

# ОДИН УРОЛОГ НА РЕГИОН ИЛИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ

## ТОМСКАЯ УРОЛОГИЯ ОТМЕЧАЕТ 120-ЛЕТИЕ

**18-19 сентября в конгресс-центре «Рубин» (г. Томск) прошла Всероссийская научно-практическая конференция Общества урологов. Конференция была посвящена двум знаменательным датам – 120-летию лечебного факультета Сибирского государственного медицинского университета и 40-летию Томского общества урологов.**

На конференции прозвучали доклады заслуженного деятеля наук Российской Федерации, профессора, заведующего отделом детской урологии НИИ урологии Минздрава РФ А.Г. Пугачева; профессора, заведующего кафедрой урологии Алтайского государственного медицинского университета, главного уролога Алтайского края А.И. Неймарка; профессора, председателя Томского общества урологов, заведующего кафедрой урологии Сибирского государственного медицинского университета А.В. Гудкова, заведующего кафедрой урологии Новосибирского государственного медицинского университета, д.м.н., профессора А.А. Ерковича, д.м.н., главного научного сотрудника отделения андрологии и урологии Эндокринологического научного центра Росмедтехнологий С.Ю. Калининченка.

Учитывая междисциплинарный характер урологии, ее тесное взаимодействие с онкологией, эндокринологией, гинекологией, неврологией, обсуждаемый круг вопросов был широк. Практикующие врачи, ученые, молодые специалисты и организаторы здравоохранения из разных регионов России обсудили вопросы организации урологических служб, медикаментозного лечения, нарушений гормонального состояния, вопросы репродуктивного здоровья, профилактики и лечения мочекаменной болезни, а также заболевания урологического профиля у детей. Несколько докладов конференции были посвящены реконструктивно-пластическим операциям.

Отдельной темой стала история томской урологии. При колоссальном вкладе, который томские специалисты внесли в мировую урологию, до 1961 года в Томске был всего один урологический кабинет в поликлинике и 15 урологических коек




в стационаре, а в районах области урологическая служба отсутствовала полностью. Такое положение наблюдалось не только в Томске – на всю РСФСР тогда было всего 22 ставки уролога. Согласно приказу 1956 года, в стране должны были восстановить урологическую службу, в частности должны были вернуть 3460 урологических коек, а в вузах Иркутска, Томска, Свердловска и Хабаровска организовать кафедры урологии. Этот приказ был выполнен с опозданием более чем на 40 лет. А такая проблема, как

организация самостоятельного отделения для лечения детских урологических заболеваний, в Томске не решена до сих пор, несмотря на имеющиеся научные разработки в области детской урологии.

Основным вопросом конференции, уже традиционно, был стремительный прирост онкологической заболеваемости урологического плана. Пока рак простаты занимает в России четвертое место среди всех раковых заболеваний (после рака желудка, легких и рака кожи), но, судя по динамике прироста, считают специалисты, он скоро выйдет на первое.

По данным профессора А.В. Гудкова, рак простаты, например, в Томске сегодня достиг уровня 41 на 100 тыс. населения (при среднероссийском – 34 на 100 тыс. населения). В Омской области и Алтайском крае несколько лет назад этот показатель был примерно 14 на 100 тыс. населения, сейчас в этих регионах он тоже стремительно растет. Специалисты это связывают одновременно и с образом жизни современных мужчин, и с улучшением качества диагностики. Исследование антигена простаты теперь в России (кстати, как и во Франции) проводится бесплатно, так как оно вошло в программу обязательного медицинского страхования.

В перспективе, которой тоже поделились на конференции, планируется открытие в Томске регионального центра онкоурологии. Сейчас среди городов Сибири только в Омске есть специализированное отделение при онкологическом диспансере. 

# ЦЕНТР ОНКОУРОЛОГИИ?

## БРАХИТЕРАПИЯ – НОВОЕ СЛОВО В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**А.Г. Пугачев,**

профессор, заведующий отделом детской урологии НИИ урологии Минздрава РФ

Проблема рака предстательной железы на сегодняшний день является самой актуальной и обсуждаемой. Ни один серьезный съезд урологов не проходит без ее обсуждения. Например, 90% докладов на съезде европейской Ассоциации урологов в Милане было посвящено раку предстательной железы. Такое внимание мировой урологической общественности объясняется тем, что резко возросло число пациентов, страдающих этим тяжелым заболеванием. Версии о его причинах выдвигаются разные – начиная с особенностей питания и заканчивая экологией. Я склонен связывать рак предстательной железы с целым комплексом причин, ведь многое связано с гормональным уровнем и тем образом жизни, каким живет современный мужчина.

С позиции врачебной практики, к сожалению, эта проблема пока успешно не решается. Более-менее удовлетворительных результатов удается достичь при диагностике ранних стадий рака предстательной железы. И когда речь идет именно о ранней стадии, идет конкуренция в выборе метода лечения.

Те исследования, которые мы сегодня комплексно проводим, включая биопсию простаты и морфологическое исследование полученного материала, свидетельствуют о том, что процент ошибочной диагностики очень большой, а уровень осложнений, которые возникают при радикальной простатэктомии и применении лучевой терапии, очень высокий. Это общее мнение онкоурологов. В начале 2008 года

в московском обществе урологов выступал профессор С.Б. Петров – ведущий уролог Санкт-Петербурга. Оказалось, что у 90% пациентов лишь на операционном столе обнаруживалась вторая, а иногда и третья стадия рака предстательной железы. Притом, что на дооперационном этапе этим пациентам ставился диагноз – первая стадия. Поэтому те возможности, которые имелись у нас, в очень высоком проценте случаев не позволяли четко определить стадию рака предстательной железы. Отсюда и возникла необходимость совершенствования методов определения клинических стадий злокачественных процессов. В нашем институте вслед за западными учреждениями начали практиковать такой метод, как брахитерапия. Какой метод эффективнее – оперативное лечение или брахитерапия? В последующем история, наверное, даст ответ. Пока мы можем оперировать только теми сведениями, которые за пять лет в нашем институте удалось накопить. И я хочу ими поделиться.


Медицинские предпосылки развития брахитерапии – это более совершенные возможности ранней диагностики, когда еще можно оказать успешно лечебную помощь.

Достоинствами брахитерапии являются высокая концентрация дозы излучения в опухоли (120-160 Грей), гомогенное распределение дозы в тканях, предохранение здоровых тканей, минимизация дозы, лечение по индивидуальному плану и однократные амбулаторные процедуры.

Брахитерапия показана в режиме монотерапии только при стадии T1 или T2a, когда показатель Глиссона 2-6 и ПСА меньше 10 нг/мл.

На протяжении пяти лет этому лечению в нашем институте было подвергнуто 174 больных. Безрецидивное течение было зафиксировано в 80,2% случаев. Метастазы были обнаружены в 3%.

Ведущие осложнения – проктит, уретрит и простатит. Но с увеличением опыта врача количество осложнений уменьшается. Положительные моменты заключаются в том, что пациенты находятся после этого лечения в стационаре всего три дня, самостоятельное мочеиспускание налаживается в течение восьми часов после операции, отсутствует кровопотеря.

С позиции лечения первых стадий рака предстательной железы брахитерапия заняла главное место. На сегодняшний день это один из эффективных методов, что подтверждает низкий уровень осложнений. Учитывая это, невысокую стоимость лечения и конечный результат, я вам советую заняться этим и у себя в губернии. Методика легко воспроизводится, и такой метод лечения должен внедряться в крупных специализированных центрах. Но при создании таких центров, в том числе и в Томской области, нужно иметь тесный контакт с теми предприятиями, которые связаны с радиоактивными элементами, во время лечения постоянно должна проводиться дозиметрия, иначе можно нанести вред и хирургу, и пациенту. 

# О ПИОНЕРАХ И ОТЦАХ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ АНДРОЛОГИИ

**А.В. Гудков,**

профессор, заведующий кафедрой урологии Сибирского государственного медицинского университета, председатель томского общества урологов, председатель сибирского отделения российского общества урологов



Томская урология, как и вся медицинская наука за Уралом, берет свое начало с 3 августа 1888 года, когда после повеления Александра II в Томске состоялось торжественное открытие Императорского университета. В значимости вклада томских ученых в мировую урологию не приходится сомневаться, и именно об этом я хотел напомнить на нашей конференции.

Для преподавания в Томск тогда, в 1888 году, приехали молодые ученые из ведущих университетов России – из Санкт-Петербурга, Москвы, Киева, Казани. Среди них был и приват-доцент военно-медицинской академии Эраст Гаврилович Салищев. В марте 1892 года он был переведен на должность профессора. В то время Э.Г.

Салищев уже имел большой опыт хирургического лечения урологических больных. В 1888-1890 годах он выполнил более 150 операций, из них в 16 случаях – камнесечение с исходом на выздоровление.

Кроме сложнейших хирургических операций, например впервые в мире выполненного в 1898 году в Томске удаления нижней конечности с половиной таза по поводу далеко зашедшей саркомы, Салищев осуществлял такие операции, как иссечение мочевого пузыря при грыж, пришивании подвижной почки, полное иссечение предстательной железы с иссечением семенных пузырьков и двух третей прямой кишки при раке.

После смерти Э.Г. Салищева директором госпитальной клиники стал Платон Иванович Тихов. Ему принадлежит приоритет в проведении ряда сложнейших операций в области урологии. В частности, операции по пересадке мочеточников в прямую кишку с образованием мочевого пузыря из фрагмента толстой кишки он провел совместно с известным в мире гинекологом И.Н. Грамматикати, этот метод до сих пор носит название Грамматикати-Тихова.

Из школы Тихова вышли такие известные в урологической среде ученые-хирурги, как Николай Алексеевич Богораз и Николай Иванович Березняковский. Н.И. Березняковский, возглавивший клинику госпитальной хирургии после смерти Тихова, окончательно решил вопрос клинической пригодности пересадки мочеточника в кишечник у онкологических больных. Таких операций им было выполнено более ста.


Меня удивило, что описания деятельности профессора Н.А. Бого-

раза в архивах Томска практически нет. Полную биографию я смог найти только в журнале «История европейской урологии» (2004), она была представлена на одной полосе с биографиями немецких урологов.

В 1910 году Н.А. Богораз выполнил работу по восстановлению полового члена и уретры у трехлетнего ребенка после острой травмы из передней брюшной стенки. Это была первая работа в мире. Он проходил стажировку в ведущих клиниках Германии, Франции, Австрии, Италии. С 1913 года стал возглавлять госпиталь в Варшаве.

Богоразом были успешно выполнены фаллоуретропластика и фаллопротезирование, к 1939 году было сделано уже 16 подобных операций, а к 1948 – 30 с хорошим исходом. Пациенты жили нормальной половой жизнью и даже имели детей. Ученый из Томска был объявлен пионером и отцом отечественной андрологии и основоположником андрологической хирургии.

Одновременно с П.И. Тиховым на кафедре госпитальной хирургии профессором работал Владимир Михайлович Мыш, им проводилась большая работа по организации урологической службы в Сибири. Он внедрил рентгенологические и эндоскопические обследования, разработал новые методы помощи урологическим больным. За 22 года работы Мыша в Томске было опубликовано 27 фундаментальных работ.

В июле 1968 года было создано томское областное научное общество урологов. На тот момент в Томске было всего 13 урологов. Спустя 5 лет обществу постановлением правления Всероссийского общества урологов было присвоено имя профессора В.М. Мыша. 

# ДИАГНОСТИКА И ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

**А.И. Неймарк,**

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии  
Алтайского государственного медицинского университета, главный уролог Алтайского края

Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) – весьма частая патология. Она встречается у 17,4% женщин и 15,6% мужчин. Основные симптомы – поллакиурия, императивное мочеиспускание и ночное испускание – ноктурия. В диагностике этого состояния применяется, помимо жалоб и анамнеза, урофлоуметрия и измерение внутрипузырного давления. Среди методов лечения ведущим является медикаментозная терапия, а также нейромодуляция и нейростимуляция. В клинике урологии Алтайского государственного медицинского университета разработана и успешно применяется методика стимуляции тиббиального нерва. Стимуляция слабым электрическим током афферентных волокон соматического отдела периферической нервной системы, идущих в составе различных нервных стволов, но формирующихся преимущественно из третьего сакрального нерва S3, сопровождается торможением парасимпатической активности тазового нерва, увеличением симпатической активности подчревного нерва. Это приводит к ингибированию повышенной сократительной активности детрузора.

Проведение чрескожной тиббиальной стимуляции, как одного из видов нейростимуляции, приводит к активации участков мозга, контролирующих процесс мочеиспускания, восстановлению соотношения между активностью парасимпатического тазового и симпатического подчревных нервов, что в результате проявляется снижением повышенной сократительной активности детрузора. При использовании указанной методики лечебный эффект получен в 80% случаев. Кроме того, нами применена электроэнцефа-

лография в оценке состояния электрической активности головного мозга у больных гиперактивным мочевым пузырем. Нами выявлено два основных вида ЭЭГ-паттернов: таламический тип и стволовой.

При первом типе доминировал альфа-ритм. Известно, что он определяет оптимальный параметр корково-подкорковых взаимоотношений, а «разрушение» альфа-ритма медленными компонентами свидетельствует о неустойчивости регуляторных механизмов ЦНС (видимо, имеющих место в патогенезе ГАМП).

У пациенток со стволовым типом ЭЭГ исходно отмечалась десинхронизация биоэлектрической активности, которая была обусловлена изменением функциональной активности нейронов мезопонтинного уровня. Известно, что основным центром, ответственным за синергизм в работе детрузора и сфинктера, является понтинный центр Барингтона, в норме оказывающий тормозящее влияние на спинальный центр мочеиспускания. Как

было установлено нами, под воздействием магнитотерапии высокий лечебный эффект был достигнут у пациенток с таламическим типом ЭЭГ. Магнитное поле вызывало модуляцию возбудимости и активности нейрональных структур, что и приводило в конечном итоге к положительному клиническому эффекту и изменению фоновых паттернов ЭЭГ после проведенного лечения. У пациенток со стволовым типом ЭЭГ из-за выраженной дестабилизации нейродинамических процессов и преобладания в ЦНС механизмов возбуждения заметного положительного результата лечения отмечено не было. Это, по нашему мнению, связано с перераздражением надсегментарных (и в первую очередь субкортикального) центров, что проявляется дефицитом тормозящих влияний на нижесегментарные уровни регуляции мочеиспускания.

Таким образом, применение транскраниальной магнитотерапии повышает эффективность комплексной терапии ГАМП у женщин. **ЭФ**

