляшки в глубоких пенильных артериях. Таким образом, по мнению Степана Сергеевича, проблема эректильной дисфункции может быть связана не только с наличием бляшек, но и с нарушением регуляторных механизмов, которые отвечают за возникновение эрекции в сочетании с ССЗ. В частности, существует понятие эндотелиальной дисфункции. Она является пусковым механизмом многих состояний, связанных с поражением сосудов. Это инфаркты, инсульты, а также эректильная дисфункция и метаболический синдром. В соответствии с собственными данными НИИ урологии (2011), эндотелиальная дисфункция встречается у 65% пациентов с эректильной дисфункцией всех возрастов. При этом, по результатам регрессивного анализа, наибольшую корреляцию с эндотелиальной дисфункцией проявляет уровень глюкозы.

Исследование зависимости скорости кровотока в пенильных артериях от уровня общего холестерина, предпринятое С. С. Красняком в 2014 году, показало уменьшение показателя скорости при повышении уровня холестерина. Такая же обратная связь наблюдалась с уровнем триглицеридов. Кроме того, пенильная гемодинамика ухудшалась у пациентов с дислипидемией. При этом, что интересно, уровень тестостерона не сильно отличался у пациентов с артериогенной и неартериогенной эректильной дисфункцией. Также у мужчин с различными формами эректильной дисфункции достоверно отличался уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и триглицеридов.

Есть ряд других исследований (Ahmed I. El-Sakka, Auman M., 2011), показывающих, что выраженность эректильной дисфункции достоверно коррелирует с гемодинамическими эхокардиографическими параметрами, такими как время изоволюмического расслабления (IVRT), время замедления кровотока (DT) и соотношение раннего и позднего наполнения левого желудочка (E/Em). По данным НИИ урологии, время замедления кровотока уменьшалось у пациентов с артериогенной эректильной дисфункцией, что является признаком диастолической дисфункции миокарда — раннего проявления сердечной недостаточности. Об этом же свидетельствует то, что при артериогенной эректильной дисфункции увеличивалось время изоволюмического расслабления.

Межрегиональная общественная организация

www.forumurology.ru



Интернет форум урологов



Пациенты, страдающие сахарным диабетом, могут иметь безболевою форму ишемии миокарда. Вычислить таких мужчин достаточно сложно, и в случае с ними применение эректильной дисфункции как прогностического маркёра в 4 раза способно уменьшать число пропущенных пациентов (Gazzaruso C. et al.). Это очередное подтверждение важности эректильной дисфункции как прогностического маркёра для спасения жизней.

Другой интересный аспект, по словам Степана Сергеевича, заключается в том, что эректильную дисфункцию, по сути, лечат не урологи, а кардиологи и терапевты. Так, надо понимать, что иФДЭ-5, к примеру, не лечат эректильную дисфункцию и не влияют на состояние, которое её вызывает. Это симптоматическое лечение. Что касается патогенетического лечения эректильной дисфункции, оно должно быть направлено на устранение дислипидемии, высокого давления и ряда прочих факторов риска ССЗ. Таким образом, нельзя просто выписывать подобные препараты пациенту с жалобой на проблемы в сексуальной жизни и отправлять его домой: при игнорировании эректильной дисфункции как прогностического фактора мужчины могут через некоторое время просто умереть от инфаркта. Это особенно важно, если учитывать, что у 15% больных инфаркт миокарда является дебютом ишемической болезни сердца — до этого она не проявляет себя даже болями.

Российское исследование ЭД

В заключение спикер рассказал о крупнейшем в России исследовании распространённости эректильной дисфункции и её связи с соматическими заболеваниями, предпринятом сотрудниками НИИ урологии с участием 971 жителя Воронежской и Калужской областей. Средний возраст обследованных мужчин составил 51,5 лет $\pm$ 6,9 года. При сплошном обследовании и анкетировании эректильная дисфункция была выявлена у 42,7% мужчин (414 человек): лёгкая степень отмечена у 28,9% из них, умеренная — у 10,8% и тяжёлая — у 2,9%. Как оказалось, самым распространённым предиктором эректильной дисфункции у пациентов выступали симптомы нижних мочевых путей.

Однако, по словам Степана Красняка, патогенетическую связь в этом случае ещё предстоит выяснить. ■

*Материал подготовлен В.А. Шадеркиной
Видео выступления можно посмотреть на Uro.TV*

Биопсия простаты. Лучше меньше? Да! Лучше!



С.В. Стойлов
врач-уролог, андролог, к. м. н.

С докладом о необходимости проведения биопсии простаты, а также проблемах гипердиагностики и гиперлечения рака предстательной железы (РПЖ) на московском заседании ДОК «Аспект» выступил врач-уролог, андролог, к. м. н. Сергей Валентинович Стойлов.

В своём докладе Сергей Валентинович опирался, главным образом, на действующие рекомендации Европейской ассоциации урологов, EAU (Mottet N., Bellmunt J., Briers E. et al.). По словам докладчика, во многих странах мира биопсия предстательной железы является рутинной амбулаторной процедурой, и, скорее всего, Россия в скором времени придёт к тому же. Уже сегодня отечественные специалисты прибегают к процедуре гораздо более смело, чем несколько лет назад. Вместе с тем, однако, возникает вопрос: когда выполнение биопсии простаты становится избыточным?

ПСА: когда, кому, зачем?

Прежде, чем обращаться непосредственно к этому моменту, Сергей Валентинович предложил аудитории поговорить об анализе уровня простатспецифического антигена (ПСА), на основании результатов которого может назначаться биопсия. Для иллюстрации доктор привёл клинический пример пациента 51 года с IPSS 14, показателем качества жизни (QoL) — 3, МИЭФ (международный индекс эректильной функции) — 21. На УЗИ простата однородная, объёмом 43 см³, остаточной мочи нет. При пальцевом ректальном исследовании (ПРИ) простата определяется как однородная, не увеличенная и безболезненная. При рассмотрении семейного анамнеза истории рака предстательной железы у родственников мужчины не обнаруживается. И сам выступающий, и слушатели доклада, однако, сошлись во мнении, что пациенту надо выполнить анализ уровня ПСА. Следующий ■

за этим вопрос: насколько правомерным будет отказ от выполнения биопсии в том случае, если уровень ПСА не повышен? Сергей Валентинович при этом привёл данные из европейских рекомендаций, согласно которым у 20% пациентов оправданно невыполнение биопсии, однако у 7% может быть выявлен клинически значимый рак.

Сегодня, как утверждают авторы рекомендаций EAU, с точки зрения общественного здравоохранения, массовый скрининг РПЖ не показан. Однако возможен индивидуальный подход в ранней диагностике с учетом результатов ПРИ и уровня ПСА. Индивидуальный скрининг проводится с информированного согласия пациента, после консультации врача о плюсах и минусах исследования ПСА, с учётом факторов риска пациента, возраста и продолжительности жизни. Интервал для последующих исследований при этом зависит от возраста и исходного уровня ПСА. Ранняя диагностика ПСА предлагается мужчинам при повышенном риске наличия РПЖ, в частности, у пациентов старше 50 лет (старше 45 при семейном анамнезе РПЖ или у афроамериканцев); у мужчин с уровнем ПСА > 1 нг/мл в 40 лет (с последующим повторением анализа раз в два года); а также у мужчин с ПСА > 2 нг/мл в возрасте 60 лет (также с повтором раз в два года). Если показатели ПСА ниже указанных, рекомендуется проведение анализа раз в восемь лет.

Далее доктор привёл данные о скрининге ПСА на основании базы данных Кокрейна 2013 года. В соответствии с ними, скрининг увеличивает (+30%) диагностику РПЖ, при этом выявляя больше (+79%) локализованного и меньше (-20%) случаев распространённого рака, что говорит о преимуществе более раннего выявления болезни. По результатам 5 проведённых рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) с участием 341 тыс. пациентов, преимуществ в канцерспецифической выживаемости не выявлено. Кроме того, 4 РКИ показали отсутствие отличий в общей выживаемости у пациентов с заболеваниями, выявленными по результатам скрининга, и тех, кто не подвергался ему. При этом применение индекса здоровья простаты РН1 позволяет повысить чувствительность и специфичность ПСА, но данных по его использованию пока недостаточно для внесения в рекомендации. В целом, по итогам обзора, скрининг приводит в большей степени к гипердиагностике и гиперлечению РПЖ [Ilic D. et al, Screening for prostate cancer. Cochrane Database Syst Rev, 2013, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23440794>].



Возвращаясь к рекомендациям ЕАУ, докладчик отметил, что, согласно их данным, на основании доступных в настоящее время инструментов, индивидуализированная стратегия позволяет выявить 50% и более клинически незначимых опухолей, которые не требуют активного лечения. При этом всё же возможно применение калькуляторов риска РПЖ, анализов крови или мочи (РНТ, 4Kscore или ПСА3) и методов дополнительной визуализации (Гистоскан, мпМРТ) в динамике.

Если говорить о прогностической ценности методов, то для ПРИ её значение составляет 18%, а для ПСА до 4 нг/мл — 26,9%. Для повышения этого параметра имеет смысл исследование плотности ПСА, а также скорости его нарастания и времени удвоения — но только в ходе контроля терапии. Также практикуется исследование свободного ПСА и выявление соотношения свободного ПСА к общему.

Показания к биопсии: не все так просто

Вслед за этим Сергей Валентинович вернулся к рассмотрению приведённого в начале доклада клинического примера. По результатам проведённого анализа у пациента выявлен уровень ПСА 4,8 нг/мл, свободного ПСА — 0,9. Их соотношение составило 19%, а плотность ПСА — 0,1. Мнения аудитории насчёт необходимости выполнения биопсии разделились, однако докладчик напомнил, что такое повышение ПСА не является показанием для её проведения. Важно также учитывать, что УЗИ и ПРИ пациента не выявили подозрения на рак простаты.

Согласно европейским рекомендациям, показаниями для выполнения биопсии предстательной железы сегодня служат уровень ПСА и/или изменения при пальпации. При её проведении следует учитывать и заранее обсуждать возраст пациента, сопутствующие заболевания и терапевтические последствия. При этом высокий уровень ПСА, выявленный однократно, не считается показанием к биопсии. Необходимо повторно определить его через несколько недель при помощи того же анализа в стандартных условиях (без эякуляции и таких манипуляций, как катетеризация, цистоскопия или ТУР, а также при отсутствии инфекций мочевых путей), в той же диагностической лаборатории, с использованием тех же методов. Назначение эмпирической антибактериальной терапии бессимптомным пациентам с целью снижения уровня ПСА не рекомендуется. ■

Проведение повторной биопсии простаты рекомендуется при растущем и/или стабильно высоком уровне ПСА; изменениях, выявляемых в ходе ПРИ (риск составляет 5–30%); при наличии в предыдущей биопсии атипичной мелкоацинарной пролиферации, при множественных очагах простатической интраэпителиальной неоплазии (ПИН) высокой степени, нескольких атипичных желез, прилежащих к очагам ПИН высокой степени, и внутрипротоковой карциноме в качестве единственной патологии; а также при положительном результате мпМРТ.

Повторная биопсия и биопсия семенных пузырьков

В заключение доклада доктор отметил ещё несколько интересных фактов о биопсии предстательной железы, упомянутых в европейских рекомендациях. Так, в соответствии с ними, при сохранении показаний пациенту выполняется однократная повторная биопсия. При повторной сатурационной биопсии (20 образцов и более) до 43% случаев приходится на выявление РПЖ, при этом частота ишурии составляет до 20%. По причине неэффективности не рекомендуется проведение биопсии из шести точек и тонкоигольной биопсии.

Биопсия семенных пузырьков выполняется только если от этого зависит проведение радикальной простатэктомии (РПЭ) или дистанционной лучевой терапии (ДЛТ), а её диагностическая ценность сравнима с мпМРТ. Для антибактериальной профилактики при назначении биопсии могут применяться хинолоны, левофлоксацин или ципрофлоксацин, но не офлоксацин. Для обезболивания используются парапростатическая блокада и гель ректально. Не является противопоказанием к биопсии приём аспирина.

Также в рекомендациях отмечают, что количество инфекционных осложнений ниже при промежностном доступе. ТрУЗИ (серая шкала) не позволяет видеть участки РПЖ, и таргетная биопсия целесообразна только при совмещении с данными мпМРТ. При этом выявление клинически значимого РПЖ по данным мпМРТ (режим Т2-усиления, включая диффузионно-взвешенное изображение, динамическое контрастирование и/или НМ-спектроскопию) составляет от 63% и выше. Техники когнитивного обучения специалиста, фьюжн-биопсии и биопсии под прямым МРТ-контролем, вместе с тем, сопоставимы по точности. ■

*Материал подготовлен В.А. Шадеркиной
Видео выступления можно посмотреть на Uro.TV*



Что такое сервис медицинских услуг



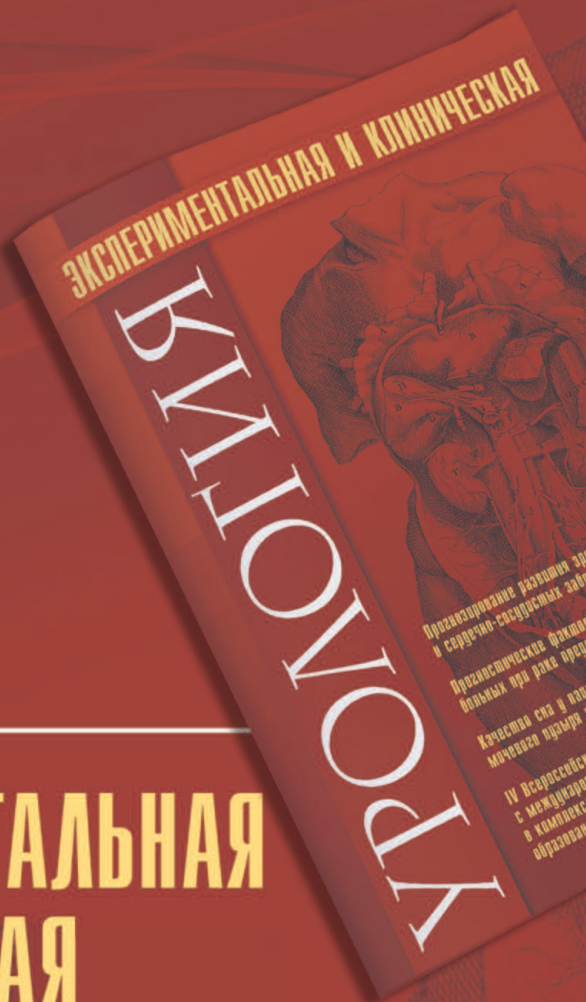
Nethealth



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



Мы в социальных сетях



журнал

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ УРОЛОГИЯ



UROMEDIA

Издательский дом «УроМедиа»



Этапы большого пути

2009 – год создания

2011 – включен в РИНЦ

2012 – включен в Перечень ВАК

Миссия:

научная, исследовательская,
образовательная



Аудитория

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

Адресная база **4571** человек
База обновляется 1 раз в 12 месяцев



Авторы журнала

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

Ежегодно около **68** новых авторов

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

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





Редакционная коллегия и Совет

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

Ред. коллегия:
• **23** специалиста

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



Активность журнала

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

Распространение (почтовая рассылка)
бесплатное для врачей:
• Россия – индивидуальные подписчики,
кафедры урологии, областные и краевые
медицинские учреждения
• СНГ – кафедры урологии

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

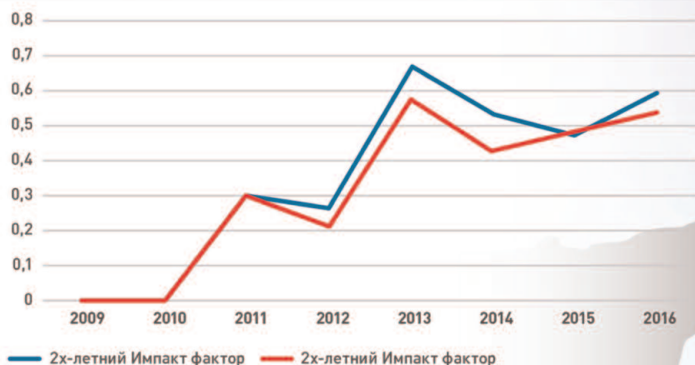




Публикационная активность

- Открытый свободный доступ к полнотекстовым версиям статей на сайте журнала <https://ecuro.ru/>
- Двойное слепое рецензирование
- Публикации и предпечатная подготовка статей бесплатны для авторов
- 2х-летний импакт-фактор (ИФ) – **0,593** (2016 г.)
- 5-летний ИФ – **0,538** (2016 г.)
- 10-летний индекс Хирша – **10**

Эволюция импакт-фактора 2009-2016*



*по данным РИНЦ

Экспериментальная и клиническая урология -

Один из самых читаемых
и цитируемых профессиональных
урологических журналов!

Мы открыты к сотрудничеству!

Контактное лицо:

Шадеркина Виктория Анатольевна

+7-926-017-52-14

viktoriashade@uroweb.ru

Недержание мочи у нерожавших женщин



М.Ю. Гвоздев

доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова

Проблеме недержания мочи у молодых и нерожавших женщин уделяется не так много внимания, однако она является достаточно распространённой, несмотря на замалчивание и стыд со стороны пациенток. Подробнее о методах диагностики и лечения, применяемых в таких случаях, рассказал в программе «Час с ведущим урологом» Михаил Юрьевич Гвоздев, доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова.

Актуальность проблемы

Как отметил Михаил Юрьевич, от проблемы недержания мочи в течение жизни страдает порядка 13,9 % мужчин и 51,1 % женщин [1; 2]. Затраты на «обычный уход» (прокладки, средства защиты, прачечная и т. д.) среднего пациента в США при этом составляют более \$900 в год [3]. Профессор подчеркнул, что во многом недержание мочи является социальной проблемой. Ей сопутствуют смущение, страх перед запахом и бытовыми неудобствами, отказ от социальной жизни и рекреационной деятельности, замалчивание проблемы и стыд обращения за помощью [4; 5].

Готовясь к участию в программе, Михаил Юрьевич ознакомился с систематическим обзором [6], учитывавшим базы данных Medline, CINAHL, Embase, а также данные библиотеки Кокрейна. Из 746 статей было отобрано 80 для анализа. По результатам, у нерожавших женщин распространённость недержания составляет в среднем 20,1 % (1–42,2 %). В 49,4 % случаев это стрессовое недержание (12,5–79%), в 31,3% — ургентное (15,6–41,6 %) и в 24,8 % — смешанное (8,3–50 %).

Факторы риска недержания мочи у нерожавших женщин

В качестве факторов риска выделяются физическая активность, возраст, масса тела, детский энурез в анамнезе, тревожность, депрессия, панические атаки, за-



поры и расстройства пищевого поведения, а также сексуальная активность и приём комбинированных оральных контрацептивов [7; 8; 9].

Профессор подробнее остановился на каждом из факторов риска. Так, распространённость недержания мочи выше у женщин, которые тренируются, по сравнению с теми, кто этого не делает. По мнению доктора, во многом это обусловлено неоправданно высокими физическими нагрузками. Согласно ряду источников, в среднем 28,3 % (19,9–38,6 %) нерожавших женщин, практикующих регулярные тренировки, страдают в той или иной форме от недержания мочи [10; 11]. Существует гипотеза, согласно которой высокие нагрузки ведут к перерастяжению мышц тазового дна и повышению внутрибрюшного давления, что в свою очередь приводит к развитию недержания мочи. Наиболее опасны в этом смысле, по словам Михаила Юрьевича, виды активности, где необходимо совершать большое количество прыжков.

Также на 20–70 % возрастает риск недержания мочи при каждом пяти излишних единицах индекса массы тела (ИМТ). При наличии лишнего веса повышенное внутрибрюшное и внутрипузырное давление превышают давление закрытия уретры, что ведёт к развитию недержания [12]. Михаил Юрьевич, однако, отметил, что ИМТ не учитывает соотношение жировой и мышечной ткани в организме, потому не является абсолютно объективным критерием.

Что касается наличия детского энуреза в анамнезе, он почти всегда сопровождается нестабильностью детрузора и ургентным недержанием мочи. Кроме того, присутствие проблемы может приводить к высокому уровню психологического стресса, что само по себе может в дальнейшем выступать фактором патогенеза недержания мочи у взрослых [13; 14].

Поиск причины, диагностика

В процессе диагностики недержания мочи у нерожавших женщин уделяется внимание большому количеству факторов. Так, необходимо собрать анамнез с учётом сведений о детстве пациентки, её рекреационной деятельности, социальной жизни, наличии депрессии и т.д. Для постановки диагноза также используются валидированные опросники, осмотр с проведением кашлевой пробы (проводится при наличии у пациентки естественного позыва к мочеиспусканию), PAD-тест, уродинамическое исследование, консультации гинеколога, гастроэнтеролога и ■

психотерапевта. Доктор подчеркнул, что беседа с пациенткой должна проводиться максимально деликатно и доверительно.

PAD-тест представляет из себя использование прокладки с последующим её взвешиванием. Он может быть полезен, поскольку трудно субъективно оценить степень недержания мочи, однако имеет ряд минусов. Среди них недостаточная точность взвешивания, впитывание пота и влагалищного отделяемого, а также высыхание прокладки. С другой стороны, такой тест, проводимый в домашних условиях на протяжении 24 часов, обладает хорошим балансом между диагностической точностью и приверженностью пациенток. Также стандартизация объема мочевого пузыря и степени нагрузки повышают воспроизводимость результатов. При проведении теста с прокладкой соблюдаются стандартные длительность и протокол нагрузки. Он применяется, в частности, если возникает необходимость количественной оценки недержания мочи. Для объективной оценки результатов лечения тест проводится повторно.

Комплексное уродинамическое исследование (КУДИ) может влиять на выбор лечения недержания мочи, но оно не повышает эффективности консервативной терапии стрессового недержания (уровень доказательности 1a). Выполнение КУДИ также не повышает эффективности хирургического лечения неосложнённого стрессового недержания мочи (уровень доказательности 1b). Отсутствует достоверная корреляция между результатами оценки функции уретры и последующей эффективностью хирургического лечения стрессового недержания мочи (уровень доказательности 3). Также отсутствуют убедительные данные о том, что гиперактивность детрузора перед операцией связана с неэффективностью установки синтетических слингов у женщин (уровень доказательности 3). Кроме того, наличие гиперактивности детрузора перед операцией может быть связано с сохранением ургентности после её выполнения (уровень доказательности 3).

Важно, что КУДИ не проводится на рутинной основе при планировании лечения неосложнённого недержания мочи. Исследование выполняется, если его результаты могут повлиять на тактику инвазивного лечения. Также не измеряется профиль уретрального давления или давление точки утечки для оценки выраженности недержания мочи или прогнозирования результатов лечения. При построении тактики терапии необходимо следовать стандартам, определённым Международным обществом по удержанию мочи.



Пути избавления от недержания мочи

Для лечения недержания мочи у нерожавших женщин могут применяться коррективка образа жизни, методики, направленные на укрепление мышц тазового дна, медикаментозная терапия, а также оперативные методы — Михаил Юрьевич заметил, что они должны рассматриваться в последнюю очередь.

К методам коррективки образа жизни относятся снижение массы тела, уменьшение доз приёма кофеинсодержащих напитков, лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта, прекращение курения и лечение заболеваний дыхательной системы, исключение чрезмерных физических нагрузок, а также соблюдение режима мочеиспускания [15].

Для тренировки мышц тазового дна могут применяться методика биологической обратной связи, влагалищные конусы и самостоятельные упражнения. В ходе применения методик биологической обратной связи выполняются сознательные тренировки наружных сфинктеров прямой кишки и мочеиспускательного канала, а также мышц влагалища. Обеспечивается управление функциями опорожнения и удержания, причём сохраняется визуальный контроль силы мышечных сокращений.

Упражнения для мышц тазового дна предложены, как известно, Арнольдом Кегелем в 1948 году. Сам он писал, что втягивание мышц промежности должно лежать в основе всех комплексов по укреплению мышц тазового дна. Однако, основываясь на простых рекомендациях, лишь немногие женщины выполняют упражнения достаточно долго, чтобы можно было получить и оценить результаты: многие не знают о «функциях промежности» и не способны оценить полученные результаты. Это приводит к отказу от продолжения лечения [16].

Также сегодня применяется экстракорпоральная магнитная стимуляция мышц тазового дна с применением специальных кресел. Михаил Юрьевич добавил, что этот метод носит экспериментальный характер, однако многие пациентки отмечают его высокую эффективность.

Один из самых простых методов — использование влагалищных конусов, выпускаемых множеством производителей. Задача пациентки состоит в том, чтобы в комфортных для себя условиях удерживать помещённый во влагалище конус на месте в течение 20 минут. Такие упражнения выполняются курсами по несколько месяцев. Сегодня американские клинические рекомендации включают их в первую линию терапии недержания мочи. ■

При назначении медикаментозной терапии возможно использование М-холинолитиков. Они назначаются в тех случаях, когда речь идёт о гиперактивности мочевого пузыря. Кроме того, допускается назначение препаратов, действующих на тонус мускулатуры шейки мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, — в первую очередь, это ингибиторы обратного захвата серотонина. Их применение может рассматриваться у пациенток с недержанием мочи на фоне депрессивных состояний и панических атак.

К оперативным методикам относятся лазеротерапия, введение объёмобразующих препаратов и установка синтетических петель. Профессор напомнил, что прежде всего следует рассматривать наименее агрессивные варианты вмешательства и только при абсолютной их необходимости.

В завершение лекции Михаил Юрьевич Гвоздев подытожил её основные тезисы: недержание мочи у нерожавших женщин — это распространённая проблема, которой сопутствуют умалчивание и стыд со стороны пациенток. Как следствие, она отличается высокой трудностью диагностики и выбора лечения. При работе с такими пациентками необходим персонализированный подход, а достижение результата может требовать долгого времени. Также следует крайне осторожно относиться в этих случаях к применению хирургических методов. ■

Источники

1. Bernard T. et al., *Int Urogynecol J* 21 (1), 2010: 5–26
2. Alayne D. et al., *J Urol* 2, 2011: 589–593
3. Leslee L. et al., *Obstet Gynecol* 107 (4), 2006: 908
4. Teunissen D. et al., *Scand J Prim Health Care* 24 (3), 2006: 166–173
5. Sinclair A. J., Ramsay I. N., *Obstet Gynaecol*, 13 (3), 2011: 143–148
6. Almousa S., Bandin van Loon A., *Maturitas* 107, 2018: 78–83
7. Pizzoferrato et al., 2014
8. Bardino M. et al., 2015
9. Drown S. J. et al., 2010
10. Kari Bo et al., *Obstet Gynecol*, 84 (6), 1994: 1028–1032
11. Eliasson K. et al., *Int Urogynecol J*, 15 (3) 2004: 149–153
12. Subak L. L., Richter H. E. et al., *J Urol*, 182 (6) 2009: 2–7
13. Perry S. et al., *Br J Health Psychol*, 11 (3), 2006: 463–482
14. Johnson C. et al., *Pediatrics*, 118 (5), 2006: 1985–1993
15. Kalaivani R., Ash M., *Best Practice Res Clin Obstet Gynaecol*, 29 (4), 2015: 541–547
16. Kegel A. H., *Am J Obst & Gynec*, 1948

ЧАС С ВЕДУЩИМ УРОЛОГОМ



Online-трансляция на сайте Uro.TV

**Уникальная возможность
задать вопрос в
ПРЯМОМ ЭФИРЕ**

 **В**се темы урологии, андрологии, онкологии
и других субспециальностей.

 **О**братная связь с аудиторией, интерактивное
голосование, награждение наиболее
активных участников

Спросите то, что вас давно интересует!

Экстравагинальная транспозиция уретры: результаты 228 случаев

Единственным эффективным лечением посткоитального цистита в результате гипермобильности и влагалищной эктопии уретры является хирургический. Впервые хирургическая техника по перемещению дистального отдела мочеиспускательного канала вверх в область клитора была разработана и предложена R.P.O'Donnell в 1959 году. Ее блестящие и убедительные результаты, включая отдаленные, стали причиной популяризации методики выполнения операции, получившей название транспозиции уретры.

В России операция выполняется с 2000 года и самым большим опытом ее выполнения обладает д.м.н., профессор Б.К. Комяков (ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», г. Санкт-Петербург).

Однако как и все операции, транспозиция уретры не лишена недостатков. Наиболее значимым недостатком можно назвать единый продольный разрез влагалища для перемещения мобилизованного отдела мочеиспускательного канала. В результате возникающее натяжение уретры в длину создает давление на область укрывающих ее швов влагалища и делает ненадежной фиксацию наружного отверстия мочеиспускательного канала на новом месте. Это нередко приводит к несостоятельности швов, обратному смещению уретры и рецидиву заболевания. В связи с этим в клинике, возглавляемой профессором Б.К. Комяковым, разработан новый метод экстравагинальной транспозиции уретры (патент на изобретение № 2408296 от 10.01.11 г).

С 2005 по 2017 годы в клинике урологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова прооперированы 228 пациенток с длительно существующими симптомами посткоитального цистита. Из них у 25 (11,0%) была диагностирована влагалищная эктопия наружного отверстия уретры и у 203 (89,0%) выявлена гипермобильность дистального отдела мочеиспускательного канала. 28 (12,3%) женщинам была выпол-



нена общепринятая пластика дистального отдела мочеиспускательного канала по O'Donnell и 200 (87,7%) – по разработанному автором методу.

После операции у 12 (5,3%) пациенток произошло расхождение швов, обратное смещение уретры и рецидив заболевания. Из них 5 (17,9%) женщин оперированы по традиционному методу транспозиции дистального отдела уретры, а 7 (3,5%) – с использованием предложенной авторами модификации. В первой группе больных, которым была выполнена стандартная транспозиция дистального отдела мочеиспускательного канала, хорошие результаты достигнуты у 22 (78,6%) пациенток. Во второй группе больных, которые были оперированы с использованием разработанного нового метода экстравагинальной транспозиции дистального отдела уретры, хорошие результаты получены у 188 (94,0%) женщин ($p < 0.05$).

Профессор Б.К. Комяков считает, что разработанный метод экстравагинальной транспозиции уретры по сравнению со стандартной методикой уменьшает травматичность операции, повышает надежность фиксации уретры, снижает риск развития ее сужения и рецидива заболевания. ■



Малоинвазивные методики в лечении гнойных форм пиелонефрита

Среди всех инфекционно-воспалительных заболеваний мочевыводящей системы на долю пиелонефрита приходится до 80% случаев.

Такую статистику представила группа авторов Г.В. Учваткин, Д.В. Кривошлык, И.С. Спиридонов (ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница» и ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург).

В последние годы отмечается рост вторичных деструктивных (гнойных) форм пиелонефрита. Такое течение заболевания чаще наблюдается у пациентов с функциональными нарушениями или анатомическими аномалиями мочевых путей, после катетеризации мочевого пузыря, лоханки почки и вмешательств на мочевых путях, на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний: сахарного диабета, мочекаменной болезни (МКБ), хронической почечной недостаточности (ХПН) и др.

До 60% инфекций человека связаны с биофильм-инфекцией, под которой понимают адгезию микроорганизмов к поверхности слизистых оболочек, камней или биоматериалов (катетеры, дренажи и т.п.). В 30% случаев осложненные инфекции имеют внутрибольничное происхождение, которые хуже поддаются лечению, часто рецидивируют и сопряжены с более высоким риском развития уросепсиса. При этом среди возбудителей чаще встречаются устойчивые к антибактериальным препаратам штаммы микроорганизмов. Гнойные формы пиелонефрита являются абсолютными показаниями к оперативному лечению с последующей антибактериальной, противовоспалительной, дезинтоксикационной терапией. Целью хирургического лечения является декапсуляция почки для декомпрессии и санации гнойно-деструктивных очагов с последующим дренированием полостной системы.

В течение долгого времени открытые операции занимали лидирующее положение в лечении больных с гнойными формами пиелонефрита. Для люмботомии



ческого доступа характерна излишняя травматизация тканей и повышенный риск послеоперационных осложнений. В настоящее время отмечается прогрессивное развитие малоинвазивных методик, при которых снижается травма тканей, уровень болевой рецепции и, соответственно, агрессивность анестезиологического пособия.

В 2015 и 2016 гг. в условиях урологического отделения ЛОКБ было выполнено 39 оперативных вмешательств у пациентов, в ходе обследования которых были выявлены признаки гнойно-деструктивных форм пиелонефрита. В 12 (31%) случаях был применен ретроперитонеоскопический доступ. Среди данной группы пациентов мужчин было 3, женщин – 9. Возраст больных колебался от 31 до 72 лет. Ведущим этиологическим фактором обострения хронического пиелонефрита являлась МКБ. У двух пациентов наблюдались клиничко-лабораторные признаки уросепсиса.

В настоящее время отмечается прогрессивное развитие малоинвазивных методик, при которых снижается травма тканей, уровень болевой рецепции и, соответственно, агрессивность анестезиологического пособия.

Ретроперитонеоскопические вмешательства выполнялись в следующей последовательности. После доступа в забрюшинное пространство выполнялась ревизия почки. В 2 случаях, в связи с выраженным спаечным процессом в забрюшинном пространстве, была произведена конверсия доступа. Дренирование чашечно-лоханочной системы в 8 случаях осуществлялось путем выполнения пиелостомии, в 4 случаях – уретеропиелостомии. Следующим этапом выполнялась декапсуляция почки. У всех больных при ревизии выявлены признаки апостематозного пиелонефрита, у 3 из них - карбункулы почки. После операций, выполненных люмбоскопически, сроки госпитализации сокращались в среднем на 6 дней. Послеоперационных осложнений не отмечалось.

Авторы отмечают, что эндовидеохирургические операции, несомненным преимуществом которых являются быстрая реабилитация пациентов и сокращение сроков госпитализации, могут считаться эффективным методом лечения больных с гнойными формами пиелонефрита. ■

Психотерапия и психосоматическая медицина в вопросах репродукции

Сложная междисциплинарная тема психотерапии и психосоматической медицины в вопросах репродукции многократно привлекала внимание специалистов. Группа авторов - С.В. Выходцев, И.А. Трегубенко (ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» и ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ (г.Санкт-Петербург)) – глубоко убеждены в том, что бесплодие объединяет в себе не только физическое, но также психологическое и социальное неблагополучие пары. Доля бесплодных браков в России (8-17,5% случаев) превышает пороговый демографический показатель и считается неблагоприятным показателем. Роль «мужского фактора» при этом фиксируется в пределах 40-50%.

Учитывая деликатность проблемы, лечение бесплодия требует применения не только общепринятого подхода в виде медикаментозного и манипуляционного лечения, назначаемых специалистами разных направлений - урологом/андрологом, гинекологом, эндокринологом, но и проведения адаптационных и реабилитационных мероприятий психотерапевтической направленности.

Подобный подход может поддерживать пару как в приверженности лечению, так и улучшая межличностные отношения внутри самой пары. Такой взгляд последние десятилетия разделяют большинство специалистов, работающих в сфере репродуктологии. Однако акцент в этом направлении делается в основном в отношении женщин. Мужчины же, как правило, остаются без такой поддержки.

Частота репродуктивных проблем, связанная с физиологическими изменениями в организме человека и отраженная в показателях женского и/или муж-

ского фертильного потенциала, весьма велика. Вместе с тем, несмотря на значительные научные достижения, достаточно высокими по частоте остаются случаи идиопатического бесплодия (в пределах 30% у мужчин). Среди причин идиопатического бесплодия могут рассматриваться психологические факторы, в том числе особенности взаимоотношений в паре, касающиеся семейного и сексуального благополучия. Эти аспекты по какой-то причине в большей степени рассматриваются у женщин, причем роль психологических факторов в генезе женского бесплодия показана во многих зарубежных публикациях еще с середины XX века. В России же подобные исследования появились только в последние десятилетия, и также в основном касаются женщин. Психологическая составляющая «мужского фактора» обычно не рассматривается специалистами.

Среди причин идиопатического бесплодия могут рассматриваться психологические факторы, в том числе особенности взаимоотношений в паре, касающиеся семейного и сексуального благополучия.

Немалое число врачей в России, работающих в сфере репродуктивной медицины, признают влияние психологических факторов на репродуктивную сферу. Однако, ввиду неоднозначности вопроса, сложности выделения «мишени» возможного влияния, коммерциализации репродуктивных технологий, объективная оценка такой взаимосвязи затруднена. Тем не менее, это не исключает возможность проведения исследований в данной области.

Таким образом, с одной стороны авторы обращают внимание на необходимость развития психотерапевтической поддержки мужчин с бесплодием, с другой – на возможность проведения продуктивных исследований психосоматических аспектов идиопатического бесплодия у мужчин. Они считают, что имеет смысл обратить внимание на такие психологические факторы, как мотивация родительства, особенности взаимоотношения в паре, наличие сексуальной гармонии/дисгармонии, личностную идентичность, мужественность/женственность, особенности семейного анамнеза. Выявленные факторы позволят оптимально подойти к лечению идиопатических форм бесплодия. ■

Влияние диеты на симптоматику интерстициального цистита/синдрома болезненного мочевого пузыря

Лечению интерстициального цистита/синдрома болезненного мочевого пузыря (ИЦ/СБМП) посвящено множество публикаций и выступлений на профессиональных мероприятиях. Однако исследования, посвященные изменению образа жизни пациенток, особенно их пищевых пристрастий, встречаются достаточно редко. В этой связи редакция Дайджеста урологии считает необходимым ознакомить урологов с результатами исследования, проведенного группой авторов - Ю.А. Игнашов, М.Н. Слесаревская, И.В. Кузьмин из ФГБОУ ВО "Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова" МЗ РФ (г.Санкт-Петербург).

Известно, что к первой линии терапии ИЦ/СХТБ относится поведенческая терапия, которая включает диетотерапию, так как имеются сообщения, что некоторые продукты питания и напитки могут провоцировать усиление симптоматики ИЦ/СБМП, а исключение их из рациона может способствовать ее уменьшению и улучшению качества жизни.

Целью исследования стало изучение влияния диеты на выраженность симптоматики ИЦ/СБМП. Под наблюдением авторов исследования находились 84 женщины в возрасте $56,4 \pm 5,3$ года с установленным диагнозом ИЦ/СБМП. Критериями включения являлись отсутствие мочевой инфекции, боль в мочевом пузыре при наполнении и опорожнении, боль над лоном, в малом тазу, наличие характерной цистоскопической картины. Пациенты были разделены на 2 группы. Исследователями был составлен список продуктов питания и напитков, которые провоцируют обострение симптоматики: кофе, чай, некоторые фрукты и овощи, в частности цитрусовые, томаты, перец, острые блюда, искусственные подсластители и ряд других. В 1-й группе 49 женщинам (средний возраст $54,3 \pm 5,6$ лет) было предложено отказаться от употребления в течении

месяца этих продуктов. 35 пациентов 2-й группы (средний возраст $53,7 \pm 4,9$ лет) в течении месяца продолжали употреблять данные продукты в своем ежедневном рационе. Все пациенты были дважды анкетированы по «Шкале симптомов тазовой боли, ургентности и учащённого мочеиспускания» (Pelvic Pain and urgency/frequency patient symptom score, PUF) до начала исследования и на 30-й день исследования.

Результаты исследования показали, что у пациентов из первой группы отмечено снижение суммарного балла PUF по отношению к исходным значениями в среднем на $4,2 \pm 1,3$ балла, из них баллы домена «боль» снизились на $2,1 \pm 1,4$, баллы домена «ургентность мочеиспускания» снизились на $2,9 \pm 1,7$. У пациентов из второй группы данные анкетирования до начала исследования и на 30-й день статистически значимо не отличались. Авторы считают, что данные результаты ярко показали влияние диеты на симптоматику ИЦ/СБМП. Соблюдение диеты с исключением употребления ряда продуктов питания и напитков положительно сказывается на выраженности клинических проявлений заболевания. ■



МЕДИЦИНСКАЯ
КОНСАЛТИНГОВАЯ
ГРУППА

КУРС ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Частная медицинская клиника: успешно и доходно

Начало курса 1.05.2018

Окончание курса 31.12.2018

План лекций:

1. Как открыть новую клинику правильно и заложить факторы ее будущего успеха
2. Управление клиникой. Что сделать в клинике, чтобы она была высокодоходным бизнесом
3. Аудит коммерческой деятельности клиники: зачем это, как провести, что ожидаем?
4. Как создать успешный медицинский бренд: внешний маркетинг
5. Как создать успешный медицинский бренд: внутренний маркетинг
6. Что такое клиентский сервис и как его внедрить в частной клинике
7. Бизнес-процессы в клинике. Как ими управлять?

Смотрите на UroEdu.ru!



Преподаватель:
Надежда Николаевна
ФЕДУЛОВА

Генеральный директор
ООО "Медицинская
консалтинговая группа"
к.м.н., MBA

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

Циклы сертификационного и тематического повышения квалификации на 2018 год

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

Запись на циклы осуществляется по адресу:

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

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Тел. +7 (495) 681-09-15

E-mail: urologymoniki@yandex.ru



Мобильные технологии здоровья!

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

www.evercare.ru

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

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

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



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

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

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

По вопросам обращаться:

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

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

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

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

Запись на циклы осуществляется по адресу:

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

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

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

2018 год

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

Для сотрудников бюджетных учреждений здравоохранения прохождение циклов бесплатно.

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

Все циклы внесены в реестр образовательных программ Министерства здравоохранения РФ.

Запись на циклы осуществляется по адресу:

Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 17, 3-й этаж.

Кафедра урологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова.

Тел. (812) 338-69-36, +7-921-879-89-58, +7-921-956-36-72.

E-mail: urolog.kaf@mail.ru

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

Экспресс-анализ мочи

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



Вес: 180 г

300 анализов на одном заряде батареи

Ресурс: 5000 исследований

Гарантия 12 месяцев

Беспроводной протокол передачи данных

Простота эксплуатации

Результат за 1 минуту

Бесплатное мобильное приложение

- > Условия применения:
в медицинских учреждениях, для проведения выездных обследований, для частного применения в домашних условиях

11 исследуемых параметров

> ИССЛЕДУЕМЫЕ ПАРАМЕТРЫ

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



Редакция дайджеста:

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

Тираж 7000 экземпляров

Распространение бесплатное – Россия, страны СНГ

Периодичность 1 раз в 2 месяца

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

Издательство «УроМедиа»

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

ISSN 2309-1835

Свидетельство о регистрации средства массовой информации

ПИ № ФС77-54663 от 09.07.2013

e-mail: info@urodigest.ru

www.urodigest.ru

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!

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



Издательский дом «УроМедиа»