стр. 20

Дмитрий Пушкарь:
« Мы создали все технические возможности и продолжаем их совершенствовать».

стр.18-19

Юбилей Пензенского областного уроандрологического центра «Мужское здоровье». Результаты работы за 5 лет.

стр.11

Сложный клинический случай: реконструкция уретры после мочевого перитонита.

ГАЗЕТА ВЫХОДИТ ПРИ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКЕ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

МЕДИЦИНСКАЯ
ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

№ 1
1 ИЮЛЯ 2013 г.

В НОМЕРЕ

ДИСКУССИЯ
Преимущества и недостатки методов радикальной простатэктомии. Мнения трех экспертов
стр. 8-10

CONSENSUS OMNIUM
Как диагностировать мочеполовой туберкулез. Формы и признаки болезни
стр. 15

ПРАВОВОЙ АСПЕКТ
В конце 2012 г. утвержден новый порядок оказания медицинской помощи по профилю «урология». Как разрабатывался приказ и какие претерпел изменения
стр. 21

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК
Известный уролог А.С. Немой в этом году отметил свой 85-летний юбилей. О его неординарном жизненном пути
стр. 31

Уважаемые коллеги!

Прежде всего, хочу выразить свою горячую поддержку инициативе создания специализированного печатного издания для врачей-урологов. Появление этого издания позволит своевременно, внятно и адресно доносить до врачебного сообщества задачи и цели органов управления здравоохранением, а также методы их реализации. Не сомневаюсь, что газета «Московский уролог» станет надежным каналом информации для урологов Москвы.

Г.Н. ГОЛУХОВ,
И.о. министра Правительства Москвы,
И.о. руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы

Дорогие читатели!

Вышел в свет первый выпуск газеты «Московский уролог».

Миссией газеты является освещение наиболее актуальных тем клинической урологии и организационно-правовых вопросов, касающихся нашей специальности. Газета выходит при поддержке Департамента здравоохранения города Москвы, что дает нам возможность представлять вашему вниманию мнения и комментарии наиболее компетентных специалистов в части правового регулирования нашей отрасли. Основным принципом нашей работы является формирование содержания газеты, ориентированного на запрос аудитории, поэтому от имени редколлегии газеты просим вас присылать на адрес редакции ваши предложения, которые найдут свое отражения в следующих номерах. Одной из важнейших задач нашего проекта является предоставление трибуны для наших коллег из других регионов России, которые смогут поделиться своим опытом по оптимизации урологической помощи населению. Мы надеемся, что подобный формат издания будет способствовать укреплению межрегиональных связей и сделает наше профессиональное сообщество более сплоченным.

А.А. КАМАЛОВ
Главный редактор газеты «Московский уролог»

Интервью с главным урологом Департамента здравоохранения г. Москвы А.А. Камаловым читайте на стр. 3

«От «а» до «м» – блокаторы в терапии СНМП у мужчин»

1-3 июля 2013г. в Санкт-Петербурге пройдет IX Конгресс «Мужское здоровье». Одним из главных событий первого дня Конгресса станет симпозиум «От «а» до «м» – блокаторы в терапии СНМП у мужчин», раскрывающий концепцию лечения таких пациентов. Всю самую актуальную информацию по этой теме представят ведущие специалисты: чл-корр. РАМН, профессор О.Б. Лоран, чл-корр. РАМН, профессор А.А. Камалов и профессор Г.Г. Кривобородов.

В центре симпозиума – пациент с СНМП. У мужчин, особенно пожилых, СНМП традиционно связывают с заболеваниями предстательной железы, но иногда СНМП имеют и другие причины, в частности, гиперактивный мочевой пузырь (ГМП). Крупное исследование EPIC показало, что у пациентов с СНМП симптомы накопления значительно преобладают над симптомами опорожнения. Тем не менее, несмотря на широкое распространение данных нарушений, количество пациентов, получающих адекватную терапию М-холиноблокаторами, все еще остается достаточно низким.

В рамках симпозиума будут обозначены пути решения двух наиболее важных проблем, препятствующих расширению практики применения М-холиноблокаторов в России:

Во-первых, в рутинной практике уролога очень редко используется дифференциальная диагностика между симптомами накопления и опорожнения, из-за чего пациенты с преобладанием симптомов накопления остаются не диагностированными.

Во-вторых, риск развития острой задержки мочи (ОЗМ) остается открытым вопросом и вызывает опасения врачей при назначении терапии М-холиноблокаторами.

О том, как решить эти проблемы и улучшить качество жизни пациентов с СНМП, о современных подходах к терапии расскажут ведущие эксперты.

1 июля в 17:00 в зале ПАСТЕРНАК.

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

Главный редактор
Армаис Альбертович КАМАЛОВ, главный уролог Москвы, заведующий кафедрой урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор

Заместитель главного редактора
Любовь Алексеевна ХОДЫРЕВА, руководитель организационно- методического отдела по урологии Департамента здравоохранения города Москвы, доцент кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, д.м.н.

Научный редактор
Виген Андреевич МАЛХАСЯН, медицинский научно-образовательный центр МГУ им. М.В. Ломоносова, к.м.н.

Редакционный совет
Аполихин О.И., д.м.н., профессор
Аляев Ю.Г., член-корр. РАМН, д.м.н., профессор
Велиев Е.И., д.м.н., профессор
Винаров А.З., д.м.н., профессор
Глыбочко П.В., член-корр. РАМН, д.м.н., профессор
Даренков С.П., д.м.н., профессор
Дзеранов Н.К., д.м.н., профессор
Зубань О.Н., д.м.н., профессор
Каприн А.Д., член-корр. РАМН, д.м.н., профессор
Кривобородов Г.Г., д.м.н., профессор
Лопаткин Н.А., академик РАМН, д.м.н., профессор
Лоран О.Б., член-корр. РАМН, д.м.н., профессор
Мартов А.Г., д.м.н., профессор
Матвеев В.Б., д.м.н., профессор
Пушкарь Д.Ю., д.м.н., профессор
Теодорович О.В., д.м.н., профессор
Трапезникова М.Ф., академик РАМН, д.м.н., профессор

РЕДАКЦИЯ ГАЗЕТЫ «Московский уролог»
Телефон: (495) 786-25-57 (доб. 189)
polaykova@bionika-media.ru

Заведующая редакцией
Елена ПОЛЯКОВА
Выпускающий редактор
Екатерина СУЛЕЙМАНОВА
Фотокорреспондент
Олег КИРЮШКИН
Отдел дизайна и верстки
Александр ЛАРИН,
Денис ГЕЙКО
Отдел полиграфии
Руководитель – Наталья НАДВОРСКАЯ
Менеджер – Дмитрий ТУЖИКОВ

Директор по рекламе – Дина КОРЕПАНОВА
Менеджеры по работе с клиентами:
Наталья ДИВЛЕКЕЕВА,
Ольга ВАХРОМЕЕВА
Телефон: (495) 786-25-57 (доб.131)
divlekeeva@bionika-media.ru

УЧРЕДИТЕЛЬ
Региональная общественная организация содействия охране здоровья мужского населения «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»

bionika media

ИЗДАТЕЛЬ
ООО «Бионика Медиа»
Генеральный директор – Ирина КРАСИВСКАЯ

Подписка и распространение
(495) 332-02-63
subscription@bionika-media.ru

Переодичность – 6 номеров в год
Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
Регистрационный номер ПИ № ФС77–53968 от 30 апреля 2013 г.

Газета набрана и сверстана в ООО «Бионика Медиа», отпечатана в ОАО «АСТ-Московский полиграфический дом» 111123, Москва, ш. Энтузиастов, д. 56, стр. 22
Тираж 5000 экз.
Номер подписан 25 июня 2013 г. в 10:00

Полное или частичное воспроизведение редакционных материалов, опубликованных в газете «Московский уролог», запрещается, за исключением случаев письменного согласия редакции.

ИТОГИ

II Научно-практическая конференция «Фундаментальная и практическая урология»

Н.А. Лопаткин, Н.Ф. Плавунов, А.А. Камалов, М.Ф. Трапезникова, О.Б. Лоран

Конференция успешно прошла 5-6 МАРТА 2013 г. в Здании Правительства Москвы по адресу Новый Арбат, д. 36/9.

Главная цель конференции – информирование специалистов урологического профиля о новых данных, характеризующих состояние службы в Москве, обмен опытом и повышение квалификации ученых и практиков.

Конференция организована в рамках направления «Внедрение новых медицинских технологий, методик лечения и профилактики заболеваний в практическое здравоохранение г. Москвы и Московского региона».

Традиционно организаторами конференции являются:

- Правительство Москвы
- Департамент здравоохранения города Москвы
- Главный внештатный специалист по урологии
- Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»
- Организационно-методический отдел по урологии Департамента здравоохранения города Москвы

На конференции заслушаны 41 доклад, проведено 10 заседаний.

Всего посетили мероприятие 278 специалистов, в том числе из ЛПУ Москвы и регионов России (Московская область, Республика Башкортостан, Рязанская область, Владимирская область, Ярославская область, Пермская область, Орловская область, Пензенская область, Саратовская область, г. Санкт-Петербург и др.).

Просмотрели онлайн-трансляцию 1896 человек, в том числе из Москвы, Московской области и регионов России, а также других государств: Украины, США, Республики Беларусь, Казахстана, Армении, Молдавии, Германии, Латвии, Грузии, Великобритании, Эстонии, Швейцарии, Нидерланд, Киргизии, Италии, Бельгии, Азербайджана, Узбекистана, Израиля, Португалии, Перу.

Выставочная экспозиция:

В рамках Конференции организована тематическая выставочная экспозиция производителей и дистрибьюторов лекарственных средств, медицинской техники, продукции профилактического и лечебного назначения, специализированной литературы.

В выставочной экспозиции Конференции представлены 31 компания. Информационную поддержку оказывали 17 изданий и электронных средств информации.

Спонсоры: Представительство компании «Астеллас Фарма Юроп Б.В.», ООО Медэкс, Корпорация «Артериум», ЗАО «БАЙЕР», ООО «БЕБИГ», ЗАО «ГлаксоСмитКляйн Трейдинг», ООО Группа компаний «Граминэкс-фарма», ООО «Гринвуд», ООО «Замбон Фарма», КОЛОПЛАСТ, НПФ «Материа Медика Холдинг», Представительство компании «Фармацойтише Фабрик Монтавит Гез.м.б.Х., ЗАО «ЦСМ «Медикор», ЗАО «Мединторг», Олимпас Москва, PROMOMED LLC, Рекордати, ЗАО «РОСТАГРОЭКСПОРТ», Представительство Роттафарм С.П.А., АО «Санофи-авентис груп», ООО «ТЕВА», ООО «Штада Маркетинг», ООО «Уромед М», ЗАО «Фарм-Синтез», ЗАО «Фармацевтическая производственная компания ФармВИЛАР», ООО НПП «Фармаклон», ЗАО «ШАГ», АО «Эли Лилли Восток С.А.», Эспарма ГмбХ

Номинации:

На Конференции награждались лучшие врачи и специалисты города:

За выдающийся личный вклад в развитие урологии и создание отечественной урологической школы

Лопаткин Николай Алексеевич

За личный вклад в развитие урологии и подготовку урологических кадров в России

Трапезникова Маргарита Федоровна

За многолетнее добросовестное служение специальности

Карпов Валерий Кузьмич

За многолетнее добросовестное служение специальности

Немой Александр Самуилович

За вклад в практическую амбулаторно-поликлиническую службу города Москвы

Рохликов Игорь Михайлович

Календарь образовательных мероприятий

ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России (директор – профессор, д.м.н. Аполихин Олег Иванович)

5 июля 2013 года – Малоинвазивная онкоурология: инновационные технологии эндовидеохирургии рака почки

25 октября 2013 года – Уродинамика и нейроурология: современное состояние

22 ноября 2013 года – Конференция по мочекаменной болезни

Декабрь 2013 года – Актовый день НИИ урологии

Кафедра урологии РНИМУ им Н.И. Пирогова (заведующий – профессор, д.м.н. Даренков Сергей Петрович)

Ежемесячные курсы «Ботулинотерапия в урологии». Продолжительность 1 день.

24 октября 2013 года – курс тематического усовершенствования по нейроурологии. Продолжительность 2 недели.

12 ноября 2013 года – курс «Оперативное лечение стрессового недержания мочи у женщин». Продолжительность 1 день.

Московская урологическая служба

В 2012 году на должность главного уролога Департамента здравоохранения г. Москвы был назначен Армаис Альбертович Камалов. О работе урологической службы, о том какие преобразования ожидают ее в будущем он рассказал корреспонденту газеты «Московский уролог» Екатерине Зимницкой.

– Армаис Альбертович, относительно недавно вы вступили в должность главного уролога Москвы. Расскажите, в каком состоянии находилась урологическая служба в момент вашего вступления в должность?

– В начале 2012 года Департамент здравоохранения Москвы начал реструктуризацию медицинских учреждений амбулаторного и стационарного звеньев. Реорганизация урологической службы и специализированной урологической больницы № 47 привела к определенным сложностям в координации работы урологических отделений городских лечебных учреждений Москвы. Была приостановлена деятельность организационно-методического отдела по урологии, что привело к дезорганизации выполнения его функций и всей урологической службы.

– Армаис Альбертович, кто помогает вам проводить большую организационную и методическую работу урологической службы Москвы?

– В октябре 2012 года Министр здравоохранения Москвы Г.Н. Голухов подписал Приказ № 1139 от 22.10.2012 о создании нового организационно-методического отдела по урологии при главном внештатном специалисте на базе ГБУЗ ГКБ № 31 ДЗМ.

В настоящее время в организационно-методическом отделе по урологии Департамента здравоохранения Москвы работают 4 специалиста – уролога, каждый имеет большой клинический и научный опыт работы и является врачом – экспертом Аттестационной комиссии Департамента здравоохранения Москвы.

Руководит организационно-методическим отделом по урологии доктор медицинских наук Л.А. Ходырева, в ее подчинении активно работают сотрудники А.А. Дударева – кандидат медицинских наук, секретарь Аттестационной комиссии по урологии ДЗМ, И.С. Балыков и М.В. Лалабекова.

Безусловно, работать в эпоху модернизации, больших перемен в организации и обеспечении специализированной урологической медицинской помощи очень непросто. Новый состав организационно-методического отдела успешно справляется с поставленными задачами.

– Армаис Альбертович, с чего началась ваша совместная работа с организационно-методическим отделом по урологии?

– В первую очередь перераспределена по стационарам Департамента здравоохранения города Москвы специализированная помощь по профилю «Урология»:

- урологическая медицинская помощь ВИЧ-инфицированным пациентам осуществляется врачами урологами ГБУЗ ГКБ № 70 ДЗМ (Приказ № 1443 от 12.12.2012);
- выездные урологические бригады сформированы на базе ГКБ № 57, ГКБ № 7, ГКБ № 68, ГКБ № 50, ГКБ № 70, ГКБ № 29, ГКБ им. С.П. Боткина (Приказ № 1394 от 05.12.2012);
- экстренная урологическая помощь маломобильным цистостомированным больным осуществляется: ГКБ № 7, ГКБ № 68, ГКБ № 50, ГКБ № 70, ГКБ № 29, ГКБ им. С.П. Боткина (Приказ № 1353 от 30.11.2012).

Сформирована аттестационная комиссия для врачей урологов, параллельно разработаны алгоритмы экспертной оценки квалификации врачей; создан и внедрен тестовый контроль.

При поддержке Правительства Москвы и Департамента здравоохранения нами подготовлена и успешно проведена II конференция «Фундаментальная и практическая урология» 5–6 марта 2013 года и секция по урологии на Ассамблее «Здоровье столицы» в Мэрии Москвы 13–14 декабря 2012 года.

В 2013 году руководителем ОМО Л.А. Ходыревой впервые была внедрена новая форма отчетности. Заведующие урологическими отделениями и окружные урологи подготовили презентации о результатах работы урологических амбулаторно-поликлинических и стационарных отделений за 2012 год и доложили на общем врачебном организационно-методическом совещании в каждом АО Москвы. Все отчетные мероприятия прошли с большим интересом и активным участием врачей, работающих в АО. Подобные мероприятия сплачивают коллектив врачей, работающих и в ОМО, и в амбулаторных и стационарных урологических отделениях Москвы, вскрывают проблемы, трудности в работе урологических подразделений и определяют пути их решения.

– Армаис Альбертович, вы имеете огромный научно-педагогический опыт работы в ведущих учреждениях страны. Как это отразится на образовании врачей урологов городских ЛПУ?

– Совместно с сотрудниками организационно-методического отдела по урологии мы предложили Департаменту здравоохранения Москвы новую форму образовательных программ для врачей с выездом лекторов – специалистов непосредственно в административные округа.

Так, в ноябре-декабре 2012 года проведены образовательные школы «Рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей»; в апреле 2013 года – «Диагностика, лечение, профилактика заболеваний мочеполовых органов у мужчин».

На базе городской поликлиники № 5 ДЗМ возобновили свою работу постоянно действующие семинары по урологии, где освещаются наиболее интересные и актуальные темы по различным разделам урологии и обсуждаются организационные вопросы.

В 2012–2013 гг. опубликованы методические рекомендации для урологов учреждений ДЗМ:

1) Возрастной андрогенный дефицит в общесоматической практике: причины возникновения, клиника, диагностика, лечение;

2) Иммунотерапия хронического бактериального простатита;

3) Современная фитотерапия в лечении острого цистита.

– А как вы оцениваете состояние кадрового оснащения урологической службы Москвы?

– На сегодняшний день урологические отделения стационаров полностью укомплектованы врачами. В амбулаторной службе остается большой процент совместителей, дефицит специалистов составляет около 20%.

– Армаис Альбертович, мы знаем, что в Москве действует программа скрининга рака предстательной железы. Будет ли она продолжена?

– Да, мы совместно с окружными урологами продолжаем методическое сопровождение и контроль за выполнением подпрограммы «Целевая диспансеризация мужского населения по выявлению заболеваний предстательной железы», начатой в 2002 году.

Анализ результатов выполнения подпрограммы продолжает демонстрировать эффективность проводимой работы: 5-летняя выживаемость пациентов с раком предстательной железы увеличилась до 60%, выявляемость ранних стадий рака предстательной железы повысилась с 38 до 60%.

– Армаис Альбертович, каковы перспективы развития урологической службы города Москвы?

– Перспективным в оказании урологической помощи является:

- внедрение робот-ассистированных операций в урологическую практику для оказания высокотехнологичной помощи и обучение врачей –урологов;
- разработка алгоритмов и порядка оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи взрослому населению;
- создание реестра нейроурологических пациентов (взрослых и детей) с целью индивидуальной реабилитации и обеспечения расходными материалами и средствами медицинской реабилитации;
- внедрение современных технологий в соответствие с поставленными задачами и стационарзамещающей помощи в специализированных окружных урологических отделениях II уровня в АО;
- ежегодное проведение городской конференции «Фундаментальная и практическая урология»;
- дальнейшее осуществление образовательной деятельности врачей урологов в рамках ежемесячных семинаров по урологии и тематических школ.

– Армаис Альбертович, какие первоочередные задачи стоят перед вами и ОМО?

– Мы считаем, что в первую очередь необходимо:

- дооснастить амбулаторные и стационарные урологические учреждения современным оборудованием;
- внедрить новые формы преемственности и организации оказания амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи урологическим пациентам;
- организовать 3-уровневую систему оказания медицинской помощи с использованием возможностей территориальных медицинских объединений, с сохранением специализированных урологических отделений в АО;
- внедрить дневные стационары с урологическими койками, что позволит конструктивно и с экономией бюджетных средств решать разноплановые задачи по диагностике, профилактике и лечению урологических заболеваний.

– Что бы вы хотели пожелать московским урологам?

– В заключении хотелось бы пожелать московским урологам дальнейшего развития, совершенствования во благо наших пациентов и, конечно же, здоровья!

Подробную информацию о работе ОМО читайте на сайте glavurolog.msk.ru

УЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ ПЛАН НА 2013 ГОД ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

Кафедра урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова

Адрес: 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, д. 42
Телефон: 8 (495) 432-69-22
E-mail: roo.rusmh@gmail.com
Заведующий – член-корр. РАМН, проф., д.м.н. Камалов Армаис Альбертович
Форма обучения – очная

Календарный план сертификационных циклов для врачей на 2013 год

Название программы	Вид и форма повышения квалификации	Сроки обучения	Число слушателей	Продолжительность обучения в часах
Клиническая андрология	ОУ	09.13	40	72
Эндоскопическая урология	ОУ	10.13	5	72
Роботическая оперативная урология	ОУ	11.13	5	72

Кафедра урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Адрес: Москва, ул. Б. Пироговская, д. 2, стр. 1 (Клиника урологии, 1-й этаж)
Телефон: 8 (499) 248-71-00
Заведующий – член-корр. РАМН, проф., д.м.н. Аляев Юрий Геннадьевич

Наименование программы	Выдается сертификат специалиста (С)	Сроки проведения	Форма проведения программы	Контингент слушателей	Продолжительность обучения в часах
Онкоурология		23.09-18.11	очная	врачи лечебных специальностей	288
Урология	С	05.11-17.12	очная	врачи-урологи	216

Кафедра урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Адрес: Москва, ул. Вучетича, д. 21, ГКБ № 50
Телефон: 8 (495) 611-31-29
Заведующий – заслуженный врач РФ, проф., д.м.н. Пушкарь Дмитрий Юрьевич

Наименование цикла *Контингент слушателей*	Вид и форма повышения квалификации	Сроки проведения	Число слушателей на цикле	Продолжительность обучения
Основы андрологии *урологи, хирурги, терапевты, неврологи*	ОУ	01.11-29.11	32	1 мес.
Урогинекология *урологи, акушеры-гинекологи*	ОУ	03.10-30.10	32	1 мес.
		02.12-28.12	32	1 мес.
Мочекаменная болезнь и ее осложнения *урологи, хирурги, терапевты, неврологи*	ОУ	03.10-30.10	32	1 мес.
Ранняя диагностика рака предстательной железы *урологи, хирурги, терапевты, неврологи*	ОУ	03.09-30.09	32	1 мес.
Принципы диагностики и лечения различных урологических заболеваний в условиях поликлиники *урологи, хирурги, терапевты, неврологи*	ОУ	02.12-28.12	32	1 мес.
Инфекция мочевыводящих путей *урологи, хирурги, терапевты*	ОУ	01.11-29.11	32	1 мес.

Кафедра эндоскопической урологии РМАПО

Адрес: Москва, Волоколамское шоссе, д. 84, ЦКБ № 1 ОАО «РЖД»
Телефон: 8 (495) 925-02-08
Заведующий – проф., д.м.н. Теодорович Олег Валентинович

Наименование цикла *Контингент слушателей*	Вид и форма обучения	Сроки проведения	Число слушателей на цикле	Продолжительность обучения
Эндоурология и дистанционная литотрипсия *заведующие и врачи урологических стационаров и поликлиник*	ТУ Очная	09.09-05.10	20	1 мес.
Ультразвуковая диапевтика в урологии *заведующие и врачи урологических стационаров и поликлиник, врачи ультрозвуковой диагностики*	ТУ Очная	14.10-09.11	20	1 мес.
Андрология и оперативная андрология *заведующие и врачи урологических стационаров и поликлиник*	ТУ Очная	18.11-14.12	20	1 мес.

Кафедра урологии и хирургической андрологии РМАПО

Адрес: Москва, 2-й Боткинский пр., д. 5а, ГКБ им. С.П.Боткина, корп. 16, 2-й этаж
Телефон: 8 (495) 945-97-93
Заведующий – член-корр. РАМН, проф., д.м.н. Лоран Олег Борисович

Наименование цикла *Контингент слушателей*	Вид и форма обучения	Сроки проведения	Число слушателей на цикле	Продолжительность обучения
Урология *врачи-урологи ЛПУ*	ОУ Очная	09.09-05.10	48	1 мес.
Оперативная онкоурология *врачи-урологи, хирурги, онкологи ЛПУ*	ТУ Очная	07.10-19.10	20	0,5 мес.
Урология *врачи-урологи ЛПУ*	ОУ Очная	18.11-14.12	48	1 мес.

Пожелания по размещению образовательных материалов направляйте по адресу: polyakova@bionika-media.ru

Кафедра урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Адрес: Москва, ул. Маршала Новикова, д. 23
Телефоны: 8 (495) 649-98-77; 8 (499) 190-31-11; 8 (499) 190-96-92
E-mail: dr.abdul@mail.ru
Зав. учебной частью – Абдулхамидов Александр Нурмагомедович

Наименование цикла	Вид подготовки	Контингент слушателей	Продолжительность обучения в часах	Сроки проведения
Урология	ПП	Врачи-урологи	576	02.09-23.12
Урология	ОУ	Врачи-урологи	144	02.09-28.09 21.10-18.11
Эндоскопическая хирургия мочевых путей	ТУ	Врачи-урологи	144	по мере набора группы
Андрология		Врачи-урологи	144	по мере набора группы
Лапароскопическая урология	ТУ	Врачи-урологи	144	по мере набора группы
Урология	Клиническая ординатура	Выпускники медвузов, врачи лечебных специальностей	2 года	с 01.09
Урология	Аспирантура	Врачи лечебных специальностей	3 года (очная форма)	с 01.09
Урология	Соискательство	Врачи лечебных специальностей	1-3 года	в течение года
Неотложная оперативная помощь при травмах почек	ТУ	Врачи-урологи	72	по мере набора группы
Оперативная андрология при травмах генитальной зоны, повреждениях уретры	ТУ	Врачи-урологи	72	по мере набора группы

Кафедра клинической андрологии РУДН

Адрес: Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 21, кор. 3
Телефон: 8 (925) 518-09-75
E-mail: info@nfertility-net.ru
Заведующий – проф., д.м.н. Виноградов Игорь Владимирович

Календарный план сертификационных циклов для врачей на 2013 год

Наименование цикла	Сроки проведения	Продолжительность обучения в часах
Урология	02.09-16.01.2014	540
Хирургия	02.09-16.01.2014	540
Урология (общее усовершенствование)	02.09-27.09.2013 05.11-29.11.2013	144
Ультразвуковая диагностика (общее усовершенствование)	02.09-30.09.2013	144
Хирургия (общее усовершенствование)	02.09-29.09.2013 02.12-27.12.2013	144

Календарный план учебных циклов для врачей на 2013 год

Клиническая андрология (тематическое усовершенствование)	02.09-27.09.2013 02.12-27.12.2013	144
Экстракорпоральная ударно-волновая терапия (тематическое усовершенствование)	04.02-28.02.2013 02.09-29.09.2013	144
Эндоскопическая хирургия (тематическое усовершенствование)	02.09-29.09.2013 02.12-27.12.2013	144
Репродуктология (тематическое усовершенствование)	02.12-27.12.2013	144
Репродуктология (эмбриологические аспекты ВРТ) (тематическое усовершенствование)	02.09-16.09.2013 02.12-16.12.2013	72

Обучение включает лекции, семинары, практикум, участие в лечебном процессе. Возможно составление индивидуального плана занятий. По окончании выдается свидетельство и сертификат государственного образца.

Кафедра эндоскопической урологии ФПКМР РУДН

Адрес: Москва, ул. Коломенский проезд, д. 4
Телефоны: 8 (925) 743-98-22; 8 (499) 782-31-17
E-mail: zieratsho@yandex.ru, s.i.suleymanov@mail.ru
Заведующий – проф., д.м.н. Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич

Название программы	Место проведения	Сроки проведения	Вид обучения	Продолжительность обучения в часах
Урология. Сертификационный	ГКБ №7 Центральный госпиталь МВД	16.09-05.10	очная	144
Лапароскопическая и ретроперитонеоскопическая урология	ГКБ №7 Центральный госпиталь МВД	23.09-12.10	очная	144
Нейроурология	ГКБ №7 Реабилитационный центр «Преодоление»	23.09-12.10	очная	144
Дистанционная ударно-волновая литотрипсия	ГКБ №7	23.09-12.10	очная	144
Урология. Профессиональная переподготовка			очная	564

Кроме того, по указанным программам, а также другим программам (ультразвуковая диапевтика в урологии, андрология) обучение проводится на рабочем месте или с частичным отрывом от работы.

Новые стандарты EAU по лечению ДГПЖ

Тадалафил для лечения эректильной дисфункции и симптомов нарушенного мочеиспускания на фоне ДГПЖ

В марте 2013 г. в Милане прошел ежегодный конгресс Европейской ассоциации урологов (EAU), в ходе которого активно обсуждались различные аспекты терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), включая новые стандарты – EAU Guidelines. Новым аспектом лечения ДГПЖ является использование ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа (иФДЭ-5). В настоящее время из всех иФДЭ-5 только тадалафил одобрен для лечения не только эректильной дисфункции (ЭД), но и нарушений мочеиспускания при ДГПЖ. Но почему именно это лекарство? На этот и другие вопросы корреспонденту газеты «Московский уролог» Александру Рылову отвечает доцент кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова к.м.н. А.В. Говоров.

– Александр Викторович, мы знаем, что вы принимаете активное участие в различных научных программах и мероприятиях EAU и внимательно следите за новыми тенденциями в урологии. Скажите, пожалуйста, насколько часто сочетаются ЭД и симптомы нижних мочевых путей (СНМП), обусловленные гиперплазией простаты?

– Подобное сочетание встречается очень часто. По данным урологической клиники МГМСУ им. А.И. Евдокимова, среди сексуально активных пациентов сочетание нарушений эрекции и симптомов нарушенного мочеиспускания отмечается не менее чем у 60% мужчин. Согласно некоторым зарубежным публикациям эта цифра составляет 70–75%.

– Каков патогенетический механизм возникновения ЭД в случаях ДГПЖ?

– Этот механизм комплексный и до конца не изученный. Наиболее простым объяснением многие специалисты считают развитие гипоксии ткани простаты за счет прогрессирующей гиперплазии желез, из-за чего не только нарушается мочеиспускание, но и страдает функция сосудисто-нервных пучков. Несомненно, патогенез указанных расстройств включает целый ряд иных, более сложных механизмов – и в настоящее время значительное число проводимых фундаментальных исследований направлено на изучение данных процессов.

– Как осуществляется фармакотерапия ЭД, сочетающейся с СНМП на фоне гиперплазии простаты?

– В соответствии с последними рекомендациями EAU для лечения сочетания нарушений эрекции и симптомов нарушенного мочеиспускания, обусловленных ДГПЖ, у многих пациентов применяется тадалафил в дозе 5 мг 1 раз в день. Известно, что все препараты из группы ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа, зарегистрированные для лечения эректильной дисфункции, за счет увеличения концентрации и активности внутриклеточного циклического гуанозин монофосфата уменьшают тонус гладкой мускулатуры клеток пениса, детрузора, простаты и уретры; и влияние иФДЭ-5 на СНМП – классовый эффект. Однако для лечения СНМП, обусловленных ДГПЖ, а также сочетанной терапии двух вышеуказанных заболеваний в Европе зарегистрирован только тадалафил 5 мг 1 раз в сутки.

Примечательно, что лечение по данному показанию стало доступным для российских пациентов с 2012 г. – раньше, чем в Европейском союзе.

– А какова сейчас ситуация в Европе?

– До недавнего времени в странах ЕС применение тадалафила 5 мг для лечения нарушений мочеиспускания на фоне ДГПЖ было одобрено только в рамках клинических испытаний (КИ). Однако в 2013 году показания расширились, и теперь тадалафил рекомендован в ЕС к использованию по данным показаниям в широкой клинической практике. В результате открылась возможность эффективной терапии многих тысяч социально активных пациентов трудоспособного возраста. Преимущество такого лечения для больных заключается в том, что с помощью одного препарата они улучшают свое состояние сразу с точки зрения решения двух проблем.

– Нашли ли отражение те нормативные изменения, о которых вы рассказали, в последних рекомендациях EAU?

– Безусловно. Причем в этом очень важном для всего урологического сообщества документе (EAU Guidelines on the treatment and follow-up of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction. Oelke et al. Eur Urol 2013;64:118) среди всех иФДЭ-5 только тадалафил рекомендуется к применению по показанию для лечения ЭД и СНМП, обусловленных ДГПЖ, поскольку указанный препарат имеет широкую доказательную базу по результатам целого ряда КИ. Важным является тот факт, что другие иФДЭ-5 не обладают таким же длительным действием, как тадалафил (36 часов), поэтому для них нельзя создать столь же удобную, а главное, безопасную для длительных курсов дозировку – 1 таблетку по 5 мг в день.

– Не могли бы вы рассказать подробнее об этих КИ?

– В рамках клинических исследований по всему миру более 27 000 пациентов принимали тадалафил в различных дозировках по разным показаниям. При этом оценивались самые разные параметры эффективности с использованием валидизированных опросников – IPSS / QoL, IIEF / МИЭФ, максимальная скорость мочеиспускания и пр. Принципиально важным результатом ряда исследований, проведенных в последние годы (помимо улучшения эректильной функции), было достоверное уменьшение выраженности расстройств мочеиспускания у больных с сочетанием ЭД и ДГПЖ.

– Есть ли у вас опыт применения Сиалиса 5 мг по новому показанию?

– В нашей клинике Сиалис 5 мг 1 раз в сутки используется очень активно. Опыт применения Сиалиса для лечения ЭД, СНМП на фоне ДГПЖ, а также их сочетания положительный: препарат высокоэффективный и имеет минимальное количество побочных эффектов. Примечательно, что в последнее время было также установлено, что прием Сиалиса 5 мг 1 раз в день в течение 12 мес у больных, перенесших робот-ассистированную радикальную простатэктомию, приводит к более быстрому наступлению удержания мочи – и эти новые данные мы недавно представляли в виде постерного доклада на конгрессе EAU.

на правах рекламы

Онлайн-ресурсы на службе амбулаторного уролога

В ноябре 2011 г. при поддержке компании Астеллас был создан проект «Академия амбулаторной урологии». Проект задумывался как информационный ресурс для урологов – площадка для их профессионального и личного общения. Сегодня на этом проекте зарегистрировано 2454 уролога со всех регионов России и стран СНГ. За неполный 2013 год на сайте «Академия амбулаторной урологии» уже было более 15 тыс. посещений, его просмотрели около 270 тыс. раз.

Татьяна ГАРМАНОВА,
врач детский уролог-андролог, ФГБУ НИИ урологии Минздрава РФ

Основой проекта «Академия амбулаторной урологии» является непрерывно действующий уже 3 года сайт с одноименным названием. Проект состоит из нескольких основных направлений:

- информационный урологический ресурс: новости, отчеты о конференциях и др.,
- площадка для общения урологов – форум и периодически проводимые мероприятия,
- образовательные курсы, круглые столы, конкурсы.

Важнейший структурой сайта является **информационный раздел**, где представлена базисная информация по урологии, которая дополняется регулярно публикуемыми новостями о последних достижениях науки. Кроме того, на сайте постоянно публикуется информация о новых препаратах, отчеты о прошедших конференциях. В настоящее время это отчеты о съездах Европейского, Американского, Международного обществ урологов 2012 и 2013 гг., о курсе Европейской ассоциации урологов для резиденов в урологии 2012 г., об «Интенсивных курсах Академии амбулаторной урологии» в рамках XII Конгресса РООУ, о Круглом столе научного совета по «Уронефрологии» РАМН, отчет о работе проекта LUT Forum при поддержке компании Астеллас.

На сайте постоянно действует **форум**, предназначенный для общения участников проекта, который включает в себя 6 подразделов. Основные темы касаются вопросов урологического образования, разбора клинических случаев и эффективности применения лекарственных препаратов. Формат форума активно обсуждался с участниками проекта и в результате были учтены почти все пожелания. В настоящее время существует возможность загружать фото для консультации с коллегами и демонстрации интересных клинических случаев, обсуждать последние из них, обмениваться информацией об эффективности препаратов и просто в формате личных сообщений общаться с единомышленниками. Активно используемая структура сайта – это личный кабинет каждого пользователя, куда можно загрузить сертификаты, подтверждающее медицинское образование, что обязательно для участия в проекте, скачать сертификаты об участии в конференциях, о прохождении курсов дистанционного образования.

Отдельной темой для обсуждения на сайте стало **образование в урологии**. Были проведены первые курсы дистанционного обучения по теме «Андрология» для группы слушателей из 38 урологов. Курсы представляли собой цикл из 5 лекций, которые читал профессор И.В. Виноградов.

Следующая образовательная программа в рамках проекта была осуществлена при поддержке компании Астеллас в рамках XII Конгресса РООУ (Москва, 19 сентября 2012 г). – «Интенсивные курсы Академии амбулаторной урологии», в работе которых приняли участие более 700 урологов.

Также в мае 2013 г. прошли образовательные курсы по теме «Инфекции мочевых путей», в которых приняло участие 68 урологов со всей страны и СНГ.

В июне 2013 г. впервые на проекте был проведен круглый стол в режиме реального времени по теме «Андрология» с участием ведущих отечественных специалистов-андрологов: С.Ю. Калинченко, В.А. Божедомова, Е.А. Ефремов. Эксперты давали комментарии к представленным пользователями сайта клиническим случаям. Аудитория слушателей составила около 200 урологов из разных регионов России и стран СНГ.

На сайте проходят тематические конкурсы. В рамках одного из них участники писали эссе, посвященное лечению рецидивирующего цистита. Лучшую работу определяли пользователи сайта путем голосования на форуме. Победитель этого состязания получил премию – поездку на 28 съезд Европейской ассоциации урологов в Милане.

В преддверии Нового года участников проекта ждал сюрприз от «Академии амбулаторной урологии» – мобильное приложение для iPhone и iPad, которое позволяет получать наиболее актуальную информацию и всегда быть в курсе последних новостей проекта.

В дальнейших планах организаторов проекта «Академии амбулаторной урологии» – продолжение публикаций новостей, отчетов о проходящих конференциях, проведение курсов дистанционного образования по наиболее востребованным направлениям урологии с привлечением международных экспертов и выдачей сертификатов. Будут организованы и новые конкурсы с расширенными возможностями применения набранных баллов; круглые столы с участием ведущих специалистов; продолжится освещение конференций в режиме как реального времени, так и распространения печатной информации о них. Предстоит техническая модернизация форума, разработка приложения для Android. В рамках работы IX Конгресса «Мужское здоровье» в Санкт-Петербурге участникам проекта будет предложена уникальная возможность оценить и прокомментировать работу конгресса в режиме реального времени. Там же впервые состоится долгожданная встреча участников форума в оффлайне. Продолжив традиции прошлого года, администрация проекта будет поощрять наиболее активных участников. Самый активный из них по итогам года получит право на поездку на очередной 29-й конгресс Европейской ассоциации урологов, а девять следующих – годовое членство в Европейской ассоциации урологов.

За время работы сайта стало очевидно, что российские урологи очень активны, хотят учиться, общаться как в интернете, так и лично, встречаться, а главное – прикладывают максимальные усилия для лучшей заботы о своих пациентах. Администрация «Академии амбулаторной урологии» делает все возможное, чтобы проект соответствовал требованиям и желаниям нашей достаточно искушенной аудитории врачей-урологов. Однако основной силой ресурса являются участники – именно от их мнения зависит направление развития Академии в дальнейшем. Мы открыты для новых предложений и пожеланий.

Участие в проекте «Академии амбулаторной урологии» – это возможность:

- быть в курсе последних новостей урологии;
- принимать участие в образовательных мероприятиях;
- обмениваться мнениями с коллегами;
- узнать точку зрения экспертов и задать им вопросы.

Ваш профессиональный взгляд поможет сделать этот проект максимально нужным для урологов.

«...»

Проект состоит из нескольких основных направлений:

- ***информационный урологический ресурс: новости, отчеты о конференциях и др.,***
- ***площадка для общения урологов – форум и периодически проводимые мероприятия,***
- ***образовательные курсы, круглые столы, конкурсы.***

на правах рекламы

Курсы дистанционного образования проекта «Академия амбулаторной урологии»

В достаточно консервативном мире медицины новинки приживаются не сразу. Однако проведение курса дистанционного образования с применением IT-технологий сразу получило признание среди урологов. Понимание важности образования для любого практикующего уролога, активное участие врачей в работе интернет-ресурсов и слаженная работа целой команды позволили успешно реализовать курс профессионального дистанционного образования по теме «Инфекции мочевых путей» в рамках проекта «Академия амбулаторной урологии».

Татьяна ГАРМАНОВА,
врач, детский уролог-андролог, ФГБУ НИИ урологии Минздрава России

Только на первый взгляд кажется, что провести качественный курс дистанционного образования – задача несложная. Однако оказалось, что даже проинформировать урологов и сформировать группу для прохождения курса непросто. Международный опыт проведения подобных мероприятий показывает, что необходима реализация нескольких обязательных этапов прохождения курса. И лишь тогда, когда все они будут пройдены, можно говорить о проведении курсов, которые действительно будут востребованы урологами.

Идея проведения именно дистанционных образовательных курсов была предложена самими урологами в ходе опроса на форуме проекта «Академия амбулаторной урологии». В результате интернет-голосования оказалось, что одна из наиболее востребованных тем – «Инфекции мочевых путей». Для участия в проведении курса были приглашены ведущие отечественные специалисты в этой области. На сайте «Академии амбулаторной урологии» был размещен **анонс,** после чего каждый желающий мог подать **заявку на участие**. Всего было подано 68 заявок от участников проекта из разных городов РФ, а также из стран СНГ – Украины, Казахстана и Молдовы.

На следующем этапе было организовано **исходное тестирование** для всех записавшихся на курс урологов. Для того, чтобы слушатели могли активно подготовится к лекциям заранее, на сайте Академии были размещены **материалы для самостоятельного изучения**, в том числе авторские и переводные статьи, выдержки из клинических рекомендаций. В течение двух недель слушатели могли работать с этими материалами, и только после этого наступило главное событие курсов – прочтение **пяти лекций** ведущими российскими урологами в формате онлайн. Для максимального удобства каждому участнику отправлялось смс-оповещение о проведении лекций. Каждая лекция длилась около часа, после чего преподаватель отвечал на вопросы слушателей в режиме реального времени при помощи чата.

1. А.В. Зайцев (профессор кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва), лекция «Рецидивирующие ИМП – кого выбирает болезнь?»

2. Л.А. Синякова (профессор кафедры урологии и хирургической андрологии РМАПО, Москва), лекция «Рецидивирующие ИНМП: особенности диагностики, лечение и профилактика в эру растущей резистентности к антибиотикам»

3. Л.Б. Меновщикова (профессор кафедры детской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва), лекция «ИМП в детской урологии»

4. А.В. Зайцев (профессор кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва), лекция «Интерстициальный цистит».

5. К.Л. Локшин (заведующий отделом НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва), лекция «Пиелонефрит. Риск восходящей инфекции. ИМП в стационаре».

По окончанию лекций было проведено **итоговое тестирования** также в объеме 20 вопросов.

При положительном ответе на вопросы участники курсов получили **сертификаты** об их успешном прохождении. Все слушатели отметили высочайшую научную ценность лекций и современный уровень технического обеспечения курса, в частности обеспечения высококачественной прямой интернет-трансляции, возможности общения с лекторами, а также большую практическую пользу от предоставленного образовательного материала.

Главным преимуществом курса урологи считают его бесплатность, возможность обучения без отрыва от работы, отсутствие трат на проезд и проживание в столице.

Дистанционный образовательный курс, показал востребованность данной формы обучения среди урологов. Осенью 2013 г. планируется проведение очередного курса, посвященного диагностике и лечению симптомов нижних мочевых путей.

«...»

Осенью 2013 г. планируется проведение очередного курса, посвященного диагностике и лечению симптомов нижних мочевых путей

МНЕНИЕ

Андрей ЧЕРНЫШЕНКО,
врач-уролог, Донецк, Украина

Я был рад возможности получать информацию от ведущих специалистов в режиме дискуссии. В процессе обучения были освещены актуальные проблемы урологии и даны конкретные современные подходы к их решению. Если будут организовывать аналогичные мероприятия по различным разделам урологии и андрологии, я с удовольствием поучаствовал бы в них. Большое спасибо организаторам курсов!

МНЕНИЕ

Дмитрий КИМ,
врач-уролог, Астана, Казахстан

Эти курсы являются отличной возможностью повысить свои профессиональные знания, приобрести новый опыт, задать волнующие вопросы профессорам. Мы прослушали лекции, посвященные рецидивирующим инфекциям мочевыводящих путей. Все лекции были четкими, понятными и содержательными. Положительным моментом является организация тестового контроля до и после цикла, что позволяет проконтролировать уровень полученных знаний. Хотелось бы выразить огромную благодарность организаторам дистанционного цикла обучения – команде «Академии амбулаторной урологии» и компании Астеллас.

на правах рекламы

Радикальная простатэктомия: мнения трех экспертов

Радикальная простатэктомия является одной из самых часто выполняемых операций в урологии. Благодаря техническому прогрессу за последние годы помимо открытой простатэктомии стали доступны такие ее модификации, как лапароскопическая и роботическая простатэктомия. Результаты крупных исследований демонстрируют схожие онкологические и функциональные результаты, что придает особую актуальность вопросу целесообразности применения того или иного метода. Начать эту актуальную дискуссию мы решили на страницах газеты «Московский уролог». О преимуществах и недостатках каждого метода радикальной простатэктомии нам рассказали ведущие эксперты в данной области.

Робот-ассистированная радикальная простатэктомия

Д. Ю. ПУШКАРЬ,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из наиболее часто встречающихся онкологических заболеваний среди мужчин. В общемировой структуре онкологической заболеваемости рак простаты занимает шестое место, а среди мужчин – третье. Ежегодно данная патология диагностируется более чем у полумиллиона людей, что соответствует примерно одной десятой части всех онкологических заболеваний у мужчин. В настоящее время отмечена тенденция к «омоложению» рака простаты. Благодаря открытию простат-специфического антигена (ПСА) и повсеместному введению скрининговых программ, РПЖ диагностируется на ранних стадиях у мужчин более молодого возраста. Все это привело к широкому применению методов лечения локализованных форм РПЖ, особенно радикальной простатэктомии (РП). Позадилонная радикальная простатэктомия из открытого доступа (ОРП), предложенная T. Millin в 1945 г. и модифицированная P. Walsh в 1980 г., на протяжении длительного времени являлась «золотым стандартом» лечения клинически локализованных форм РПЖ.

Парадигма подхода к хирургическому лечению изменилась с 1987 г., когда впервые была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. С этого времени концепция минимально-инвазивного лапароскопического доступа приобрела повсеместную популярность, охватывая все хирургические специальности, позволяя выполнять многочисленные оперативные пособия и манипуляции, и открыла новые горизонты для развития того или иного метода лечения. Однако выполнение сложных реконструктивных оперативных пособий не получило повсеместного широкого распространения. Прежде всего это было связано с ограниченным выбором инструментария и повышенной сложностью манипуляций, что выражалось в длительном периоде обучения и, как следствие, резко увеличенной продолжительности оперативного пособия.

За последние десятилетия благодаря прогрессивному развитию минимально-инвазивных технологий в медицине взгляды урологов изменились в пользу применения робот-ассистированной техники выполнения РП. Концепция минимально инвазивного доступа для выполнения простатэктомии известна с начала 90-х годов. Schuessler впервые выполнил тазовую лимфаденэктомию из лапароскопического доступа.

Немногим позднее, в 1992 г., еще целый ряд специалистов описали первый успешный опыт выполнения лапароскопической радикальной простатэктомии. Однако ранние результаты лапароскопических вмешательств были весьма не оптимистичными. Несмотря на это, в конце 90-х годов ряд авторов, продолживших совершенствование ЛРП, сообщили о результатах, сравнимых с открытой операцией. Данные работы стали поворотной точкой для широкого распространения данной малоинвазивной методики. В основном это произошло благодаря представленному авторами пошаговому руководству по выполнению лапароскопического вмешательства и развитию видеооборудования. Однако следует заметить, что даже в руках опытных лапароскопистов данная процедура трудновыполнима без наличия опыта открытых операций.

В 2000 г. Menon в госпитале Генри Форда (Henry Ford Hospital) начал выполнение радикальной простатэктомии с роботической ассистенцией. С того времени операция получила широкое распространение во многих странах мира. К настоящему времени роботическая радикальная простатэктомия (РРП) является одной из наиболее распространенных роботических операций по всему миру. Налицо рост быстрой популяризации данной процедуры: в 2003 г. было выполнено 2648 РРП, а уже в 2004 г. – 9000 случаев. К 2005 г. данный показатель составил около 16 500 случаев (20% всех выполненных радикальных простатэктомий за год). Уже в 2008 г. 80% всех радикальных простатэктомий в США выполнены при помощи робота da Vinci (по данным американского только в США за год было выполнено 72 тыс. РРП). К 2013 г. имеют место более 4500 публикаций, посвященных роботической хирургии, более 3000 систем da Vinci инсталлированы в более чем 1500 медицинских учреждений по всему миру. Несмотря на это, РРП до сих пор остается сравнительно «молодой» операцией.

В ходе прошедшего 4-9 мая 2013 г. в Сан-Диего ежегодного конгресса Американской урологической ассоциации (AUA) было заявлено о том, что 90% всех РП в США выполняется роботическим способом. Почему же взгляды урологов изменились в пользу применения робот-ассистированной техники выполнения РП? Прежде всего это связано с одним из важнейших преимуществ робот-ассистированной хирургии – высочайшем качестве визуализации операционного поля, что достигается посредством применения высокотехнологичной оптической системы. Более того, благодаря наиболее совершенной на сегодняшний день роботической технологии, использованной в системе da Vinci, все движения хирурга распознаются, оцениваются и передаются на интерактивные руки с роботическими инструментами, нивелируя физиологический тремор и обеспечивая максимальную точность выполнения всех этапов оперативного вмешательства. К услугам «роботического» хирурга система da Vinci предоставляет трехмерную визуализацию операционного поля, увеличенные функциональные возможности, выражающиеся, прежде всего, в уникальной свободе движения манипуляторов, точности манипуляций и эргономичности.

Сегодня целью оперативного лечения РПЖ является не только избавление от злокачественного новообразования, но и сохранение функции и, соответственно, качества жизни пациента. Способность удерживать мочу после операции, сохраненная эректильная функция и отсутствие рецидива заболевания составляют так называемую «трифекту» – термин, предложенный в 2005 г. для оценки эффективности выполненной РП.

Опубликованные в 2012 г. систематические обзоры и мета-анализы сравнительных исследований (в том числе рандомизированных) выполнения ОРП, лапароскопической радикальной простатэктомии (ЛРП) и РРП предоставили нам данные, позволяющие говорить о неоспоримых преимуществах роботической простатэктомии в таких аспектах, как продолжительность госпитализации, степень кровопотери, необходимость в гемотрансфузии и анальгезии. Период обучения роботической радикальной простатэктомии по сравнению с ЛРП был достоверно короче. Длительность оперативного лечения, частота осложнений и онкологические результаты достоверно не отличались в группах открытой, лапароскопической и роботической РП. Впервые было показано, что показатель восстановления эректильной функции у пациентов, перенесших РРП, был достоверно выше спустя 12 месяцев наблюдения по сравнению с пациентами, перенесшими ОРП и ЛРП, в то время как показатель удержания мочи статистически достоверно не отличался.

К настоящему времени радикальная простатэктомия с роботической ассистенцией во многих странах мира стала «золотым» стандартом лечения локализованного рака предстательной железы. Происходит это благодаря проведению сравнительного анализа эффективности и безопасности различных доступов для выполнения радикальных операций при раке простаты. При этом становится ясно, что «роботический» подход во многих аспек-

«...»

«Роботический» подход во многих аспектах превосходит открытую и лапароскопическую радикальную операции

тах превосходит открытую и лапароскопическую радикальную операции. Живя в эпоху высоких технологий, несложно предположить, что спустя некоторое время у нас появятся все более прогрессивные и улучшенные модели роботизированных систем, что может привести к тотальной «роботизации» некоторых видов оперативных вмешательств, в том числе радикальной простатэктомии. Уже сейчас становится ясно, что в настоящее время урология и роботизированные хирургические системы идут в ногу. Сегодня доступны данные о большей эффективности некоторых робот-ассистированных манипуляций по сравнению с традиционными, что невозможно игнорировать в эпоху доказательной медицины. Однако принципы последней непреклонны и необходимо выполнение еще большого числа обширных, мультицентровых, рандомизированных исследований для получения ответов на имеющиеся в настоящее время многочисленные вопросы относительно эффективности, безопасности и экономической целесообразности применения радикальной простатэктомии с роботической ассистенцией.

Лапароскопическая радикальная простатэктомия

Э.А. ГАЛЛЯМОВ,
д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии №1 МГМСУ

Несмотря на обилие методов лечения рака предстательной железы (РПЖ), радикальная простатэктомия остается «золотым стандартом». Развитие и внедрение минимально инвазивных методов лечения при данной операции сильно возросло в последние годы. Вопрос, превосходит ли лапароскопическая радикальная простатэктомия (ЛРП) открытую (ОРП), все еще остается спорным. Однако большинство урологов согласны с тем, что эта операция по меньшей мере сравнима с открытой по интраоперационным показателям, частоте осложнений, летальности и онкологической эффективности. При ЛРП нет ограничений в использовании разнообразных подходов и доступов: транс- и экстраперитонеальная, анте- и ретроградная техники. Использование современного инструментария (баллонной диссекции) сокращает время доступа. Некоторые авторы не нашли никаких существенных различий между этими двумя методами, называя споры вокруг преимущества того или иного доступа «ложными дебатами».

Сравнительные исследования показывают более длительное время операции для ЛРП (180–330 мин) в сравнении с ОРП (105–197 мин). Однако на примере изучения 1000 случаев Frede показал уменьшение времени операции после 50 первых процедур для одного хирурга, что говорит о снижении кривой времени операции по мере овладения техникой. Многие исследования показывают более низкую кровопотерю при ЛРП – 189–1100 мл против 550–1550 мл при ОРП.

В мультицентровом исследовании Rassweiler и соавт. было показано, что часто причиной перехода из лапароскопического доступа на открытое вмешательство являются не массивные неуправляемые кровотечение или повреждения внутренних органов, а в большей степени технические сложности (адгезия, трудности наложения уретро-везикального анастомоза, сбои в работе аппаратуры, сомнения в отношении позитивности краев раны). Большое влияние имеет опыт хирурга, особенно в отношении раннего восстановления удержания мочи. Это связано с бережной диссекцией апикальной части простаты «холодным» инструментом, анатомическим выделением леваторов и простатической фасции, использованием пошаговой техники сохранения пубопростатической связки и экономной резекцией шейки мочевого пузыря.

Длительность катетеризации независимо от техники ушивания уретры имеет свой «биологический лимит» для полного заживления пузырно-уретрального анастомоза. С использованием одноузловой техники van Velthoven герметичный анастомоз может быть достигнут у 90% пациентов, однако риск задержки мочи при раннем удалении катетера (на 3–5-е сутки) достигает 50%. Как и в открытой хирургии, процент положительных хирургических краев связан со многими факторами и обусловлен опытом оперирующего хирурга. Ни одно из сравнительных исследований не показало худших результатов лапароскопической техники простатэктомии по сравнению с открытой. Отмечена прямая зависимость между возрастанием частоты положительного хирургического края с увеличением стадии заболевания. По средней стоимости ЛПР (5687 долларов США) занимает промежуточное место между роботизированной (6752 доллара) и открытой простатэктомией (4437 долларов). При использовании многоразового инструментария и сокращении времени операции ЛРП по цене сравнима с открытой методикой. По сравнению с робот-ассистированной РП хочется обратить внимание на большую доступность лапароскопических технологий в России при сохраняющейся эксклюзивности роботизированных, меньшую стоимость и простоту их инсталляции в клинику.

Только после достижения достаточного опыта ЛРП онкологические и функциональные результаты кажутся многообещающими и приближаются к таковым при открытой хирургии. Однако есть несомненные преимущества, связанные с менее агрессивным подходом: меньшая послеоперационная боль, более низкий процент осложнений, более короткий период выздоровления, лучший косметический эффект. Это прежде всего связано не с лучшей техникой, а с меньшей интраоперационной травмой. Таким образом, к преимуществам лапароскопической простатэктомии можно отнести следующие ее особенности. Лапароскопическая радикальная простатэктомия воспроизводит результаты открытой операции, обеспечивая при этом все преимущества минимального доступа. Однако необходимыми условиями для эффективного и безопасного выполнения операции являются навыки владения лапароскопической техникой, интракорпоральным швом, согласованная работа операционной бригады, адекватная технологическая и инструментальная обеспеченность операционной.

> «...»
>
> ***Лапароскопическая радикальная простатэктомия воспроизводит результаты открытой операции, обеспечивая при этом все преимущества минимального доступа***

Открытая радикальная простатэктомия

Е.И. ВЕЛИЕВ,
д.м.н., профессор кафедры урологии и хирургической андрологии РМАПО

Рак предстательной железы (РПЖ) на сегодняшний день является одним из наиболее частых злокачественных новообразований у мужчин. В соответствии с тенденциями к увеличению продолжительности жизни все большее внимание привлекают вопросы качества жизни пациентов. Метаморфозы последних лет привели к тому, что в пределах группы больных с высоким риском прогрессии заболевания происходит рост числа низкодифференцированных опухолей. В свете этих обстоятельств важно учитывать как онкологические, так и функциональные результаты операции. В настоящее время, когда доступны различные техники радикальной простатэктомии (открытая, лапароскопическая, роботическая), выбор часто определяет доступность методики.

В целом пациенты различных возрастных групп стали более комплаентны оперативному лечению. Приверженность андрогенной депривации существенно снизилась, стала более характерной для старшей возрастной группы.

Что известно о современной технике радикальной простатэктомии (РП)? Известно, что она претерпела существенные изменения в последние годы практически по всем оцениваемым позициям: улучшились онкологические и функциональные результаты, снизилось количество периоперационных осложнений, уменьшились сроки пребывания в стационаре, длительность дренирования мочевого пузыря, изменилась техника расширенной тазовой лимфаденэктомии и др.

Определенный интерес представляет крупномасштабное исследование (33 580 случаев) C. Wehrberger и соавт., которые проанализировали тенденции РП в Австрии за период с 1992 по 2009 г. Ежегодное количество операций возросло с 386 в 1992 г. до 3123 в 2007 г. Частота потребности в хирургической коррекции стриктуры уретровезикального анастомоза снизилась с 15% в 90-х гг. до менее 5% в последние годы. Что касается периоперационных осложнений и функциональных исходов, то наиболее значимыми остаются опыт хирурга и возраст пациента.

Согласно работе S. Williams и соавт., за период с 2003 по 2006 г. медиана койко-дня после открытой РП снизилась с 3,2 до 2,9 дня ($p<0,001$), общее количество периоперационных осложнений – с 18,1 до 14,6% ($p=0,007$). При этом уменьшилось как число кровотечений (с 2,0 до 1,1%, $p=0,002$), так и процент осложнений, обусловленных гемотрансфузиями. Внедрение нервосберегающей техники РП и широкое ее распространение в течение последних 20 лет позволило снизить морбидность и улучшить функциональные результаты открытой РП. Лапароскопическая и робот-ассистированная операции демонстрируют схожие исходы, однако не имеют такого длительного периода наблюдения. По результатам нашей работы в клинике урологии и хирургической андрологии РМАПО, активное применение микрохирургической нервосберегающей техники РП позволило достичь уровня восстановления функции удержания мочи 97,3% по итогам двенадцати месяцев наблюдения. Надо отметить, что у оставшихся 2,7% пациентов было зафиксировано стрессовое недержание мочи только легкой степени, допускающее использование 1–2 прокладок в сутки. Частота восстановления эректильной функции составила 64,8% при использовании билатерального нервосбережения, 40,7% – унилатерального.

Окончание на стр. 10

Продолжение. Начало на стр. 9

Следует упомянуть о незаслуженно малоиспользуемой технике промежностной простатэктомии. Этот вид вмешательства приобретает особую актуальность у тучных пациентов, в случаях отсутствия потребности в расширенной тазовой лимфаденэктомии, и отвечает принципам минимально инвазивного вмешательства. Такая операция представляет уникальную возможность для уролога понимать анатомию мужского таза и владеть методами реконструкции, реализуемыми через промежность.

Отдельно следует сказать о пациентах группы высокого риска прогрессии и больных с местнораспространенным РПЖ. Несмотря на скрининг РПЖ и раннее выявление локализованных форм заболевания, 20–30% пациентов входят в эту группу. Это кандидаты для так называемого агрессивного хирургического лечения, нередко с последующим добавлением лучевой и гормональной терапии как составляющих мультимодального подхода. Недавнее сравнительное исследование в рамках Cancer of the Prostate Strategic Urologic Research Endeavor (CaPSURE), включившее более 7000 мужчин, продемонстрировало снижение смертности в группе перенесших РПЭ в сравнении с теми, кто был подвергнут наружной лучевой терапии или андрогенной депривации. Тенденция к смещению в сторону оперативного лечения пациентов группы высокого риска прогрессии РПЖ являет собой повод для дискуссии при выборе хирургической техники.

«...»

В современном мире все большее значение принимает понятие соотношения цены – эффективности

В последнее время широкое распространение в США получила робот-ассистированная РПЭ, что, очевидно, объяснимо современными маркетинговыми стратегиями и, во вторую очередь, продолжительностью периода реконвалесценции. При этом все методики демонстрируют эквивалентные результаты в отношении промежуточных онкологических и функциональных исходов. Однако информация о лечении пациентов группы высокого риска прогрессии РПЖ посредством робот-ассистированной техники на сегодняшний день не является достаточной. G. Jayram и соавт. по результатам своей работы сообщили, что среди 148 больных группы высокого риска, перенесших робот-ассистированную РПЭ, частота позитивного хирургического края составила 20%, биохимического рецидива – 21% в течение двух лет наблюдения. В случае открытой РПЭ уровень десятилетней безрецидивной выживаемости варьирует в диапазоне 56–80% .

Таким образом, необходим длительный период наблюдения, чтобы сравнить онкологические исходы именно этой категории пациентов. Кроме того, в случае местнораспространенного РПЖ особое значение приобретает качество и объем тазовой лимфаденэктомии. Открытая РПЭ по ряду работ демонстрирует некоторые преимущества, что обеспечивает дополнительные выгоды пациентам группы высокого риска прогрессии РПЖ. Не следует забывать и о диссонансе в стадировании в России и США. Так, в нашей стране по-прежнему велика доля пациентов с местнораспространенным РПЖ. Более того, нередко это молодые социально активные пациенты.

Таким образом, на сегодняшний день используемы все методики выполнения РПЭ. В современном мире все большее значение принимает понятие соотношения цены-эффективности. Очевидно, что при схожих онкологических и функциональных результатах материальные и временные затраты неравноценны. Этот факт, по всей вероятности, ограничивает возможности ряда клиник во внедрении роботических операций. Каждая из методов РП имеет свои достоинства и недостатки, не всегда широко освещаемые авторами.

Не секрет, что одним из наиболее важных моментов, определяющих исходы операции, является опыт хирурга. Вне зависимости от метода, оперирует лучше тот, кто делает РП часто, анатомично, с адекватными онкологическими и функциональными результатами. Центры с высокой хирургической активностью должны концентрировать пациентов, демонстрируя любые возможности хирургического доступа при РПЭ, и предлагать оптимальную тактику лечения, которая обеспечит приемлемые онкологические исходы и достойное качество жизни.

За продолжением дискуссии вы сможете наблюдать во время круглого стола «Выбор оперативного метода лечения больных раком простаты», который состоится 1 июля в рамках научной программы IX конгресса «Мужское здоровье» в Санкт-Петербурге.

Р/у № 77.99.11.003.Е.001460.02.13 от 27.02.2013

Как победить «мужской фактор» бесплодия?

ПРОФЕРТИЛ®

реклама

ПРОфертил®: повышение уровня мужской фертильности с клинически доказанным эффектом

ПРОфертил® - уникальный комплекс микроэлементов, влияющий на сперматогенез и, как следствие, на способность к оплодотворению.

ПРОфертил® обеспечивает повышение оплодотворяющей способности сперматозоидов: улучшает их морфологию, концентрацию и подвижность.

ПРОфертил® применяется для лечения идиопатического бесплодия, при подготовке к применению вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе у больных субклиническим варикоцеле.

сделано в Австрии

+7 (495) 921-25-15 | www.medintorg.ru

МЕДИНТОРГ акционерное общество

Сложный клинический случай

Р.Т. АДАМЯН,
д.м.н., профессор, заведующий отделением микрохирургической аутотрансплантации тканей в отделе восстановительной микрохирургии РНЦХ РАМН

Пациент поступил в хирургический стационар с клиникой острого деструктивного аппендицита 30.07.2009. Через 2 часа с момента поступления выполнена аппендэктомия, интраоперационно – картина гангренозного аппендицита.

В раннем послеоперационном периоде в течение суток отмечено ухудшение состояния: «острый живот», отсутствие мочеотделения. С подозрением на мочевой перитонит пациент экстренно взят в операционную. При ревизии брюшной полости отмечено значительное количество мутного геморрагического выпота. Петли кишечника умеренно равномерно раздуты, гиперемированы. Культя аппендикса состоятельна. При дальнейшей ревизии выявлено рассечение мочевого пузыря, отсечение его от уретры на 4–5 см ниже межмочеточниковой складки. Шейка мочевого пузыря отсечена на 2/3 диаметра и имеет связь с детрузором в основании около 2 см. При тщательной ревизии проксимальный отрезок уретры не визуализируется. Рана расширена над лоном в поперечном направлении влево от срединной линии. Прямые мышцы живота пересечены.

При дальнейшей ревизии дистальный конец уретры не обнаружен. Кожная рана расширена над лобковым симфизом по средней линии до основания полового члена. Выполнена остеотомия по симфизу. Кости таза разведены. Послойно обнажены кавернозные тела и связки, подвешивающие половой член. За счет рассечения подвешивающего связочного аппарата справа половой член ротирован, визуализирована уретра. Дистальный конец определяется на уровне губчатого тела уретры. Диастаз составил 4 см. Уретра мобилизована от пещеристых тел дистальнее до устранения диастаза. Мочеточники интубированы трубками Ch8, выведены через проколы контрлатеральных стенок мочевого пузыря и брюшной стенки. В области дна мочевого пузыря наложена эпицистостома. Шейка мочевого пузыря сопоставлена с межмочеточниковой складкой. Рана мочевого пузыря ушита 2-рядным швом. Анастомоз мобилизованного отрезка уретры с шейкой мочевого пузыря на катетере Фолея Ch12. Выполнена тампонада области мочеполовой диафрагмы гемостатической губкой. Симфиз сведен тремя швами нитью Лавсан. В брюшную полость установлен дренаж по Генералову. Послойное ушивание раны.

В послеоперационном периоде на 16-е сутки после операции мочевой катетер удален, однако произвольное мочеиспускание не восстановлено. Для дальнейшего лечения пациент переведен в ДГКБ им. Св. Владимира Москвы.

01.09.2009 в стационаре отмечена острая задержка мочи в связи с нарушением работы эпицистостомы после попытки замены дренажной трубки. 02.09.2009 выполнена пункционная эпицистостомия. В послеоперационном периоде отмечено ухудшение состояния в связи с атакой пиелонефрита после задержки мочеотведения. Проводилась антибактериальная терапия, атака пиелонефрита купирована. Пациент выписан на эпицистостоме.

В марте 2010 г. пациент поступил в РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМ для хирургического лечения.

При обследовании: выявлена облитерация простатического отдела уретры (рис.1).

Выполнен 1-й этап реконструкции уретры. Интраоперационно выполнена уретроскопия: уретра слепо заканчивается на границе мембранозного и простатического отделов. Цистоскопия: при ревизии мочевого пузыря шейка не определяется.

Описание операции: по предварительной разметке по средней линии с иссечением старого рубца выполнен разрез кожи и подкожной клетчатки длиной до 10 см. Прямые мышцы живота разведены. Доступ к стенке мочевого пузыря, стенка взята на держалки. В проекции гребня левой подвздошной кости по предварительной разметке поднят полнослойный паховый кожный лоскут длиной до 15 см, шириной до 4 см. Лоскут мобилизован до передней ости левой подвздошной кости, тубуляризирован на катетере Фолея Ch14 (рис. 2). Стенка мочевого пузыря рассечена между держалками на 4 см ниже эпицистостомического отверстия на 2 см в длину. Дистальный конец катетера Фолея проведен в мочевой пузырь, дистальный конец тубуляризированного пахового лоскута анастомозирован с краями разреза стенки мочевого пузыря (рис. 3, 4). Послойное ушивание ран (рис. 5). Мочевой катетер из неоуретры удален на 14-е сутки после операции. Восстановлено мочеиспускание через неоуретру, открывающуюся на коже передней брюшной стенки в проекции передней верхней ости подвздошной кости. Пациент через 1 год после операции (рис. 6)

При осмотре – мочеиспускание свободное. Объем удержания мочи до 150 мл.

В марте 2011 г. выполнен 2-й этап реконструкции уретры.

Описание операции: по предварительной разметке на коже мошонки в проекции губчатого тела выполнен вертикальный разрез длиной до 8 см. Послойно выделена уретра, мобилизована наиболее проксимально (рис. 7).

В дистальном направлении уретра мобилизована до уровня пеноскротального угла (рис. 8). Длина мобилизованного фрагмента уретры составила 8 см.

По предварительной разметке, окаймляя наружное отверстие неоуретры, сформированной из пахового лоскута, выполнен разрез, который продолжен в направлении основания полового члена на 5 см. Выделенный фрагмент уретры через подкожно сформированный туннель ротирован к дистальной части разреза в левой паховой области (рис. 9). Неоуретра из ротированного пахового лоскута выделена из окружающих тканей на длину до 5 см. В уретру установлен катетер Фолея Ch14, который далее через неоуретру проведен в мочевой пузырь (рис. 10). Анастомоз собственной уретры и неоуретры (рис. 11). Послойное ушивание ран.

В послеоперационном периоде мочевой катетер удален на 10-е сутки. Восстановлено произвольное мочеиспускание через собственную уретру.

Пациент через 6 мес после операции. (рис. 12).

Рис.1. Облитерация простатического отдела уретры

Рис.2. Мобилизация пахового лоскута

Рис. 3. Тубуляризация пахового лоскута

Рис. 4. Дистальный конец тубуляризированного пахового лоскута анастомозирован с краями разреза стенки мочевого пузыря

Рис.5. Наложение швов

Рис. 6. Вид после операции

Рис. 7. Послойное выделение уретры

Рис. 8. Мобилизация уретры до уровня пеноскротального угла

Рис. 9. Выделенный фрагмент уретры через подкожно сформированный туннель ротирован к дистальной части разреза в левой паховой области

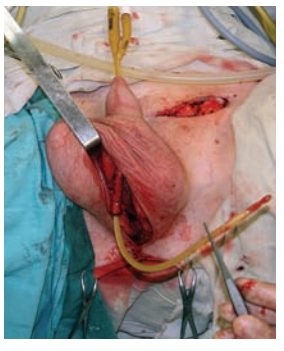

Рис.10. Проведение катетера Фолея Ch14 через неоуретру в мочевой пузырь

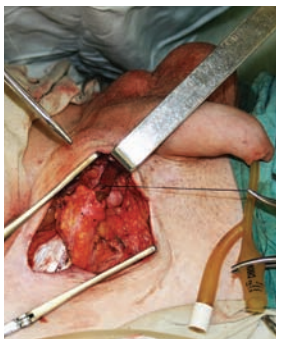

Рис. 11. Анастомоз собственной уретры и неоуретры

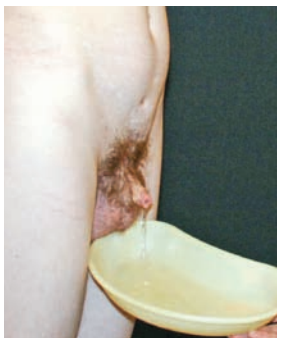

Рис. 12. После операции. Объем удержания мочи составляет до 300 мл

Если у вас есть интересные клинические случаи, присылайте свои материалы в редакцию, и мы опубликуем их на страницах газеты «Московский уролог».

Минеральная вода «Нафтуся» в комплексном лечении уролитиаза

Реабилитация и лечение больных мочекаменной болезнью (МКБ) в настоящее время невозможны без применения санаторно-курортных факторов, к которым относится и применение минеральных вод. Требования к минеральной воде, используемой в лечении МКБ, достаточно высоки: необходимо ее влияние на плотность мочи, стабилизацию pH мочи, тенденцию к улучшению секреторно-экскреторной функции почек, а также улучшение фильтрационной способности последних. Данными качествами обладает бутилированная минеральная вода «Нафтуся» Збручанского месторождения.

О.Б. ЛОРАН
Заведующий кафедрой урологии, член-корр. РАМН, профессор
Е.А. АНДРЕЙКО,
В.В. БОРЗЕЦОВСКАЯ,
М.И. ЕГОРОВ,
И.В. СЕРЕГИН,
Кафедра урологии и хирургической андрологии РМАПО

Реабилитация и лечение больных МКБ в настоящее время невозможны без применения санаторно-курортных факторов, к которым относится и применение минеральных вод. Требования к минеральной воде, используемой в лечении МКБ, достаточно высоки: необходимо ее влияние на плотность мочи, стабилизацию pH мочи, тенденцию к улучшению секреторно-экскреторной функции почек, а также улучшение фильтрационной способности последних. Данными качествами обладает бутилированная минеральная вода «Нафтуся» Збручанского месторождения.

Нефролитиаз, ухудшающий качество жизни пациента и функцию почек, подлежит в первую очередь оперативному лечению. На протяжении последних лет наименее инвазивной методикой оперативного лечения МКБ является дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДЛТ). Эффективным сеансом ДЛТ можно считать фрагментирование конкремента до частиц, способных к самостоятельному отхождению по мочевым путям, а завершенной можно считать фрагментацию, если весь камень разрушен на частицы, не превышающие 3–4 мм. Однако отхождение фрагментов в ранние сроки после ДЛТ вызывает нарушение оттока мочи и, соответственно, повышение внутрилоханочного давления, что в свою очередь может привести к созданию благоприятных условий для активизации инфекции и развитию острого пиелонефрита. Соответственно, после сеанса ДЛТ на первое место встает вопрос о назначении терапии, способствующей отхождению фрагментов конкремента.

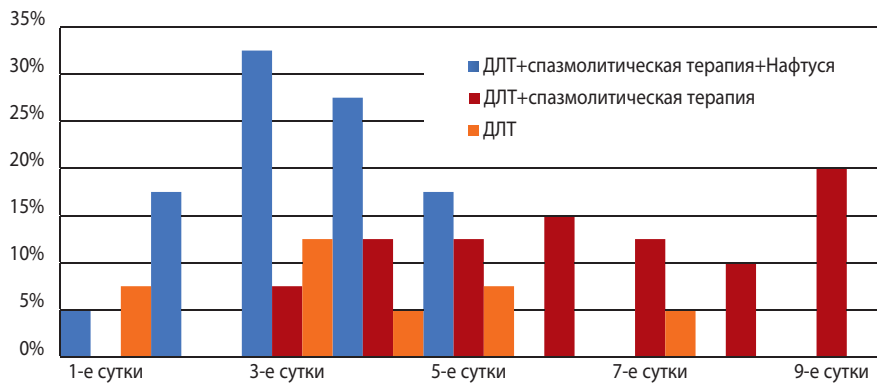

Рис. 1. Процент отхождения конкрементов после сеансов ДЛТ (в сутках после операции)

Клиническими исследованиями выявлено, что на фоне приема бутилированной минеральной воды «Нафтуся» Збручанского месторождения ускорился процесс отхождения мелких фрагментов камня в виде песка, а также более крупных фрагментов (до 0,4 см), длительность данного процесса составила в среднем от 1 до 3 дней, что в целом значительно меньше сроков отхождения фрагментов камня без применения данной минеральной воды – 9 дней (рис. 1).

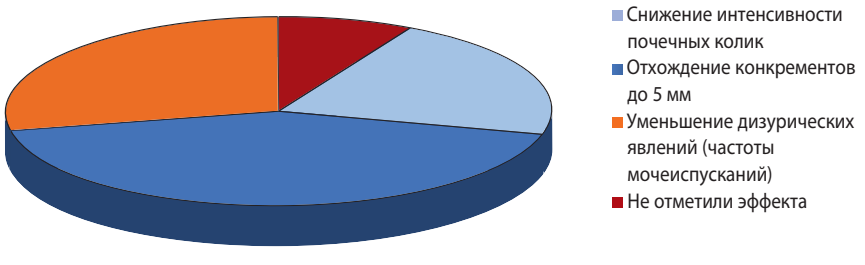

Рис. 2. Эффекты от применения бутилированной «Нафтуся» в качестве монотерапии при камнях мочеточников до 7 мм

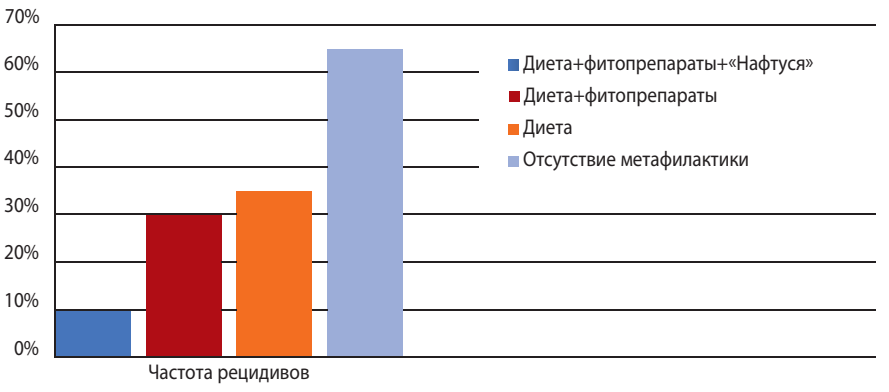

Рис. 3. Частота рецидивов камнеобразования в зависимости от метода метафилактики

Для лечения мочекаменной болезни бутилированную минеральную воду «Нафтуся» Збручанского месторождения рекомендовано принимать в холодном виде. Существует несколько схем питья воды. Обычно прием составляет 100–250 г за 40–60 мин до еды. Пациенты должны пить воду медленно, желательно через трубочку, так как она может вызвать потемнение зубной эмали. Минимальный срок лечения урологических заболеваний, в том числе и камней в почках мочеточниках до 4–5 мм, длится 3–4 недели. Постепенно больные начинают лучше себя чувствовать, что проявляется в первую очередь снижением интенсивности и частоты почечных колик (рис. 2).

Против небольших камней в почках и мочеточниках, которые способны отойти самостоятельно, могут быть использованы так называемые водные удары – однократные нагрузки минеральной водой. Больному натощак назначается выпить до 1,5–2 л в течение 30 мин. Этот прием Нафтуси может быть очень эффективен, однако чаще 1 раза в неделю его использовать небезопасно. Водные нагрузки обычно дополняют теплой ванной в течение 15 мин и приемом медикаментов, которые оказывают поддерживающее действие.

В качестве профилактического приема можно рекомендовать употребление бутилированной минеральной воды «Нафтуся» Збручанского месторождения дважды в год курсами по 24–30 дней в ежедневной дозе 1% от массы тела (рис. 3).

Выводы

1. Применение бутилированной минеральной воды «Нафтуся» Збручанского месторождения оправдано у большинства групп пациентов с камнями почек и мочеточников.

2. Бутилированная минеральная вода «Нафтуся» Збручанского месторождения обладает выраженным спазмолитическим и анальгетическим эффектом, способствуя тем самым более мягкому протеканию почечных колик и отхождению конкрементов до 5 мм.

3. Бутилированная минеральная вода «Нафтуся» Збручанского месторождения сокращает средние сроки отхождения песка и мелких фрагментов конкрементов после сеансов дистанционной ударно-волновой литотрипсии.

4. Бутилированная минеральная вода «Нафтуся» Збручанского месторождения может использоваться во время метафилактики как в качестве монотерапии, так и в сочетании с фитопрепаратами и диетой, снижая частоту рецидива камнеобразования.

5. Достигнутый лечебный эффект после окончания питьевого лечения бутилированной минеральной водой «Нафтуся» Збручанского месторождения сохраняется в течение нескольких месяцев.

на правах рекламы

Лечебная минеральная вода «Нафтуся» в реабилитации больных уратным нефролитиазом

Результаты клинического исследования, проведенного М.Н. Андрюхиным (д.м.н., профессор), В.В. Чугаевым (к.м.н.), В.В. Федченковым (к.м.н.) на базе РУДН (Москва) под руководством заведующего кафедрой урологии и оперативной нефрологии, профессора В.П. Авдошина, подтвердили высокую эффективность комплексной терапии уратного нефролитиаза по методу, разработанному на кафедре.

Важнейшая задача отечественного здравоохранения – реабилитация больных, в том числе и урологических. К ним относятся и пациенты с мочекаменной болезнью (МКБ), занимающей ведущее место среди урологических заболеваний по частоте распространения. Ежегодная заболеваемость уролитиазом в мире составляет до 5%. Абсолютное число зарегистрированных больных в РФ с 2002 по 2006 г. увеличилось на 9%. В последние годы отмечается увеличение частоты уратного уролитиаза до 20–30%.

Среди причин уратного уролитиаза выделяют нарушения метаболизма в почках и в организме в целом, нарушения микроциркуляции паренхимы почек, повышенное выделение литогенных веществ, стойкие изменения кислотности мочи. Применение современных методов лечения МКБ позволяет избавить пациента от камня, однако значительное количество резидуальных камней в мочевых путях, недостаточное лечение больных в послеоперационном периоде ведет к прогрессированию хронического пиелонефрита и быстрому рецидивированию патологии.

В комплексном лечении МКБ значимую роль играет применение минеральных вод. Водная нагрузка является важным компонентом в терапии нефролитиаза. Прием минеральной воды вызывает полиурию за счет своего диуретического действия, приводит к снижению тонуса мочевых путей, и наряду с этим не происходит потеря столь необходимых для жизнедеятельности организма электролитов. Низкоминерализованные воды обладают выраженным диуретическим эффектом и способностью повышать pH мочи, что предельно важно в терапии больных уратным нефролитиазом. Минеральные воды позволяют добиться стабилизации pH мочи и уменьшить дозу цитратных препаратов. Многие годы эффективное питьевое лечение минеральными водами проводилось только непосредственно на источнике, однако в последние годы появились работы, указывающие, что бутилированная минеральная вода «Нафтуся» Збручанского месторождения вполне успешно применяется при комплексном лечении мочекислого нефролитиаза во внекурортных условиях.

В урологической клинике РУДН с участием 57 пациентов (средний возраст 48 лет) было проведено исследование, цель которого заключалась в оценке клинической эффективности комплексного лечения и метафилактики уратного нефролитиаза. Больным было произведено парентеральное растворение уратных конкрементов на фоне противовоспалительной, антибактериальной, фито-, бальнео- и физиотерапии. Пациенты были разделены на три группы. В первую группу вошли 27 больных с уратными конкрементами размером от 0,5 до 1,5 см, во вторую – 16 пациентов с размером конкрементов от 1,5 до 3,0 см. Этим больным было произведено внутреннее стентирование почки с последующей дистанционной ударно-волновой литотрипсией и парентеральным литолизом. Третью группу составили 14 пациентов, длительно страдающих подагрой, с размерами конкрементов от 0,5 до 1,3 см. Для усиления действия литолитических препаратов больным всех трех групп назначалась бутилированная низкоминерализованная вода «Нафтуся» Збручанского месторождения 3 раза в день за 30 минут до еды, по 200 мл на протяжении всего периода лечения в стационаре. После выписки из стационара все больные находились под амбулаторным наблюдением врачей – урологов ГКБ № 29, где им проводился комплекс реабилитационных мероприятий, включающий проведение терапии цитратными смесями на фоне приема фитопрепаратов и бутилированной низкоминерализованной воды «Нафтуся» Збручанского месторождения в течение 21 дня.

Оценка эффективности литолиза осуществлялась по данным УЗИ-мониторинга, а также определения концентрации мочевой кислоты в крови и моче до начала и в процессе растворения. Результаты исследования показали, что уровень мочевой кислоты у больных первой группы в процессе лечения снизился на 17%, во 2-й – на 12,6%, в группе пациентов с МКБ на фоне подагры – на 26% (отличия везде были достоверными). На фоне парентерального литолиза у всех больных увеличивалось выведение мочевой кислоты с мочой. Наибольшее повышение уровня мочевой кислоты в моче наблюдалось в 3-й группе больных – на 115%. В 1-й и 2-й группе пациентов уровень мочевой кислоты в моче повысился на 1,5 и 32% соответственно (отличие достоверно во 2-й и 3-й группах).

Результаты УЗИ-мониторинга показали, что на фоне проведенной терапии в первой группе у 89% пациентов уратные камни растворились полностью. У 7% пациентов остались фрагменты до 0,4 см в связи с отказом от лечения в стационаре по семейным обстоятельствам. Скорость растворения конкрементов колебалась от 0,5 до 2,0 мм в сутки. Во второй группе из 16 пациентов после сеансов ударно-волновой литотрипсии на фоне парентерального литолиза у 88% пациентов конкременты растворились полностью. У 12% после частичного литолиза остались фрагменты 0,4 и 0,5 см. В третьей группе у 79% пациентов уратные конкременты растворились полностью, у 21% после парентерального литолиза отмечены резидуальные конкременты 0,3 см, 0,5 см, 0,6 см. Таким образом, в результате парентерального литолиза уратные конкременты полностью растворились у 50 из 57 пациентов, что указывает на высокую эффективность данного метода лечения.

После выписки на амбулаторное лечение больные всех групп продолжили прием бутилированной минеральной воды «Нафтуся» Збручанского месторождения еще в течение трех недель.

Контрольное обследование больных 1-й группы через 4 недели амбулаторного лечения не выявило конкрементов ни у одного из больных. Во 2-й группе в процессе амбулаторного лечения у одного пациента отошел уратный конкремент 0,4 см, а УЗИ показало отсутствие камней в почках. В 3-й группе обследование после амбулаторного лечения выявило конкремент 0,4 см в почке у одного больного из 14 пациентов. Таким образом, в течение месяца 56 из 57 больных уратным нефролитиазом, в том числе на фоне подагры, были избавлены от конкрементов. Результаты контрольных исследований показали, что у всех пациентов после месячной метафилактики имело место достоверное снижение уровня мочевой кислоты в сыворотке крови в среднем на 18%. Анализ динамики мочевой кислоты в моче у больных 3-й группы выявил достоверное значительное снижение этого показателя. В 1-й и 2-й группах уменьшение выделения мочевой кислоты было значительно меньше.

Итак, результаты клинических исследований подтвердили высокую эффективность комплексной терапии уратного нефролитиаза, в том числе у больных подагрой. Применение бутилированной минеральной воды «Нафтуся» Збручанского месторождения, по мнению авторов исследования, оказалось патогенетически целесообразно как на госпитальном, так и на амбулаторном этапе лечения больных уратным нефролитиазом, так как она оказывает существенную помощь в коррекции обменных процессов у данной категории пациентов, активно способствует растворению уратных конкрементов и их отхождению из верхних мочевых путей. Разработанный урологами из РУДН комплекс реабилитационных мероприятий позволил предотвратить рецидив камнеобразования и стабилизировать уровень мочевой кислоты. Согласно заключению авторов исследования, бутилированная низкоминерализованая вода «Нафтуся» Збручанского месторождения безопасна для применения, удачно сочетается с фитотерапией, что делает ее незаменимой в комплексе метафилактических мероприятий, которые должны проводиться не менее двух раз в год для снижения частоты рецидива камнеобразования у больных уратным нефролитиазом.

«...»

Применение бутилированной минеральной воды «Нафтуся» Збручанского месторождения оказалось патогенетически целесообразно как на госпитальном, так и на амбулаторном этапе лечения

Эксклюзивный дистрибьютор лечебной минеральной воды «Нафтуся»: ЗАО «РОСТАГРОЭКСПОРТ».

Узнать дополнительную информацию о воде, о наличии ее в аптеках можно на сайтах: www.rostagroexport.ru или www.naftusa.ru

Установить контакты по сотрудничеству, сделать заказ воды с доставкой на дом вы можете по телефонам: 8(495) 490-0470, 8 (495) 723-0790.

на правах рекламы

Стратегия назначения препаратов семейства «Витапрост» в лечении урологических заболеваний

Д.А. ОХОБОТОВ,
старший преподаватель кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова
Л.А. ХОДЫРЕВА,
руководитель организационно-методического отдела по урологии Департамента здравоохранения города Москвы, доцент кафедры, д.м.н.
А.А. ДУДАРЕВА,
врач-уролог, сотрудник организационно-методического отдела по урологии Департамента здравоохранения города Москвы, к.м.н.
В.К. КАРПОВ,
доцент кафедры, к.м.н.

Группа препаратов линейки Витапрост разрабатывалась более 14 лет назад, специально для терапии заболеваний предстательной железы. «Второе сердце мужчины» напрямую и косвенно участвует в регуляции многих физиологических процессов, например таких как мужская фертильность, влияет на качество мочеиспускания и сексуальную функцию.

Группа препаратов Витапрост производства компании «Штада» (в прошлом «Нижфарм», Россия) создана на базе специфических биорегулярных пептидов, полученных из предстательной железы крупного рогатого скота, которые относятся к эндогенным субстанциям класса цитомединов. Этим термином принято обозначать низкомолекулярные пептиды паракринной или аутокринной природы, выполняющие функцию трансспецифичных внутриклеточных и межклеточных мессенджеров.

Как пептидный препарат, Витапрост расщепляется клеточными протеазами до аминокислот. Кумулятивного действия препарат не имеет. Известно, что фармакокинетику данных препаратов оценить нельзя, поскольку, как указывают фармакологи, аминокислоты не могут быть прослежены с помощью маркеров или биоисследований. По этой же причине невозможно определить и метаболиты препарата.

Транзит действующего начала осуществляется через энтероциты тонкого кишечника. Причем при нарушении питания и стрессе скорость всасывания у пептидов выше, чем у свободных аминокислот. Свободные аминокислоты переносятся специфическими системами активного транспорта, в то время как пептиды переносятся и активным транспортом, и могут иметь самостоятельные механизмы всасывания. Фактические данные указывают на то, что при некоторых заболеваниях, таких как белково-энергетическая недостаточность и целиакия, нарушается всасывание аминокислот, а пептиды всасываются нормально, причем транзит их идет как через энтероциты, так и парацеллюлярно. Перенос белков и пептидов через мембраны осуществляется специальными транспортными системами: через пориновый комплекс, с помощью белков переносчиков и с помощью специальных внутриклеточных везикул, причем белки переносятся в полости пузырька или в составе мембран подобно интегральным белкам. Несмотря на то что транспортные механизмы пока еще изучены недостаточно, уже имеются свидетельства, позволяющие сделать вывод о том, что пептиды определенно способны всасываться в тонком кишечнике, причем как у здоровых, так и у больных людей, и оказывают определенный биологический эффект.

Таблица. Эффективность препаратов линейки Витапрост при уроандрологических заболеваниях

Форма Витапроста	Нозология	Схема приема	Эффективность	Исследования
Витапрост суппозитории	ХП	1 св. х 1 р/сут – 10 дней	60,4–78,3%	Лопаткин Н.А. и др., 2000, Крупин В.Н., 2008, Ткачук В.Н., 2008
Витапрост Форте	ДГПЖ	1 св. х 1 р/сут – 30–60 дней (1–2 курса)	82,5–96,6%	Камалов А.А. и др., 2006, Крупин В.Н., 2008, Ситдыкова М.Э. 2008, Миллер А.М., 2009
Витапрост Плюс	ХБП	1 св. х 1 р/сут – 30 дней	80%	Камалов А.А. и др., 2006
Витапрост таблетки	ХАП, сезонные обострения	1 св. х 2 р/сут – 30 дней	86,67% (снижение частоты обострений в 2 раза)	Камалов А.А. и др., 2008
Витапрост суппозитории	Бесплодие	1 св. х 1 р/сут – 10 дней 1 св. х 1 р/сут – 30 дней (1–2 курса)	50,6–93,8%	Лопаткин Н.А. и др., 2000, Ткачук В.Н., 2008, Зиганшин О.Р., 2011, Неймарк А.И. и др.,2012
Витапрост суппозитории	ЭД	1 св. х 1 р/сут – 30 дней (1–2 курса)	92,5%	Зиганшин О.Р., 2011

Препараты класса Витапрост представлены в основном в свечах, хотя имеется и таблетированная форма. Вариантность лекарственной формы и комплаентность имеют важное значение для пациентов, но при этом пероральное плечо транзита действующего начала к органу мишени в несколько раз длиннее, поэтому в таблетке его в 2 раза больше, чем в свече. В настоящее время известны следующие препараты линейки Витапрост: Витапрост суппозитории ректальные, Витапрост Форте суппозитории ректальные, Витапрост Плюс суппозитории ректальные и таблетированная форма Витапроста. Для удобства восприятия терапевтический эффект препаратов данной группы представлен в таблице.

Таким образом, линия Витапроста по данным ряда исследований показала достаточно высокую эффективность в лечении таких заболеваний, как простатит, причем использовалась как при бактериальной, так и абактериальных формах, а также в профилактике сезонных обострений. Форма Витапрост форте достаточно эффективна при консервативной терапии неосложненной доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) в качестве монотерапии. Вновь появившаяся таблетированная форма может использоваться при всех перечисленных нозологиях, особенно при тех, которые требуют проведения длительного курса, например при ДГПЖ или инфертильности, кроме того, препараты линейки Витапрост оказывают косвенное влияние на сексуальную функцию.

на правах рекламы

Мочеполовой туберкулез – сложный диагноз

Одной из важных проблем в нашей стране является проблема мочеполового туберкулеза. О наиболее распространенных формах мочеполового туберкулеза, о признаках болезни, на которые стоит обратить внимание, и том, как диагностировать уротуберкулез рассказал корреспонденту газеты «Московский уролог» Людмиле Линник доктор медицинских наук, профессор, заместитель главного врача по лечебной работе Московского научно-практического центра борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения Москвы Олег ЗУБАНЬ.

– Глубокоуважаемый Олег Николаевич! Насколько важна сегодня проблема мочеполового туберкулеза в мире и нашей стране?

– Наряду с легочным туберкулезом все большую актуальность приобретает туберкулез внелегочных локализаций, особенно в Европейском регионе. Так, по данным глобального отчета Всемирной организации здравоохранения в мире в 2012 году было выявлено 815,8 тыс новых случаев и рецидивов внелегочного туберкулеза. Его доля в структуре заболеваемости увеличивается ежегодно. Если в 2005 году она составляла 13,4%, то к концу 2011 года – уже 14,1%, в Европе – 13,6 и 15,4% соответственно. Наиболее часто внелегочные формы туберкулеза выявляются у больных ВИЧ-инфекцией, что обеспечивает неуклонный рост заболеваемости внелегочным туберкулезом в мире.

Среди всех внелегочных форм туберкулеза одной из наиболее часто встречающихся остается мочеполовой, достигая в развитых странах 15–20% всех больных туберкулезом и 20–73% всех случаев его внелегочных локализаций в зависимости от региона.

В Российской Федерации доля туберкулеза мочеполовой системы неуклонно снижается: в общей структуре заболеваемости с 6,2% в 1995 г. до 3,2% в 2012 г.; среди внелегочных форм – с 38,9 до 27,7% соответственно. В Москве эти показатели существенно ниже, но имеют тенденцию к росту: доля мочеполового туберкулеза в структуре внелегочных локализаций увеличилась с 11,8% в 2007 г. до 14,9% в 2012 г., показатель заболеваемости – с 0,2 на 100 тысяч населения (24 человека) до 0,3 (32 больных) соответственно. Вышеизложенное косвенно свидетельствует о недостаточном выявлении данной категории больных (уровень заболеваемости мочеполовым туберкулезом в Москве в 3 раза ниже, чем в России; его доля в структуре внелегочных форм – в 1,8 раза).

– Каковы сегодня наиболее распространенные и часто пропускаемые формы мочеполового туберкулеза в повседневной практике?

– К сожалению, диагностический интервал от появления первых жалоб урологического характера до установления диагноза «мочеполовой туберкулез» составляет 5 лет и более в каждом пятом случае. В основе лежит малая информативность посевов спонтанно выпущенной мочи на микобактерии туберкулеза (недренированные очаги деструкции), недостаточное применение инвазивных методик забора патологического материала для бактериологического и морфологического исследования, недооценка причин развития гидронефроза (гидроуретеронефроза), синдрома болезненного мочевого пузыря, мужского бесплодия. Причиной последнего является в том числе перенесенный и не диагностированный вовремя туберкулез половой системы. В России в 2009 г. зарегистрировано 36 674 больных мужским бесплодием, в том числе 14 914 впервые, в 2012 г. – уже 37 668 и 16 084 соответственно, что на 7,8% больше. Такая динамика мужского бесплодия может свидетельствовать о недовыявлении туберкулеза мочеполовой системы в Российской Федерации.

– Какие признаки должны настораживать уролога и наталкивать на подозрение о туберкулезе почек и мужских гениталий?

– Несмотря на отсутствие патогномоничных симптомов уротуберкулеза, мы выделяем следующие признаки высокого риска, при которых пациенты подлежат углубленному обследованию в специализированном стационаре:

- экстраурогенитальная локализация туберкулеза;
- рецидивирующий пиелонефрит, цистит, простатит;
- гидроуретеронефроз и гидронефроз неясной этиологии;
- полостные образования и/или кальцинаты в паренхиме почки и/или предстательной железы;
- нефункционирующая почка;
- персистирующая дизурия при отсутствии мочевой инфекции;
- спонтанные мочевые и гнойные свищи;
- любая форма (острая или хроническая) эпидидимита.

– Каков минимальный объем диагностических мероприятий для выявления туберкулеза мочевыделительных и половых органов в урологическом отделении городской больницы?

– Диагностика уротуберкулеза основана на поиске кислотоупорных бактерий методами простой и люминесцентной микроскопии, ДНК микобактерий туберкулеза (ПЦР) в биологических жидкостях и тканях; обнаружении типичных рентгенологических и эхографических признаков деструкции почечной ткани, предстательной железы, придатков яичек, стриктур мочеточника и уретры; выявлении элементов специфического воспаления слизистой мочевыводящих путей при проведении цисто- и уретероскопии (туберкулезные бугорки, язвы и др.); морфологической верификации туберкулеза при биопсии пораженных органов.

– При верификации диагноза или при наличии косвенных данных в пользу уротуберкулеза куда и в каком порядке должен направляться пациент?

– При отсутствии экстренных показаний к госпитализации в специализированное учреждение жители Москвы направляются на консультацию к урологу консультативно-диагностического центра МНПЦ борьбы с туберкулезом (ул. Барболина, д. 3, тел. регистратуры (499) 268-68-01) по направлениям лечебно-профилактических учреждений. Переводы из больниц согласовываются со мной по телефону (499 268-2-545) или через отдел госпитализаций (495 603-30-83). Экстренная помощь больным туберкулезом и урологическими заболеваниями оказывается независимо от места жительства и гражданства.

– Какой должен быть режим пребывания в непрофильном стационаре при невозможности перевода в специализированный?

– Больные туберкулезом мочеполовых органов в отсутствие легочного процесса, как правило, эпидемиологически не опасны и не требуют специальных мер для их изоляции. При наличии бактериовыделения с мочой унитаз или судно после физиологических отправлений должны подвергаться обработке дезсредствами.

– Что представляет собой Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом, каковы его структура, работа, возможности и порядок госпитализации, виды медицинской помощи и так далее?

– Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом (директор – д.м.н. Е.М. Богородская) является уникальным и крупнейшим в стране специализированным медицинским холдингом, объединившим с 01.11.2012 практически все фтизиатрические учреждения Москвы за исключением трех больниц, расположенных за пределами МКАД. В Центре работают около 50 профессоров и докторов наук, более 150 кандидатов наук, имеется Ученый совет. Сосредоточение в одной организации мощного кадрового потенциала, клинической и лабораторной базы открыли новые возможности в борьбе с социальным недугом, которым является туберкулез. Служба внелегочного туберкулеза Центра представлена двумя урологическими отделениями (100 коек), общехирургическим, офтальмологическим, акушерско-гинекологическим. Урологическая помощь оказывается не только больным туберкулезом и мочеполовых органов, но и при любой патологии мочеполовой системы в сочетании с экстраурогенитальным туберкулезом.

Среди сотрудников урологических отделений работают 3 кандидата наук и 1 профессор, проводится научная работа по изучению хирургической реабилитации больных уротуберкулезом, информативности инвазивной диагностики уротуберкулеза, молекулярно-генетических методов его верификации. В настоящее время выполняются все виды урологических оперативных вмешательств: от эндоскопических (трансуретральные и лапароскопические) до реконструктивно-пластических (кишечные реконструкции мочевого пузыря и мочеточника).

Центр обладает самыми современными автоматизированными системами радиометрической детекции роста колоний микобактерий туберкулеза (Bactec, Versatrec) при посеве на жидкие среды, позволяющими подтвердить диагноз за 2–42 дня против 30–120 дней при использовании традиционных плотных сред. Также широко внедрены молекулярно-генетические (иммуногистохимия, ПЦР) методы верификации диагноза.

«...»

Экстренная помощь больным туберкулезом и урологическими заболеваниями оказывается независимо от места жительства и гражданства

Совет уролога: как стать идеальным мужчиной!

Интерес к проблеме и клинические исследования нарушений эрекции в течение последних 15 лет привели к появлению и развитию различных методов лечения, включая лекарственные средства для орального, интракавернозного, внутриуретрального применения.

Л.А. ХОДЫРЕВА,
руководитель организационно-методического отдела по урологии Департамента здравоохранения города Москвы, доцент кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, д.м.н.

А.А. ДУДАРЕВА,
сотрудник организационно-методического отдела по урологии Департамента здравоохранения города Москвы, к.м.н.

Эрекция – это нейро-васкуло-тканевой феномен, контролируемый гормонами. Он представляет собой ответ на сексуальную стимуляцию в виде дилатации артерий, расслабления гладких мышц трабекул и активации корпорального вено-окклюзивного механизма.

Эректильная дисфункция (ЭД) определяет физическое и психологическое здоровье, а также имеет значительное влияние на качество жизни пациента и его партнерши. Постоянно увеличивается число доказательств, что ЭД является ранним симптомом манифестации ИБС и других заболеваний периферических артерий, поэтому к нарушениям эрекции необходимо относиться как к потенциальному маркеру сердечно-сосудистых заболеваний.

Эректильная дисфункция распространена повсеместно. Впервые за всю историю российской урологии под руководством главного уролога России Д.Ю. Пушкаря и главного уролога города Москвы А.А. Камалова было проведено многоцентровое исследование широкого масштаба, проанализированы данные 1215 респондентов, из них в Северо–Западном регионе – 201, Центральном – 338, Южном – 199, Сибири – 200, Урале – 88, Поволжье – 199.

Мужчинам в возрасте 20–75 лет было проведено анонимное анкетирование. При анализе опросника МИЭФ–5 было выявлено, что лишь у 10,1% опрошенных мужчин отсутствуют признаки ЭД, легкая степень ЭД, отмечена у 71,3%, средняя степень – у 6,6% и тяжелая степень – у 12% респондентов. При распределении вредных привычек и сопутствующих заболеваний у мужчин, отмечающих у себя симптомы ЭД, заняли первое место – злоупотребление спиртными напитками (62,58%), второе – курение (47,32%), третье – артериальная гипертензия (32,42%), четвертое – хронический стресс (26,34%).

Таким образом, распространенность ЭД в России выше, чем в индустриально развитых странах, что связано с высоким травматизмом, алкоголизмом, курением низкокачественных сортов табака, особенностями климата, менталитета и уровнем жизни, кроме того, мужчины не обращаются с первыми признаками ЭД к урологу, а терапевты и другие специалисты не расспрашивают пациентов, пришедших к ним на прием, о проблемах в сексуальной жизни.

ЭД наблюдается у 25–78% мужчин после радикальной простатэктомии. Урологи, имеющие большой опыт выполнения радикальной простатэктомии, связывают риск развития нарушений эрекции после оперативного вмешательства с повреждением сосудисто-нервных пучков предстательной железы, исходным нарушением эрекции и возрастом пациента. Повреждение волокон кавернозного нерва приводит к потери эластичности гладких мышц и увеличению коллагеновых волокон в кавернозных телах. Важную роль может иметь плохая оксигенация, возникающая вследствие изменения кавернозного кровотока при повреждении сосудов во время операции.

> «...»
>
> ***Факторами риска развития ЭД являются сахарный диабет, сердечно-сосудистые и почечные заболевания, гипертония, депрессивные состояния и применение связанных с ними препаратов (гипотензивные средства, антидепрессанты)***

> «...»
>
> ***Эрекция – это нейро-васкуло-тканевой феномен, контролируемый гормонами. Он представляет собой ответ на сексуальную стимуляцию в виде дилатации артерий, расслабления гладких мышц трабекул и активации корпорального вено-окклюзивного механизма***

V. Ficarra и коллеги провели метаанализ, который показал преимущество выполнения робот-ассистированной и лапароскопической простатэктомии в сравнении с открытым доступом в частоте развития ЭД после операции.

Брахитерапия считается малоинвазивным методом лечения рака предстательной железы. Нарушения эрекции после брахитерапии встречаются в среднем в 14–49,5% случаев. При проведении высокодозной брахитерапии ЭД встречается в 86%. В развитии ЭД после брахитерапии помимо возраста и исходной степени нарушений эрекции важную роль играет объем предстательной железы и величина радиационной дозы, использование адъювантной – неоадъювантной химиотерапии (прежде всего, гормональной терапии, андрогенной депривации).

GJ. Van der Wielen в эксперименте обнаружил фиброз кавернозных тел, утолщение интимы и окклюзию артерий через 9 недель после дистанционного фракционного облучении предстательной железы.

Факторами риска развития ЭД являются сахарный диабет, сердечно-сосудистые и почечные заболевания, гипертония, депрессивные состояния и применение связанных с ними препаратов (гипотензивные средства, антидепрессанты).

Первым шагом в диагностике ЭД всегда является детальное выяснение жалоб, медицинской истории болезни и динамики развития сексуальных нарушений. Немаловажно оценить психосоциальный статус пациента, характер взаимоотношений с партнером, мотивацию и ожидаемый результат от лечения, так как это влияет на успех терапии.

Каждому пациенту должно выполняться физикальное обследование мочеполовой, сердечно-сосудистой, эндокринной и нервной систем.

К специальным методам обследования относятся: риджисканография, интракавернозный фармакологический тест, фармакодопплерография, динамическая инфузионная кавернозография и кавернозометрия, артериография, нейрофизиологическое и эндокринологическое исследования. В настоящее время инвазивные специальные методы выполняются по показаниям: при первичной ЭД, молодым пациентам с травмой таза или промежности и пациентам с деформацией полового члена перед предполагаемым оперативным вмешательством, пациентам перед протезированием полового члена, а также при эректильной дисфункции неясной этиологии.

Вопросу о безопасности половой активности было посвящено достаточное количество работ. Результатом исследований в этом направлении стала разработка Принстонских рекомендаций, первая версия вышла в свет в 2000 г., вторая в 2005 г. и третья в 2012 г. Последняя основывается на предыдущих рекомендациях, разработана специально для мужчин с ЭД и преследовала две цели. Первой целью было оценить кардиоваскулярный риск у мужчин с ЭД без каких-либо известных сердечно-сосудистых заболеваний для выявление группы риска, требующей дополнительного кардиологического обследования. Второй целью была поставлена переоценка и пересмотр предыдущих рекомендаций для выявления сердечного риска, связанного с сексуальной

активностью мужчин с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В соответствии с Принстонскими рекомендациями пациентов разделяют на три категории при первичном обследовании в зависимости от состояния сердечно-сосудистой системы: низкий, средний и высокий риск.

Согласно последней версии всем пациентам с ЭД рекомендовано проводить тестирование на способность выполнения физических нагрузок до назначения лечения. В соответствии с разработанными критериями, нагрузка при сексуальной активности считается эквивалентной ходьбе на расстояние 1,6 км (1 миля) в течение 20 минут или быстрому подъему на два лестничных пролета за 10 секунд. В результате тестирования могут быть выявлены пациенты со сниженной толерантностью к физической нагрузке, которым показано проведение тредмил-теста по модифицированной методике Брюса. Проба с дозированной физической нагрузкой является идеальным методом функциональной диагностики, который позволяет оценить полноценность физиологических компенсаторно-приспособительных механизмов организма, а при наличии явной или скрытой патологии – степень функциональной неполноценности кардиореспираторной системы. Нагрузочная проба на беговой дорожке считается одним из видов естественной провокации, который применяется для диагностики и определения степени выраженности или компенсаторных возможностей сердечно-сосудистой системы.

> «...»
>
> ***Мужчины, которые начали заниматься физической культурой в среднем возрасте, имели риск развития ЭД на 70% ниже, чем сверстники в течение 8-летнего периода наблюдения по результатам Массачусетского исследования, изучающего вопросы старения мужчин (MMAS)***

Тредмил-методика позволяет выделить группу риска пациентов с угрозой развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти во время полового акта.

Низкий риск развития сердечно-сосудистой патологии подразумевает возможность выполнять физические упражнения умеренной интенсивности, которые соответствуют не менее 6 МЕТ без появления симптомов.

Мужчины, которые начали заниматься физической культурой в среднем возрасте, имели риск развития ЭД на 70% ниже, чем сверстники в течение 8-летнего периода наблюдения по результатам Массачусетского исследования, изучающего вопросы старения мужчин (MMAS).

Многоцентровое открытое рандомизированное контролируемое исследование, проведенное K. Esposito, показало, что мужчины с ожирением и ЭД легкой и умеренной степени после 2 лет регулярного занятия фитнесом и соблюдения низкокалорийной диеты, не только похудели, но и отметили улучшение эрекции, в сравнении с контрольной группой. Улучшение эрекции достоверно коррелировало с разницей потери веса и уровнем физической активности.

Ряд других исследований говорит о том, что изменение образа жизни и медикаментозная коррекция факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний эффективно улучшают сексуальную жизнь у мужчин, страдающих ЭД.

Однако это касается только невыраженной степени нарушений эрекции. В настоящее время препаратами первой линии в лечении ЭД являются ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (иФДЭ-5). Помимо оригинальных препаратов на российском рынке успехом пользуются качественные биоэквивалентные дженерики силденафила.

Силденафил стал первым пероральным препаратом для лечения ЭД, одобренным для применения в США в апреле 1998 года. С тех пор более 20 миллионов мужчин во всем мире принимают этот препарат.

Одним из приоритетных направлений в деятельности фармкомпаний в настоящее время является появление новых форм иФДЭ-5. Последняя новинка – это легко делимая на 4 части таблетка силденафила «Торнетис» фирмы SANDOZ .

«Торнетис» 100 мг позволяет оптимально подбирать дозу пациенту без дополнительных финансовых затрат. Препарат характеризуется высокой безопасностью и эффективностью.

При получении достаточных знаний по диагностики ЭД не только урологами, но специалистами терапевтического профиля возможно безопасное и эффективное его назначение.

Совет уролога: здоровый образ жизни, своевременная диагностика ЭД и ее лечение качественными иФДЭ-5 типа помогут вам стать идеальным мужчиной!

на правах рекламы

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Торнетис®

Торговое название препарата: Торнетис®.

Международное непатентованное название: силденафил.

Лекарственная форма: таблетки.

Фармакотерапевтическая группа: Средство для лечения эректильной дисфункции – ингибитор фосфодиэстеразы (ФДЭ)-5.

Показания к применению

Лечение нарушений эрекции, характеризующихся неспособностью к достижению или сохранению эрекции полового члена, достаточной для удовлетворительного полового акта. Силденафил эффективен только при сексуальной стимуляции.

Противопоказания

- Повышенная чувствительность к силденафилу или к любому другому компоненту препарата; одновременный прием донаторов оксида азота (например, амилнитрит), органических нитратов или нитритов в любых формах;
- применение у пациентов, для которых сексуальная активность нежелательна (например, с тяжелыми сердечно-сосудистыми заболеваниями, такими как нестабильная стенокардия, тяжелая сердечная недостаточность, артериальная гипотензия (артериальное давление менее 90/50 мм рт. ст.));
- недавно перенесенное нарушение мозгового кровообращения или инфаркт миокарда;
- наследственные дегенеративные заболевания сетчатки, в том числе пигментный ретинит (меньшая часть таких пациентов имеет генетическое нарушение фосфодиэстеразы сетчатки);
- тяжелая печеночная недостаточность;
- одновременный прием ритонавира;

- одновременный прием других лекарственных средств для лечения эректильной дисфункции;
- применение препарата у женщин;
- возраст до 18 лет.

Применение при беременности и в период лактации

Силденафил не применяется у женщин.

Способ применения и дозы

Внутрь, примерно за 1 час до планируемой сексуальной активности.
Разовая доза для взрослых – 50 мг 1 раз в сутки.
С учетом эффективности и переносимости доза может быть увеличена до 100 мг или снижена до 25 мг.
Максимальная разовая доза – 100 мг 1 раз в сутки.

Побочное действие

Наиболее частые нежелательные явления: очень часто (≥ 1/10), часто (≥1/100). Очень часто – головная боль. Часто: головокружение, «приливы», нарушение зрения, нарушение цветовосприятия, заложенность носа, диспепсия.

Особые указания

Применение силденафила противопоказано у пациентов с сердечной недостаточностью, нестабильной стенокардией, перенесенным в последние 6 месяцев инфарктом миокарда или инсультом, гипотонией (АД < 90/50 мм рт. ст.). Силденафил оказывает системное вазодилатирующее действие, приводящее к преходящему снижению артериального давления, что не является клинически значимым явлением и не приводит к каким-либо последствиям у большинства пациентов. Тем не менее, до назначения препарата Торнетис® врач должен тщательно оценить риск возможных нежелательных проявлений вазодилатирующего действия у пациентов с соответствующими заболеваниями, особенно на фоне сексуальной активности.
Следует рассмотреть целесообразность снижения начальной дозы силденафила в случае лечения пациентов альфа-адреноблокаторами. Кроме того, врач должен проинформировать пациентов о том, какие действия следует предпринять в случае появления симптомов постуральной гипотензии.

Формы выпуска: Таблетки 100 мг (таблетка может делиться на 4 части). По 1 или 4 таблетки в блистере. По 1 блистеру помещают в картонную пачку вместе с инструкцией по медицинскому применению.

Условия хранения: Хранить при температуре не выше 25 °С. Хранить в недоступном для детей месте.

Срок годности: 2 года. Не использовать препарат по истечении срока годности указанного на упаковке.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ОЗНАКОМЬТЕСЬ, ПОЖАЛУЙСТА, С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ.

5-летний юбилей создания Пензенского областного уроандрологического центра «Мужское здоровье»

Пензенский областной уроандрологический центр создан в 2008 г. по совместной инициативе губернатора Пензенской области В.К. Бочкарева и президента Российского научно-медицинского общества «Мужское здоровье» А. А. Камалова. Проект был реализован при поддержке Министра здравоохранения Пензенской области В.В. Стрючкова, с целью улучшения состояния здоровья мужского населения и улучшения демографических показателей. Открытие центра состоялось накануне Дня защитника отечества. Он стал первым подобным центром в РФ, являясь совместным пилотным проектом Российского общества «Мужское здоровье» и Министерства здравоохранения Пензенской области.

М.А. МИРОНОВ,
заведующий Пензенским областным уроандрологическим центром «Мужское здоровье», главный внештатный уролог Пензенской области

Для оснащения центра современным оборудованием было выделено 93 млн рублей из средств областного бюджета. На момент создания в уроандрологическом центре была оборудована лучшая в Восточной Европе рентген-эндоурологическая операционная, с первой в России системой OR I (Карл Шторц) и HD-мониторами, хирургическим гольмиевым лазером.

Работу центра решено было построить по междисциплинарному принципу. Поэтому в него вошел стационар (урологическое отделение) на 30 коек в составе Пензенской областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко и «Мужская консультация» (амбулаторно-поликлиническое отделение), расположенная в поликлинике этого же ЛПУ. В штат «Центра мужского здоровья» входят следующие специалисты: пять урологов (3 в стационаре, 2 в «Мужской консультации»), врач психотерапевт-сексолог, врач УЗИ, эндокринолог, дерматовенеролог, кардиолог, врач-физиотерапевт, врач-анестезиолог, а также средний и младший медицинский персонал согласно штатному расписанию.

Основной задачей центра является оказание плановой лечебной и консультативно-диагностической помощи населению области для повышения ее качества и доступности, улучшения здоровья мужского населения и демографических показателей. А также ранняя диагностика, профилактика заболеваемости, применение современных высокотехнологических методов лечения, санитарно-просветительная деятельность, учебно-методическая помощь другим лечебным учреждениям области (ЦРБ и др.).

На консультацию и лечение обращаются пациенты по направлению из любого лечебного учреждения, а также самостоятельно, в том числе по предварительной записи (по телефону или через интернет). Это относится как к жителям г. Пензы и области, так и к иногородним пациентам. Госпитализация в стационар (отделение урологии) в плановом порядке осуществляется через амбулаторный прием в «Мужской консультации» после предварительного обследования в объеме, возможном в условия амбулатории. Пациенты также направляются на лечение в дневной стационар и к другим специалистам ЛПУ.

Результаты работы за 5 лет

Пролечено в стационаре (отделение урологии № 2) более 6 тыс. человек. Выполнено 4500 операций. В амбулаторно-поликлиническое отделение центра — «Мужскую консультацию» обратилось более 40 тыс. человек.

Освоено и внедрено 60 видов новых оперативных вмешательств, которые до этого в Пензенской области не выполнялись.

В отделении, которым с момента создания руководит автор, ежегодно выполняется более 1200 оперативных вмешательств (оперативная активность колеблется на уровне 70—85% в разные годы); более 70% оперативных вмешательств выполняются с применением малоинвазивных, высокотехнологичных, эндоскопических методов. В последний год работы освоены микрохирургические операции. С 2011 года в отделении (после получения федеральной лицензии) проводится ВМП по профилю урология, по квотам Министерства здравоохранения.

В течение 5 лет уроандрологический центр проводил программу по скринингу рака простаты на территории Пензенской области. Результаты этой работы были опубликованы в печати. Ежегодно более 20 тыс. мужчин выполнялся анализ крови на ПСА, у каждого 10-го определялось повышение его уровня выше допустимого. Выполнено около 3500 мультифокальных биопсий простаты, у каждого третьего пациента, которому проводилась биопсия, верифицирован рак простаты. Частота выявления локализованных форм рака простаты возросла с 13,3 до 28,8% по сравнению с 2006 г. Намечена тенденция к уменьшению выявления пациентов с местнораспростаненными и генерализованными формами РПЖ. За этот же период количество проводимых в Пензенском ООД радикальных простатэктомий выросло в 6 раз. С 2013 года исследование крови на ПСА вошло в программу обязательной диспансеризации населения в Пензенской области.

Благодаря тому, что положительные результаты работы Пензенского уроандрологического центра стали широко известны и признаны российским урологическим сообществом, автор в 2012 году на съезде урологов России был включен в состав Правления Российского общества урологов и стал членом профильной комиссии по урологии МЗ РФ.

Сотрудники центра «Мужское здоровье» не останавливаются на достигнутом, продолжают проявлять инициативу по улучшению системы и порядков оказания специализированной медицинской помощи на территории Пензенской области; оперативно отзываются на все новые появляющиеся методики лечения урологических больных, с усердием изучают их для применения в ежедневной практике, занимаются самообразованием. Активно

«...»

Пролечено в стационаре (отделение урологии № 2) более 6 тыс. человек. Выполнено 4500 операций. В амбулаторно-поликлиническое отделение центра — «Мужскую консультацию» обратилось более 40 тыс. человек

В 2012 году сотрудниками уроандрологического центра и кафедры хирургии Пензенского медицинского института в ПОКБ им. Бурденко был создан «Центр по лечению расстройств мочеиспускания» (центр нейроурологии, функциональной урологии). Внедрены самые передовые методы диагностики и лечения пациентов с детрузорной гиперактивностью (включая ботулинотерапию), недержанием мочи (в том числе слинговые операции, которые проводятся бесплатно за счет полученных квот), атониями мочевого пузыря, сфинктерно-детрузорной диссинергией, цисталгиями, хронической тазовой болью, интерстициальным циститом, задержками мочеиспускания и др.

За этот период сотрудниками центра «Мужское здоровье» опубликовано 12 научных печатных работ.

участвуют в подготовке молодых урологов, ординаторов, интернов, делясь накопленным опытом и знаниями. Один из урологов нашего центра в 2012 году был приглашен возглавить урологическое отделение одной из городских больниц г. Пензы. На базе нашего уроандрологического центра, совместно с Пензенским медицинским институтом, регулярно проводятся сертификационные циклы по урологии, тематические усовершенствования, мастер-классы, научно-практические конференции с привлечением ведущих российских специалистов.

За истекший период работы удалось доказать, что выбранная нами структура организации центра, установленный порядок и этапность оказания специализированной урологической и андрологической помощи, применяемые нами методы лечения, профилактики, ранне-

го выявления заболеваний и реабилитации эффективны и работоспособны. Это позволяет надеяться на возможное тиражирование нашего примера в других регионах страны, для чего мы готовы оказать возможное содействие и поделиться полученным опытом.

Наряду с достигнутыми успехами имеется и ряд проблем, которые стали видимы после начала нашей деятельности:

1. Не определено понятие андролога как уролога, занимающегося вопросами охраны здоровья мужского населения, что несколько обделяет нашу сильную половину общества, по сравнению с женщинами, на страже здоровья которых стоит большая армия гинекологов, акушеров и широкая сеть «Женских консультаций». Число же заболеваний мужской репродуктивной системы и половых органов ничуть не меньше, чем у женщин, а доля мужского фактора бесплодия в браках сравнялась с женским.

2. Отсутствует нормативная и юридическая база по организации «Мужских консультаций» и «Центров мужского здоровья», как правило, их создание является результатом личной инициативы региональных органов власти, отдельных руководителей ЛПУ. Нет утвержденных норм по обеспеченности населения врачами урологами-андрологами. Отсутствует единая система подготовки и обучения специалистов данного профиля.

3. Недостаточный штат сотрудников (средний и младший медицинский персонал). В настоящий момент отсутствует положение о деятельности службы охраны мужского здоровья, нормативная база их создания и функционирования, штатное расписание, стандарты оказания помощи андрологическим больным, не определены источники финансирования.

4. Обучение персонала должно предшествовать оснащению отделений, а закупка оборудования и определение его комплектации должны происходить при участии врачей, которым предстоит на нем работать (для определения приоритетов в условиях ограниченного финансирования).

5. Необходимо определение дополнительных источников финансирования для поддержания деятельности медицинских учреждений, обеспечения расходными материалами, сервисного и постгарантийного обслуживания оборудования, ремонта и замены инструментария и др. Как выход из ситуации, принятие целевых программ финансирования по «охране мужского здоровья» на местном и федеральном уровне, а также развитие хозрасчетной деятельности ЛПУ.

6. Необходимо уделять большое внимание вопросам первичной профилактики заболеваний на государственном уровне, способствовать формированию здорового образа жизни, системе обязательной диспансеризации населения и проведению различных скрининговых программ

Коллектив центра «Мужское здоровье»

Общие проблемы

В системе оказания специализированной урологической помощи есть много проблем, решить которые необходимо в ближайшее время, но возможно это только при совместных усилиях всего урологического сообщества, ведущих научных и учебных заведений, участия авторитетных ученых и экспертов, при поддержке Министерства здравоохранения и других органов власти. А именно:

1. После принятия новых порядков оказания специализированной помощи по профилю урология они были реализованы в основном в части определения нагрузки на врача уролога в стационаре, но не введены дополнительные ставки врачей урологов в поликлиниках согласно нормам (1 уролог на 20 000 обслуживаемого населения). Здесь имеются две основные причины — отсутствие кадров и отсутствие финансирования.

2. Обеспечение средним и младшим медицинским персоналом в ЛПУ также ниже установленного этими порядками. Введение дополнительных ставок возложено на ЛПУ, но до сих пор для этих целей не открыто дополнительное финансирование со стороны ТФОМС или Минздрава. И как следствие, фонд оплаты труда прежний, и принятие дополнительных физических лиц приведет к уменьшению размеров оплаты труда уже имеющихся сотрудников. Поскольку в настоящий момент единственной возможностью материального стимулирования сотрудников, является распределение между ними вакантных ставок.

3. Принятие решения о получении первичной специализации через прохождение 2-летней ординатуры, а в планах увеличения срока обучения до 4 лет (ссылаясь на опыт западных стран) привело к кадровому дефициту, особенно в первичном (амбулаторно-поликлиническом) звене и в районных ЛПУ. При этом молодые специалисты за годы прохождения ординатуры не получают достаточной подготовки, в отличие от западных коллег, которые за время обучения обязаны освоить и научиться самостоятельно выполнять большой спектр манипуляций и оперативных вмешательств, ответственность за что несут руководители этих ординатур. Многие из наших ординаторов за годы обучения не выполняют ни одного оперативного вмешательства, а также не получают достаточного объема академических знаний. При этом размер стипендий за годы ординатуры и заработной платы после трудоустройства не позволяет вести самостоятельную жизнь, содержать семью, что снижает привлекательность получения медицинской специальности, и многие выпускники медицинских институтов уходят из профессии после окончания вуза.

4. Оснащение большинства ЛПУ не соответствует табелю, который утвержден Приказом по порядкам оказания урологической помощи, для их доукомплектации требуются значительные средства, которыми не располагают большинство субъектов федерации. Не установлены источники финансирования и пути приведения материально-технического обеспечения к современным нормам. Имеется два пути решения проблемы: либо снижение требований к нормам оснащения (которое неизбежно приведет к ухудшению возможностей оказания высококвалифицированной помощи), либо определение источников и объемов финансирования на государственном уровне.

5. Утверждаемые в настоящий момент и публикуемые Минздравом РФ стандарты оказания медицинской помощи не сгруппированы по специальностям, что затрудняет работу с ними и использование в повседневной работе. Существует спорное их трактование различными инстанциями, некоторые утверждают, что они носят рекомендательный характер, а сотрудники страховых компаний используют их для экспертизы качества медицинской помощи, считая их обязательными к исполнению. Где истина?

6. Нет установленных норм обеспеченности коечным фондом урологического профиля в расчете на количество населения, что привело к значительному сокращению урологических коек в регионах и сокращению многих урологических стационаров.

7. До настоящего момента оплата труда медицинских работников носит повременной характер (за отработку рабочего времени), без учета интенсивности и качества труда. Необходимо рассмотреть возможность увеличения оплаты в зависимости от количества пролеченных больных или выполненных операций, с учетом категории их сложности, то есть ввести элементы сдельной оплаты труда, для того чтобы интенсивный труд приносил не только моральное , но и материальное удовлетворение. Наверное, ни у кого не вызывает сомнения необходимость приближения уровня оплаты труда медицинских работников в России к уровню наших европейских коллег.

Это лишь ряд имеющихся на сегодняшний день проблемных вопросов, решение которых необходимо для оптимизации оказания специализированной урологической помощи населению. Нам необходимо сообща приступить к рассмотрению и решению возникающих на данном этапе проблем, для этого мы озвучили их и готовы к открытой полемике и поиску путей решения.

«...»

Частота выявления локализованных форм рака простаты возросла с 13,3 до 28,8% по сравнению с 2006 г. Намечена тенденция к уменьшению выявления пациентов с местнораспростаненными и генерализованными формами РПЖ

Дмитрий ПУШКАРЬ: мы создали все технические возможности и продолжаем их совершенствовать

Более четырех лет назад главным внештатным специалистом-урологом Минздрава России был назначен Дмитрий Юрьевич ПУШКАРЬ. О том, с какими проблемами пришлось столкнуться, какие вопросы волнуют урологическое сообщество и о планах на будущее он рассказал корреспонденту газеты «Московский уролог» Екатерине Зимницкой.

–Дмитрий Юрьевич, не могли бы вы рассказать, как начинался ваш путь на этой должности, наверняка вы испытывали некоторые сложности?

– Безусловно, и нужно заметить, что сложности начались с самого начала. Во-первых, как вы помните, мое назначение совпало с началом очень активной деятельности Министерства здравоохранения и социального развития России, которое приняло курс на стандартизацию здравоохранения. В связи с этим перед главными специалистами была поставлена задача в очень сжатые сроки подготовить порядок оказания и стандарты медицинской помощи урологическим пациентам. К сожалению, на этапе реализации таких масштабных задач мы столкнулись с неготовностью и отсутствием опыта работы в данном направлении у урологического сообщества.

– Что было самым сложным?

– Однозначно, самым сложным было объединить людей. Вообще в нашей стране налаживание четкой координации действий представителей всех субъектов Российской Федерации всегда является непростой задачей. В первую очередь нам предстояло сформировать профильную комиссию по профилю «урология», в которую в обязательном порядке должны быть включены все главные урологи субъектов Российской Федерации. Однако мы столкнулись с ситуацией, когда мы даже не обладали четкой информацией о том, кто является главным урологом того или иного региона, потому что информация по некоторым регионам изменялась и устаревала в режиме реального времени. Кроме того, у нас были большие проблемы в части коммуникации. Дело в том, что доступность многих главных урологов, мягко говоря, можно было назвать проблематичной. По ряду специалистов мы просто не имели контактных данных, по другим контактные данные были некорректны. С третьими специалистами контакт был затруднен из-за огромной разницы во времени. Вот с такими исходными данными мы начинали работу.

– Но вы справились с этой проблемой?

– Мы с ней справились, и справились, на мой взгляд, достаточно успешно. Сегодня у нас установлен контакт со всеми урологами РФ, а профильная комиссия на регулярной основе собирается на совещания раз в полугодие. Сегодня в режиме реального времени мы информируем коллег из регионов о последних новостях и событиях при помощи информационных рассылок посредством смс и электронной почты. Кроме того, мы создали официальный сайт главного уролога (glavurolog.ru), на котором все желающие могут найти самую свежую информацию. Осознавая технические возможности, которые дает нам современный мир мы обозначили свое присутствие и в социальных сетях. Так, у нас в настоящее время действует группа профильной комиссии в Facebook. Такой формат дает нам возможность обеспечивать оперативное обсуждение проектов документов, писем и пр. в режиме онлайн и при этом позволяет учитывать интересы и предложения очень широкого круга специалистов из самых отдаленных регионов нашей страны. Кстати, именно в таком формате проводилось обсуждение второй редакции порядка оказания помощи урологическим пациентам, приказа 907н.

– А в настоящее время вы отмечаете какие-либо сложности?

– Как это ни парадоксально, но сложности остались теми же. То есть мы полностью решили техническую сторону проблемы и сразу же столкнулись с проблемой низкой активности и слабой инициативы со стороны наших региональных коллег.

– Вы хотите сказать, что некоторые главные специалисты субъектов проявляют недостаточную инициативу, но с чем это может быть связано?

– Я не могу сказать однозначно. На сегодняшний день мы создали все технические возможности и продолжаем их совершенствовать. Мы добились того, что профильная комиссия превратилась в сформировавшуюся функционирующую структуру. При этом следует отметить, что Министерство здравоохранения проводит политику, приветствующую инициативу с мест. Тем не менее, у многих специалистов, на мой взгляд, сохраняется неверие в то, что их мнение или их голос может что-то изменить в масштабах всей страны.

– А это не так?

– Абсолютно. И в качестве яркого примера можно привести тот факт, что многие предложения, представленные нашими коллегами из регионов во время обсуждения приказа 907н, были включены в него.

– Вы сказали, что продолжаете совершенствовать методы коммуникации с главными специалистами. По-моему, вы и так вывели их на достаточно высокий уровень. Вы полагаете, этого недостаточно?

– К сожалению или к счастью, современный мир меняется гораздо быстрее, чем мы можем себе это представить. Поэтому мы обязаны идти в ногу со временем. В настоящее время мы готовим к запуску специальное мобильного приложение, которое позволит главным урологам получать новости, участвовать в опросах и обсуждениях, отправлять письма и отчеты при помощи мобильного телефона. Мне хочется верить, что это выведет взаимодействие главных специалистов субъектов РФ на принципиально новый уровень.

– А какие в настоящее время существуют вопросы, наиболее волнующие урологическое сообщество?

– Их немало. В частности, наше профессиональное сообщество было очень обеспокоено тем, что урология не является основной специальностью.

– Вам удалось с этим что-то сделать?

– Безусловно. Нам удалось выяснить, что такой проблемы не существует. Мы тесно работали с департаментом образования, и в результате письменных запросов нам удалось выяснить, что после вступления в силу Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» старая номенклатура специальностей утратит свою силу, а вместо нее будет утверждена новая номенклатура, которая не подразумевает разделение специальностей на основные и неосновные.

К другим животрепещущим вопросам, волнующим наше сообщество, можно отнести проблему разграничения полномочий урологов и онкологов при лечении онкоурологических пациентов. Для решения этих вопросов в текущем году мы планируем широкое обсуждение данного вопроса с привлечением ведущих урологов, онкоурологов, главных специалистов хирургического профиля и представителей Минздрава.

Не менее важная проблема, с которой мы столкнулись – проблема корректной оценки статистических данных. Дело в том, что мы провели большую работу, и на основании данных, предоставленных департаментом статистики Минздрава, подготовили статистический обзор об урологической заболеваемости и деятельности урологической службы. Оказалось, что статистический учет урологических заболеваний ведется не совсем корректно. Например, все заболевания предстательной железы объединены в одну графу под одним кодом, из-за чего практически невозможно дать адекватную оценку заболеваемости такими патологиями, как доброкачественная гиперплазия предстательной железы или рак простаты. Кроме того, после того как мы представили эти данные на заседании профильной комиссии, достоверность последних была поставлена под сомнение многими нашими коллегами из регионов. В настоящее время с целью получения более достоверных, «живых» данных из первых рук мы проводим так называемый Всероссийский онлайн-мониторинг урологической службы. Предварительные результаты этого исследования мы планируем представить на следующем заседании профильной комиссии.

– Какие у вас планы на ближайшее будущее?

– Большинство наших планов мы обсуждаем на заседаниях профильной комиссии. Одним из наиболее часто обсуждаемых вопросов является проблема качества последипломного образования урологов. В настоящее время Минздрав ведет активную разработку системы непрерывного образования, и урология была утверждена в качестве одного из пилотных проектов. В этой связи перед нами стоит задача разработки образовательных модулей и формирования предложений по оптимизации нормативной базы, которая будет способствовать широкому внедрению этой системы в повседневную практику. Некоторые другие планы я уже озвучил, отвечая на предыдущие вопросы. В ближайшем будущем мы планируем разработать и утвердить порядок оказания помощи пациентам с мочекаменной болезнью, актуализировать стандарты медицинской помощи, перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи и номенклатуру услуг. Также в ближайшее время мы планируем под эгидой российского общества урологов разработать и утвердить в Минздраве национальные клинические рекомендации.

–Что бы вы хотели пожелать вашим коллегам?

– Проявлять побольше активности и побольше конструктивных инициатив с мест.

Виген МАЛХАСЯН: все в «Порядке»

В конце 2012 года был утвержден новый порядок оказания медицинской помощи по профилю «урология». Приказ 907н заменил старый приказ 966н. Как разрабатывался новый приказ и какие претерпел изменения, корреспонденту газеты «Московский уролог» Елене Поляковой рассказал заместитель председателя профильной комиссии Минздрава РФ по профилю «урология» Виген Андреевич МАЛХАСЯН.

–Виген Андреевич, насколько сильно новый приказ отличается от старого, насколько принципиальны изменения, внесенные в него?

– Приказ действительно претерпел значительные изменения. Как человек, координировавший рабочую группу главного уролога при разработке этого приказа, могу сказать, что в отличие от первой редакции порядка (приказ 966н), который создавался в условиях очень жестких временных рамок людьми, ранее не имевшим опыта написания подобных документов, на этот раз у рабочей группы была возможность подойти к написанию второй редакции приказа более профессионально, проанализировав многочисленные замечания, которые мы получили от наших коллег к предыдущему порядку. Но самое главное, на данном этапе у нас была возможность консолидированной работы с главными урологами регионов во время разработки этого документа.

–Что это значит?

– Это означает, что каждая редакция проекта документа выкладывалась в интернет для обсуждения членами профильной комиссии. После того как мы анализировали поступившие замечания и предложения, мы вносили их в приказ, согласовывали новую редакцию в Министерстве, которое также вносило ряд поправок, и повторно выкладывали проект приказа на обсуждение профильной комиссии. Так продолжалось до того момента, пока все замечания не были учтены и не была сформирована окончательная редакция документа.

–То есть все предложения специалистов были включены в приказ?

– Я этого не сказал. Я сказал, что все замечания и предложения были учтены. Мы старались включить в порядок максимальное количество пунктов, предложенных нашими коллегами, однако ряд из них был отклонен Минздравом.

–Можете привести примеры?

– Например, в приказ не вошли нормативы коечного обеспечения, нормы нагрузок на врачей-урологов, положения о льготных условиях труда для врачей-урологов и многое другое.

–А по каким причинам эти пункты не были включены?

– Дело в том, что порядок – это универсальный нормативный акт, действующий на территории всей страны. Поэтому он не должен сужать полномочия субъектов РФ, которым предоставляется их все больше и больше. По этой причине ряд вопросов, таких как, например нормы коечного обеспечения, должен определять сам субъект, исходя из разных факторов: плотности населения, сложившейся инфраструктуры и так далее. Министр здравоохранения Вероника Игоревна Скворцова неоднократно говорила, что современная концепция развития российского здравоохранения предполагает приоритетное развитие первичной медицинской помощи в амбулаторных условиях, укрепление поликлиник, широкое внедрение дневных стационаров и стационарозамещающих технологий. А для такого развития амбулаторного звена, как мы понимаем, потребуется продуманная реорганизация и частичное перепрофилированием коечного фонда в каждом субъекте Российской Федерации.

Возвращаясь к вопросу о пунктах, не вошедших в порядок, могу отметить, что структура самого порядка четко регламентирована 37-м пунктом Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Например, структура, прописанная в 37-м пункте, не подразумевает включение в порядок положений о льготных условиях труда.

–А какое в таком случае может быть решение?

– Все эти важные вопросы должны будут регулироваться другими нормативными актами федерального или субъектового уровня.

–Какие же предложения были учтены?

– Например, мы получили много просьб не загонять помощь урологическим пациентам в узкие рамки урологического кабинета или отделения, вместо этого сделать порядок максимально гибким, в результате чего в регионах, где нет ни урологического кабинета, ни врача уролога, станет возможно оказание помощи урологическим пациентам врачами-хирургами в хирургических кабинетах. Эти положения вошли в 5-й и 9-й пункты нового приказа.

–Какие еще, на ваш взгляд, важные изменения были внесены в новую редакцию порядка?

– Одним из важнейших пунктов, который был включен в приказ 907н, является положение, прописанное в том же 5-м пункте, согласно которому при выявлении онкологического заболевания урологического профиля лечение и наблюдение больного, не требующего комбинированного и (или) сочетанного лечения, осуществляется врачом-урологом.

–Оно закрепляет за урологом право лечить онкоурологических пациентов?

– Только если пациенту требуется исключительно хирургическое лечение. Дело в том, что сегодня большинство новообразований мочеполовой системы диагностируется врачами-урологами, а если верить статистическому отчету главного онколога России В.И. Чиссова, большинство опухолей почки и мочевого пузыря сегодня выявляются на I–II стадии и требуют только хирургического лечения. Так, например в 2011 г. 87% пациентов с опухолями почки и 63% с опухолями мочевого пузыря подвергались только хирургическому лечению. Поэтому данный пункт является ключевым в части обеспечения высокой доступности помощи онкоурологическим пациентам. Это принципиальная позиция рабочей группы и в недавнем прошлом главным урологом было направлено соответствующее письмо Министру здравоохранения.

–Хорошо. А что еще изменилось в порядке?

В порядок были добавлены положения об организации урологического дневного стационара и медицинского урологического центра, были изменены штатные нормативы и стандарты оснащения.

– Давайте по порядку. Как были изменены, например штатные нормативы?

– Штатный норматив урологического отделения одной ставки врача-уролога был изменен с 10 на 15 коек, кроме того, предусмотрена возможность увеличения штатной численности врачей и медицинских сестер урологических стационаров мощностью не менее 60 коек и оказывающих круглосуточную медицинскую помощь, на 4,5 ставки. В части штатного норматива урологических кабинетов появилось дополнение, согласно которому штатные нормативы урологического кабинета не распространяются на медицинские организации частной системы здравоохранения, а для районов с низкой плотностью населения и ограниченной транспортной доступностью количество ставок урологического кабинета устанавливается исходя из численности населения.

–Но штатные нормативы имеют рекомендательный характер.

– Да, именно так прописано в Федеральном законе № 323. Что это значит? Это значит, что если раньше на 60-коечное отделение полагалось 3 врачебные ставки, то согласно новому нормативу администрация больницы может ввести еще одну ставку, и это будет считаться соблюдением рекомендованного норматива. Если администрация больницы считает введение дополнительной ставки нецелесообразной, она не обязана этого делать. В таком случае при проверке или при наличии письменного запроса ей придется детально обосновать, по какой причине рекомендованный норматив не соблюдается. Я хочу напомнить, что согласно указу Президента страны каждый субъект должен сформировать свою региональную программу кадрового обеспечения здравоохранения, содержащую механизмы привлечения молодых специалистов и сохранения имеющегося кадрового потенциала.

–А стандарты оснащения, они обязательны?

– Стандарты оснащения обязательны. В новом порядке они претерпели ряд изменений. В формировании новых стандартов мы старались ориентироваться на мнения наших коллег из регионов. Примечательно, что большинство коллег высказывалось за расширение стандартов оснащения, но по понятным причинам Минздрав не мог принять подобные предложения. Так, предметом больших споров стало оснащение урологических отделений инструментами для лечения мочекаменной болезни, но дело в том, что базовое оснащение урологического отделения, прописанное в порядке, было оценено приблизительно в 25 млн рублей, тогда как его дооснащение инструментами для лечение мочекаменной болезни, включая аппарат для дистанционной литотрипсии, способно увеличить этот показатель до 40–55 млн рублей. Это могло стать причиной закрытия многих урологических отделений, поскольку оснащение урологического отделения стало бы непомерным финансовым бременем для субъектов. Кроме того, подобная ситуация содержала бы в себе риски простоя дорогостоящего оборудования, поскольку не все отделения могут обеспечить адекватный поток профильных пациентов.

– И как этот вопрос был решен?

– Было принято компромиссное решение. В порядке была сделана сноска, согласно которой инструментами для лечения мочекаменной болезни оснащаются не все отделения, а отделения медицинских организаций, в которых применяется метод ударно-волновой дистанционной или эндоскопической литотрипсии. А право принимать решение, какие стационары целесообразно оснащать этим оборудованием, осталось за субъектом.

–А что такое урологический центр и в чем его смысл?

– Понятие урологического центра юридическое, поскольку центр организуется на базе существующего урологического отделения с соответствующим оснащением. Решение об организации центра принимается самим субъектом. Смысл центра заключается в оказании медицинской, в том числе высокотехнологичной, помощи в условиях стационара, имеющего расширенное оснащение. Так, например, помимо

Окончание на стр. 22

Продолжение. Начало на стр. 21

базового оснащения центр должен быть оснащен инструментами для лечения мочекаменной болезни, плюс дополнительным оборудованием, прописанным в стандарте оснащения центра. То есть, выражаясь более простым языком – это отделение урологии экспертного уровня.

–А как будет контролироваться соблюдение порядка?

– Контроль за соблюдением порядков и стандартов оказания медицинской помощи осуществляет Росздравнадзор. Так, согласно отчету о деятельности Министерства здравоохранения за 2012 год, в 2012 году Росздравнадзор осуществил чуть более 3000 проверок, из которых в примерно 1400 случаев Росздравнадзор выявил нарушения. Во всех случаях учреждениям были выданы предписания об устранении выявленных нарушений.

–Не приведет ли это к закрытию кабинетов и урологических отделений?

– Концепция, заложенная Министерством здравоохранения в порядки оказания медицинской помощи, очень логична и заключается в следующем. Ответственность за организацию медицинской помощи лежит на субъекте РФ. Именно субъект решает вопросы, сколько кабинетов и отделений ему необходимо иметь на своей территории. Эти вопросы каждый субъект может решать по-разному. Например, на территории с высокой плотностью населения целесообразно развернуть несколько урологических отделений или кабинетов, в то время как на территории с низкой плотностью населения целесообразней иметь одно подразделение, а на сэкономленные деньги развивать систему санитарной авиации. С этой целью, как мы помним, в 2011 году была начата беспрецедентная по масштабу и финансированию программа модернизации здравоохранения страны. По сути, было открыто 83 региональные программы финансирования модернизации, ориентированные на потребности каждого региона страны. Функция же самого порядка оказания медицинской помощи заключается в том, чтобы создать такие условия, когда в урологическом отделении или кабинете будут оказываться все возможные виды медицинской помощи в максимальном объеме. Это позволит субъектам оптимизировать систему оказания помощи и сделать ее более эффективной. Поэтому ожидается, что оптимизация системы здравоохранения будет проистекать не путем сокращения, а путем объединения и укрупнения отделений и кабинетов.

Концепция развития непрерывного медицинского образования в РФ

Качество медицинской помощи напрямую определяется квалификацией медицинских кадров. В большинстве развитых стран в повышении квалификации медицинских кадров акцент сделан на развитии системы непрерывного медицинского образования с использованием дистанционных и симуляционных технологий, а также на современное информационное обеспечение медицинских работников на рабочих местах (доступ к электронным медицинским библиотекам, системам поддержки принятия клинических решений, клиническим рекомендациям профессиональных медицинских обществ).

З.З. БАЛКИЗОВ,
заместитель председателя правления ассоциации медицинских обществ по качеству, медицинский журнал «Медицинское образование и профессиональное развитие»

Под **непрерывным медицинским образованием (НМО)** понимается образовательная активность, направленная на приобретение, развитие и совершенствование знаний, умений, профессионального мастерства, а также на формирование этичных отношений для служения пациентам, обществу и профессии. НМО включает совокупность знаний и умений как по базовым, так и по клиническим дисциплинам, установленных и контролируемых профессиональным сообществом, а также по вопросам обеспечения охраны здоровья населения.

В исследованиях (C. Peck и соавт., 2000) был изучен опыт по повышению квалификации врачей и их образования в 18 европейских странах (Австрии, Бельгии, Дании, Финляндии, Франции, Германии, Греции, Исландии, Ирландии, Италии, Великобритании, Люксембурге, Нидерландах, Норвегии, Португалии, Испании, Швеции и Швейцарии). Было выявлено, что в большинстве из них (17) НМО считается обязательным, в 6 – регламентируется законом, в 13 – обеспечивается профессиональными медицинскими обществами. В большинстве стран НМО учитывается в кредитах и не требует сдачи итогового экзамена. В среднем за 5 лет необходимо набрать не менее 250 кредитов или часов образовательной активности, равномерно распределенных по годам.

С целью признания уровня и качества образования практикующих специалистов требования к НМО, образовательным мероприятиям и кредитам в странах ЕС гармонизированы. Сегодня с этой же целью идет процесс согласования требований к НМО между странами ЕС и США, а также подписан договор о взаимном признании кредитов, начисленных за участие в образовательных мероприятиях между UEMS и AMA.

Учитывая современные тенденции в российском образовании, направленные на гармонизацию требований на всех его этапах и уровнях с международными, соответствующая работа по развитию НМО начата Минздравом России. Для этого 18 февраля 2013 г. был создан **Координационный Совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Министерства здравоохранения РФ** с участием профессиональных некоммерческих объединений (далее – профессиональные медицинские общества по специальностям). В рамках этого Совета планируется разработать примерные программы повышения квалификации, порядок проведения НМО, требования к образовательным мероприятиям, шкалу значимости образовательных мероприятий в кредитах, а с сентября 2013 г. планируется проведение пилотных проектов по отдельным специальностям (терапевты, педиатры, кардиологи, гастроэнтерологи, хирурги, ревматологи и руководящие работники здравоохранения) в ряде субъектов РФ.

Еще одной важной предпосылкой для развития НМО в РФ стало принятие Федерального закона «Об образовании в РФ» (№ 273–ФЗ от 29 декабря 2012 г.). Дополнительными предпосылками к развитию НМО являются: готовность многих профессиональных медицинских организаций по специальностям к реализации обучения по программам повышения квалификации; наличие в медицинских организациях инфраструктуры для обучения врачей без отрыва от практической деятельности (компьютеры, выход в Интернет); наличие отечественных электронных библиотечных систем, учебно-методических комплектов и программных комплексов для реализации «образовательной среды».

Концепция развития непрерывного медицинского образования в РФ была подготовлена Ассоциацией медицинских обществ по качеству с участием руководителей профессиональных медицинских организаций и УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию во исполнение Указа Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598, в котором поставлена задача разработки современной программы повышения квалификации и оценки уровня знаний медицинских работников, и в целях

Г. Э. УЛУМБЕКОВА,
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

реализации положений Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (№ 323 от 21 ноября 2011 г.). В этом законе установлено, что медицинские работники обязаны повышать свою квалификацию (статья 73) и не реже 1 раза в 5 лет проходить аккредитацию в соответствии с порядком, установленным Минздравом РФ (статья 69). Под аккредитацией понимается разрешительная процедура для продолжения практи-

ческой деятельности по определенной специальности. При этом в статье 76 обсуждаемого закона предусмотрено, что профессиональные медицинские некоммерческие организации могут принимать участие в разработке программ повышения квалификации. Основные положения концепции были обсуждены и одобрены на международной конференции «Непрерывное медицинское образование и качество медицинской помощи – 2012», проведенной 29 октября 2012 г. в Москве под эгидой Национальной медицинской палаты и на заседаниях Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов.

Необходимость дальнейшего совершенствования системы медицинского образования, и в частности программ повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников обусловлена также следующими причинами:

- Неудовлетворительные показатели качества и безопасности медицинской помощи.
- Неудовлетворенность пациентов качеством и доступностью медицинской помощи.
- Увеличение объемов медицинской информации и скорости ее обновления.
- Внедрение в практику новых сложных медицинских технологий, применение которых требует дополнительных знаний и умений от медицинских работников, в том числе для обеспечения безопасности пациентов.
- Появление новых высокоэффективных информационных, телекоммуникационных и дистанционных технологий, внедрение которых в практику медицинского образования снижает издержки и предоставляет дополнительные возможности.

Принципы развития НМО и механизмы их реализации

1. Сохранение и развитие лучшего отечественного опыта:

- сохранение и развитие системы последипломного обучения врачей на базе учреждений дополнительного профессионального образования как составной части программ повышения квалификации;
- учет таких видов деятельности, как: наставничество опытных специалистов над молодыми врачами; стажировки специалистов в медицинских учреждениях вышестоящего уровня (например, врачей поликлиник в стационарах) и консультирование более опытными специалистами работников учреждений другого уровня (например, врачей ЦРБ специалистами ОКБ); участие в конференциях и семинарах, проводимых профессиональными медицинскими организациями и соответствующих установленным требованиям, обучение на рабочем месте с помощью аккредитованных электронных учебных материалов.

2. Гармонизация требований к квалификации медицинских специалистов в РФ с требованиями в развитых странах и использование их передового опыта. Соблюдение этого принципа осуществляется путем активного взаимодействия и обмена опытом с организациями, отвечающими за разработку и соблюдение требований к программам обязательного последипломного образования (ординатуре/резидентуре) и повышения квалификации медицинских специалистов в странах ЕС и США.

3. Партнерство государства и профессиональных медицинских организаций и их ассоциаций в управлении последипломным медицинским образованием. Реализация этого принципа осуществляется путем создания Федерального совета и рабочей группы при Минздраве РФ, в состав которых вошли представители профессиональных организаций. В функции этих организаций будет входить разработка и утверждение нормативных документов по реализации НМО.

4. Комплексное обучение работников не только профессиональным, но и управленческим, экономическим, коммуникативным знаниям и умениям. Особый акцент в образовании должен быть сделан на этических принципах взаимоотношения медицинских работников с пациентами. Для этого необходимо провести ревизию типовых программ повышения квалификации на предмет включения соответствующих разделов.

5. Обязательный персонифицированный учет и ежегодный контроль знаний и практических умений специалистов (ежегодная и итоговая аттестация 1 раз в 5 лет). Оценка трудоемкости учебной нагрузки должна производиться в форме кредитов или зачетных единиц. При этом ежегодно каждый работник должен накопить не менее 50 кредитов, а за 5 лет — 250 кредитов. Персонифицированный учет может быть осуществлен путем внедрения электронных программ («образовательной среды»), которые позволяют самим работникам вести учет своей учебной активности и итогов ежегодной аттестации, а руководителям медицинских учреждений и профессиональных медицинских организаций иметь постоянный доступ к этим данным.

6. Использование инновационных образовательных технологий: электронных, дистанционных, телекоммуникационных, симуляционных и современное учебно-методическое сопровождение процесса обучения. Для реализации этого принципа необходимо, чтобы профессиональные медицинские организации по специальностям подготовили (обновили) современные комплекты обучающих материалов: Национальные руководства, тестовые вопросы и разборы клинических ситуаций для проведения ежегодной и итоговой аттестации, модули по наиболее актуальным темам для дистанционного обучения работников, образовательные периодические издания, не реже 1 раза в 2 года обновляли Клинические рекомендации (протоколы) по специальностям. Дистанционные технологии позволят проводить обучение без отрыва от рабочего места, осуществлять интерактивное взаимодействие педагога и специалиста, обеспечить для работника удобную форму представления информации.

7. Обязательный контроль качества программ и видов учебной деятельности (мероприятий) на соответствие установленным требованиям. Этот принцип реализуется путем создания системы общественно-профессиональной аккредитации программ и образовательных мероприятий для повышения квалификации.

8. Независимость НМО от производителей медицинской и фармацевтической промышленности (отсутствие монорекламы). Этот принцип реализуется путем создания Кодекса этики участия спонсоров в НМО и учет положений этого кодекса при составлении требований к программам и образовательным мероприятиям НМО.

9. Высокая мотивация медицинских и фармацевтических работников к прохождению программ повышения квалификации. Для реализации этого принципа предлагается учитывать результаты обучения программам повышения квалификации при прохождении работниками аттестации, аккредитации (1 раз в 5 лет), при оплате труда и при найме их на работу. Кроме того, программы обучения должны быть содержательными, современными, интересными и удобными в использовании для работников. Все это может быть реализовано путем использования инновационных технологий.

10. Бесплатность большинства видов учебной деятельности (мероприятий) для медицинских и фармацевтических работников. Этот принцип реализуется путем включения отдельной статьи расходов на обучение работников в федеральный, региональный, муниципальный бюджеты и бюджет ОМС, а также путем привлечения средств спонсоров с учетом соблюдения кодекса этики участия медицинских и фармацевтических производителей в НМО.

Финастерид ПЕНЕСТЕР®

реклама

90

НОВАЯ ФОРМА ВЫПУСКА

- Удобен для длительного приема
- Повышает приверженность пациентов к лечению
- Обеспечивает еще более доступную стоимость терапии ДГПЖ*

3 месяца лечения

Ингибиторы 5α-редуктазы являются препаратами первой линии для лечения пациентов с признаками прогрессии ДГПЖ[1,2]

1. Богданов А.Б., Лукьянов И.В. Велиев Е.И., Эффективность и безопасность комбинированного применения доксазозина и финастерида при лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы / Трудный пациент, № 3 (Т. 5). – 2007; с. 41– 45. 2. Bartsch G. Consensus statement: the role of prostate-specific antigen in managing the patient with benign prostatic hyperplasia. // B. J. U Int., 2004; 93; suppl. 1: 27– 29.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНЫМ ВАРИАНТОМ ИНСТРУКЦИИ.

* ДГПЖ – доброкачественная гиперплазия предстательной железы
На правах рекламы. RU.FIN.13.05.01.
Рег. уд.: ЛС-000133

ООО «ЗЕНТИВА Фарма» 125009, г. Москва, ул. Тверская, д. 22
Тел.: (495) 721-16-66/67/68, факс: (495) 721-16-69
E-mail: info@zentiva.ru, www.zentiva.ru

ZENTIVA
КОМПАНИЯ ГРУППЫ САНОФИ

Обзор наиболее значимых исследований в урологии

Обзор новейших наиболее значимых клинических исследований в урологии сделан на основе данных интернет-портала UroSource*. На наш взгляд, выбраны наиболее интересные исследования по актуальным проблемам, которые занимают умы не только ученых, но и практических врачей.

А.Н. БЕРНИКОВ,
к.м.н, доцент кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Краткосрочная неоадьювантная пульс-терапия митомицином С рецидивного неинвазивного рака мочевого пузыря (НИРМП) низкой степени злокачественности.

В своем исследовании R. Colombo и соавт. сравнивали эффективность и переносимость краткосрочной интенсивной внутрипузырной химиотерапии митомицином С у пациентов с рецидивным неинвазивным раком мочевого пузыря (НИРМП) низкой степени злокачественности со стандартной схемой индукционного курса митомицина С.

Во второй фазе рандомизированного исследования приняли участие 54 пациента с рецидивным НИРМП. Внутрипузырные инстилляции митомицина С (ММС) 40 мг/40 мл проходили в соответствии со схемой либо один раз в неделю в течение 6 недель (группа 1) или три раза в неделю в течение 2 недель (группа 2) до трансуретральной резекции (ТУР). Местная и системная токсичность оценивались с помощью опросников CTCAE v.4.0 американского Национального института рака (NCI) после каждой инстилляции и SF-36 на момент рандомизации и перед ТУР. Видеозапись цистоскопии и ТУР проводилась на 14-е сутки после завершения лечения.

В группах 1 и 2 было по 27 пациентов. У двух пациентов (7,4%) в группе 2 не удалось завершить запланированное лечение из-за сильной выраженности симптомов нижних мочевых путей. Не обнаружено статистически значимой разницы между группами по опроснику SF-36 до и после лечения.

Аналогично, не было зарегистрировано статистически значимой разницы в связанной с лечением токсичности (CTCAE v.4.0). Полная иррадикация опухоли имелась у 12 пациентов (44,4%) в группе 1 и у 19 пациентов (70,4%) в группе 2 (p=0,04).

Таким образом, авторы делают вывод, что интенсивная краткосрочная схема неоадьювантной химиотерапии митомицином С является безопасной и не влечет за собой дополнительной токсичности по сравнению с еженедельной схемой. Увеличение абляционного эффекта может быть объяснено лучшим соответствием частоты инстилляций со скоростью деления опухолевых клеток. Небольшое число пациентов является основным ограничением исследования.

III фаза рандомизированного плацебо-контролируемого исследования эффективности зиботентана (ZD4054) у пациентов с гормонально-резистентным раком простаты и метастазами рака в кости.

Рецепторы к эндотелину-1 и эндотелину А (ET(A)) ответственны за метастазирование рака простаты в кости. Целью J.B. Nelson и соавт. было выяснить, влияет ли специфический антагонист рецепторов ET(A) зиботентан на увеличение общей выживаемости (ОВ) пациентов с гормонально-резистентным раком простаты и метастазами рака в кости при отсутствии и незначительной выраженности болевого синдрома.

Пациенты первой группы получали зиботентан по 10 мг/сут, пациенты второй группы – плацебо. Также проводилась стандартная терапия рака простаты. Первостепенной целью было определение ОВ. Вторично оценивались время до усиления болевого синдрома, применение химиотерапии, появление новых костных метастазов и безопасность препарата. Достоверность результатов оценивалась по критерию Мантела–Кокса.

В исследовании приняли участие 594 пациента (299 получали зиботентан, 295 – плацебо). Медиана ОВ была 24,5 месяца в группе зиботентана и 22,5 месяца в группе плацебо, однако разница оказалась статистически

реклама

ПОДПИСКА

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

www.bionika-media.ru

Уважаемые читатели!
Предлагаем Вам оформить подписку на газету «Московский уролог» с любого выпуска непосредственно в Издательстве. Это удобная своевременная доставка и выгодные условия.

Стоимость подписки:
На второе полугодие 2013 г. (3 выпуска) **442 руб. 20 коп.**
На 2014 г. (6 выпусков) **811 руб. 80 коп.**

Для оформления подписки обратитесь по телефону:
8 (495) 332-02-63. Или по e-mail: **subscription@bionika-media.ru**

Наши менеджеры подберут удобную для вас форму доставки издания, а так же выставят счет.

bionika media

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

недостоверна. Также не было выявлено статистически достоверной разницы по вторичным целям исследования. Периферические отеки (44%) и головные боли (31%) были самыми частыми побочными эффектами в группе зиботентана. Кардиологические осложнения чаще встречались в группе зиботентана, чем в группе плацебо (5,7 и 1,7% соответственно), однако они были управляемы и обратимы.

В этом большом, рандомизированном, плацебо-контролируемом исследовании III фазы лечение зиботентаном в дозировке 10 мг/сут не привело к статистически значимому увеличению ОВ. Зиботентан имеет приемлемый профиль безопасности.

Долгосрочное наблюдение II фазы исследования комбинированной химио-гормонотерапии биохимического рецидива рака простаты после локальной терапии рака простаты.

В исследовании M. Nakabayashi и соавт. комбинированную химиогормональную терапию получали 62 пациента с биохимическим рецидивом рака простаты.

Примененная ими схема состояла из 4 курсов доцетаксела (70 мг/м2) каждые 3 недели и эстрамустина по 280 мг 3 раза в день (с 1-го по 5-й день) с последующей терапией гозерелином/бикалутамидом в течение 15 месяцев. Первостепенной целью было достижение уровня простат-специфического антигена (ПСА) <0,1 нг/мл с восстановлением уровня тестостерона через 5 лет после завершения лечения. Вторично оценивались время до прогрессии (ВП), время до возобновления антиандрогенной терапии (ААТ), доля резистентного к кастрации рака простаты (РКРП) и общая выживаемость (ОВ).

Медиана наблюдения составила 8,6 года (1,3–11,1 года). На 5-м году наблюдения 7 пациентов (11%) имели уровень ПСА <0,1 нг/мл (у пятерых он не определялся); 8 (13%) имели ПСА >0,1 нг/мл, но без возобновления ААТ (средний уровень ПСА – 0,37 нг/мл). Из 15 (24%) пациентов без возобновления ААТ у 14 уровень тестостерона восстановился до нормальных значений. Медиана ВП для всей когорты составила 35 месяцев (95% доверительный интервал – 31,7–39,2 месяца). Базовый уровень ПСА <3,0 нг/мл, без предварительной ААТ, и выполненная простатэктомия (по сравнению с лучевой терапией) были связаны с большим ВП (P=0,0001, P=0,0055 и P=0,0398 соответственно).

На момент проведения анализа 42 мужчины (68%) вновь получали ААТ, 23 мужчины имели РКРП (37%) и 11 (18%) получали химиотерапию. Медиана времени до возобновления ААТ составила 32,6 месяца (диапазон от 0 до 107,6 месяца). Медиана ОВ не была достигнута; было 15 смертей.

Комбинированная химиогормональная терапия биохимического рецидива рака простаты дала длительный (>5 лет) и полный ответ (ПСА <0,1 нг/мл) у 7 мужчин (11%). У 24% пациентов ААТ не была возобновлена через 5 лет после окончания курса терапии.

Замедление повышения уровня простатического специфического антигена у пациентов с биохимическим рецидивом после радикального лечения рака простаты при применении дутастерида свыше 2 лет.

Повышение уровня простатического специфического антигена (ПСА) после радикального лечения указывает на рецидив рака простаты (РП) или наличие резидуальной опухоли. Биохимический рецидив обычно опережает клинические проявления метастатической болезни на несколько лет. Ведение пациентов с биохимическим рецидивом РП дискутабельно.

Fritz Schröder и соавт. провели рандомизированное, двойное слепое, плацебо-контролируемое исследование воздействия дутастерида на прогрессию РП у пациентов с биохимическим рецидивом заболевания после радикального лечения. В исследовании принимали участи 294 мужчины из 64 медицинских центров 9 европейских стран. В первую очередь оценивалось время удвоения уровня ПСА с начала лечения. Вторично исследовались время до прогрессии заболевания и доля пациентов с прогрессированием болезни.

Все пациенты был и разделены на две группы (по 147 человек в каждой), 187 (64%) прошли 24-месячный курс терапии, 107 завершили лечение досрочно (71 (48%) из группы плацебо, 36 (24%) из группы дутастерида). Дутастерид в сравнении с плацебо статистически достоверно замедлил время удвоения уровня ПСА после 24-месячного курса лечения (p<0,001); уменьшение относительного риска составило 66,1% (95% доверительный интервал (ДИ), 50,35–76,90) за все время наблюдения. Дутастерид также статистически достоверно замедлил время прогрессии заболевания (что включало связанные и независимые от ПСА данные) по сравнению с плацебо (p<0,001); снижение общего относительного риска в пользу дутастерида составило 59% (95% ДИ, 32,53–75,09). Частота побочных эффектов (ПЭ), серьезных ПЭ и ПЭ, приводивших к прекращению исследования, была одинаковой в обеих группах.

Авторы делают вывод, что дутастерид замедляет биохимическую прогрессию РП у пациентов с биохимическим рецидивом после радикального лечения локализованного РП. Безопасность и переносимость дутастерида была аналогичной данным предыдущих исследований.

Распространенность эректильной дисфункции (ЭД) и других нарушений сексуальной функции мужчин в Российской Федерации.

Из последних российских исследований наиболее интересным представляется изучение распространенности эректильной дисфункции (ЭД) и других нарушений сексуальной функции мужчин в Российской Федерации, в котором было проведено анонимное анкетирование 1400 мужчин.

Анкеты включали демографические данные, анамнез и вредные привычки, опросники МИЭФ, возрастных симптомов и нарушений мочеиспускания. В исследовании приняли участие 7 центров, расположенных в наиболее густонаселенных регионах страны. Анализу были подвергнуты 1225 анкет. Установлено, что симптомы ЭД присутствовали у значительного количества респондентов. В настоящее время идет анализ данных в основных подгруппах. Возрастные симптомы (по опроснику AMS) были выявлены у 554 (45,2%) больных, причем большинство из них были в возрасте 45—59 лет. Показана важность активного выявления ЭД у мужчин, так как она может быть одним из проявлений более серьезных заболеваний.

*http://www.urosource.com/home/todays-key-article/key-articles/

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ, МАСТЕР-КЛАССОВ, ОБУЧЕНИЯ

Полный спектр услуг по подготовке и проведению медицинских конгрессов, конференций, семинаров, учебных курсов, выставок и др.

8 (495) 510-15-72

info@alkonmed.ru

www.alkonmed.ru

АЛКОНМЕД

реклама

Современные подходы к терапии эректильной дисфункции ингибиторами ФДЭ-5 в орально-диспергируемой форме

А.А. КАМАЛОВ,
главный уролог Москвы, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, профессор, д.м.н.
Д.А. ОХОБОТОВ,
старший преподаватель кафедры, к.м.н.
Л.А. ХОДЫРЕВА,
руководитель организационно-методического отдела по урологии Департамента здравоохранения города Москвы, доцент, д.м.н.
А.А. ДУДАРЕВА,
врач-уролог, сотрудник организационно-методического отдела по урологии Департамента здравоохранения города Москвы, к.м.н.
В.К. КАРПОВ
доцент кафедры, к.м.н.

Терапия эректильной дисфункции (ЭД) ингибиторами ФДЭ-5 в последнее время претерпела существенные изменения. Если еще 10 лет назад на медицинских форумах обсуждалась тема восстановления эректильной функции как таковой с помощью лекарственных средств, то в последние 5–6 лет открыто обсуждаются вопросы о продолжительности и качестве эрекции у мужчин.

По-прежнему препараты группы ингибиторов ФДЭ-5 остаются средством первой линии терапии ЭД. Следует отметить, что в настоящее время необходим индивидуальный подбор лечения для каждого мужчины с учетом показаний к применению, противопоказаний и побочных эффектов ингибиторов ФДЭ-5, так как некоторые из побочных эффектов могут ухудшать качество жизни пациента.

Однако у большинства пациентов существует настороженность по поводу постоянного приема таблетированных препаратов. Они боятся «зависимости от таблетки», это является серьезной проблемой. Как показал международный репрезентативный опрос SatisFACTS, проведенный в 2011 г. компанией GFK при поддержке компании Bayer, посвященный оценке сексуальных потребностей мужчин, для 65% мужчин важным требованием является удобство приема препарата для лечения ЭД. До появления ингибиторов ФДЭ-5 в орально-диспергируемой форме традиционно использовались ингибиторы в виде таблеток, покрытых оболочкой, которые имеют ряд неудобств, например, после приема таблетку необходимо запивать водой. Это неудобство отмечают большинство мужчин, использующих ингибиторы ФДЭ-5. Поэтому прием таблетки, который привлекает к себе внимание окружающих и партнерши, снижают уверенность и самооценку мужчины.

В настоящее время применение ингибиторов ФДЭ-5 является первой линией терапии ЭД и используется как «по требованию», так и в постоянном режиме, в зависимости от потребностей пациента (EAU, 2012). Ежедневный прием ингибиторов ФДЭ-5 рекомендуется мужчинам с частой сексуальной активностью (более 2 раз в неделю), для пациентов с нечастой сексуальной активностью (реже 2 раз в неделю), показан прием ингибиторов ФДЭ-5 непосредственно перед половым актом. Согласно данным опроса SatisFACTS, в котором принимало участие более 6 тысяч мужчин, включая мужчин РФ, только 15% респондентов имели частоту сексуальных контактов более 1 раза в неделю. Остальные 85% мужчин хотят достичь подобной частоты, а в реальности большая часть респондентов имеют менее 1 сексуального контакта в неделю.

Большинство мужчин предъявляют определенные требования к препаратам для лечения ЭД, к которым относятся: высокая эффективность – 70% респондентов, быстрое начало действия – 69% респондентов, удобство приема – 65% мужчин и неброская упаковка – 45% пациентов (данные SatisFACTS). Всем этим критериям отвечает инновационный препарат варденафил в орально-диспергируемой форме, который является первым и единственным ингибитором ФДЭ-5, разрешенным к применению в Российской Федерации, под торговым названием Левитра®, таблетки, диспергируемые в полости рта (ОДТ), содержащие 10 мг варденафила.

Благодаря орально-диспергируемой форме Левитра® ОДТ избавляет пациента от основных неудобств, связанных с лечением ЭД: таблетку не надо запивать водой, ее можно принять незаметно, не надо ждать, пока таблетка подействует (действие препарата начинается в течение 15 мин, еще до достижения максимальной концентрации варденафила в плазме крови), нет зависимости от приема жирной пищи и алкоголя, в дополнение Левитра® ОДТ обладает освежающим мятным вкусом.

Эффективность и безопасность применения Левитры® ОДТ 10 мг в режиме «по требованию» были изучены в международных рандомизированных плацебо-контролируемых многоцентровых исследованиях POTENT I и POTENT II, которые включали более 700 мужчин в 75 исследовательских центрах Европы, США и Австралии. Данные исследования относятся к наивысшему уровню и степени доказательности клинических исследований IA.

Рандомизация пациентов в исследования была следующая: более половины пациентов, получавших варденафил в форме ОДТ, были 65 лет и старше. Оценка результатов проводилась через 12 недель, в течение которых мужчины принимали препарат не чаще одного раза в день, вне зависимости от приема пищи. Таблетку нужно было положить на язык и не запивать водой.

Согласно результатам исследований POTENT I и POTENT II, Левитра® ОДТ приводила к достоверному улучшению эректильной функции по сравнению с плацебо: увеличение числа баллов по шкале МИЭФ, числа положительных ответов на вопросы SEP2 и SEP3, которые свидетельствуют об успешности пенетрации и удовлетворенностью пациентов длительностью эрекции. Было показано, что рост этих показателей достоверно не различался в подгруппах мужчин моложе и старше 65 лет, что позволяет рекомендовать применение варденафила в форме ОДТ вне зависимости от возраста пациентов. Кроме того, препарат был эффективен вне зависимости от исходной степени тяжести ЭД (степень тяжести определялась по сумме баллов анкеты МИЭФ).

Поэтому Левитра® ОДТ показана всем мужчинам, страдающим легкой, умеренной и тяжелой формой ЭД. Более того, в исследовании принимали участие пациенты со следующими сопутствующими заболеваниями: артериальная гипертензия (41,9%), сахарный диабет (27,1%), дислипидемия (32,7%). Полученные данные анализа в подгруппах продемонстрировали, что сопутствующие заболевания не повлияли на эффективность варденафила в форме ОДТ.

Изучая фармакокинетические характеристики варденафила в форме ОДТ, следует отметить, что максимальная концентрация варденафила в крови после приема препарата достигается в течение 0,88–1,5 ч после приема. В то же время препарат начинает эффективно действовать еще до того, как будет достигнута максимальная концентрация в крови. Клинически доказано наступление эрекции уже в течение первых 15 мин после приема. Доля успешных попыток полового акта, предпринятых в течение этого промежутка времени, составляло в среднем 62,5% против 29,4% на фоне приема плацебо. Одна из причин, объясняющая данный эффект, заключается в форме ОДТ, обеспечивающей частичное всасывание варденафила (приблизительно 0,8 мг – 10%) через слизистую оболочку полости рта, и эта часть не подвергается инактивации в печени или пищеварительном тракте. Тем же объясняется тот факт, что общее количество варденафила, попадающего в системный кровоток, при приеме Левитры® ОДТ, несколько больше, чем при использовании классической Левитры. Концентрация варденафила в крови, превышающая минимально эффективную, сохраняется на протяжении 10–12 ч, что особенно важно для пациентов, не желающих зависеть от приема таблетки.

Новая лекарственная форма варденафила ОДТ растворяется в течение 9 секунд (по данным Европейской Фармакопеи тесты *in vitro* по растворению таблеток) и начинает всасываться уже в полости рта, имеет сопоставимый фармакокинетический профиль с таблетками, покрытыми оболочкой, но ее биодоступность выше в 1,21–1,44 раза. Как ежедневный прием варденафила ОДТ, так и прием совместно с высококалорийной, жирной пищей и алкоголем не оказывают влияния на фармакокинетику препарата.

Удобство приема, высокая клиническая эффективность и хорошая переносимость делает варденафил ОДТ привлекательной лекарственной формой для лечения мужчин независимо от возраста и наличия сопутствующей патологии, а также с различной степенью тяжести ЭД. Чем менее заметна и обременительна терапия для пациента, тем она более эффективна, и тем меньше шансов на то, что пациент самостоятельно прекратит ее, добившись первых положительных результатов.

Прием Левитры® ОДТ дает возможность мужчине не «зависеть от таблетки» и не чувствовать себя больным, что положительно сказывается на его самооценке, уверенности в собственных силах и качестве жизни в целом. Новая упаковка варденафила и уникальная лекарственная форма ОДТ является успешной попыткой приблизиться к идеальному лекарственному препарату, который удовлетворяет всем требованиям современных мужчин.

на правах рекламы

НОВОСТИ

Стволовые клетки восстановили фертильность

Американские ученые при помощи стволовых клеток восстановили фертильность самцов макак после курса химиотерапии. Ряд химиотерапевтических препаратов, используемых при лечении рака, вызывает у пациентов бесплодие. Взрослые мужчины имеют возможность до начала лечения сохранить образцы своей спермы, что позволит им в будущем иметь детей. Однако такой способ неприемлем для мальчиков, не достигших пубертатного периода — после химиотерапии многие из них остаются бесплодными. Исследователи нашли способ, который помогает восстановить фертильность даже у мальчиков, прошедших курс химиотерапии до вступления в пубертатный период. Для этого они использовали сперматогонии – стволовые клетки, расположенные в семенниках. При созревании сперматогонии превращаются сперматозоиды. Эти стволовые клетки появляются в половых железах плода в период эмбрионального развития и постоянно обновляются на протяжении всей жизни. Чтобы проверить, можно ли использовать сперматогонии для восстановления мужской фертильности, ученые использовали образцы тканей тестикул, содержащие сперматогонии, как у взрослых, так и у не достигших половой зрелости самцов макак. Образцы тканей были заморожены. Затем все обезьяны прошли курс химиотерапии препаратами, влияющими на фертильность. По окончании лечения ученые ввели в яички обезьян их сперматогонии. После трансплантации стволовых клеток выработка спермы восстановилась у 9 из 12 взрослых животных. Было установлено, что продуцирование спермы также восстановилось у трех из пяти макак, прошедших курс химиотерапии до начала пубертатного периода, по достижении зрелого возраста. В ходе следующего эксперимента ученые трансплантировали бесплодным животным сперматогонии, полученные от других обезьян, не связанных с ними родством. Было установлено, что у двух из шести участвовавших в опыте макак вырабатывается сперма с донорским генотипом. Спермой, которая вырабатывалась у одной из макак после трансплантации, ученые успешно оплодотворили 81 яйцеклетку. Образовавшиеся в результате оплодотворения эмбрионы смогли достигнуть той стадии развития, на которой их обычно переносят в матку при ЭКО.

Обнаружена связь между трихомониазом и раком простаты

Ученые из США обнаружили молекулярный механизм возникновения рака простаты у мужчин, заболевших трихомониазом. Исследователи изучали реакцию сыворотки крови зараженных трихомониазом мужчин на белок α-актинин, вырабатываемый возбудителем трихомониаза – простейшим *Trichomonas vaginalis*. α-актинин является белком, способным стимулировать иммунную систему для ответа на определенный антиген. Оказалось, что *T. vaginalis* запускает в организме клеточный сигнальный каскад, в котором участвуют такие белки, как PIM1, c-MYC и HMGA1. Белок PIM1 является промотором роста раковых клеток, также он поддерживает активность других молекул-участников данного каскада и способен «выключать» и «включать» ряд генов. *T. vaginalis* запускает сигнальный каскад, прикрепляясь к здоровым клеткам эпителия простаты. Авторы работы отмечают, что открытые этого механизма возникновения рака простаты поможет разработать новые методы лечения этой опухолевой болезни.

Крипторхизм повышает риск развития рака яичек

Ученые из Великобритании выяснили, что неполное опущение яичка в мошонку (крипторхизм) повышает риск развития онкологического процесса почти в три раза. Урологи изучали онкогенность крипторхизма, который поражает около 6% новорожденных и является самым распространенным пороком развития среди мальчиков. Исследователи обнаружили 735 научных публикаций по этой проблеме, 12 из которых соответствовали заданным критериям. Девять исследований проводились по схеме «случай-контроль», а три были когортными и описывали длительное наблюдение за большой группой участников. Оценив полученные данные, исследователи пришли к выводу, что среди пациентов, описанных в работах первого типа, риск развития рака у мужчин, в детстве страдавших крипторхизмом, был в два с половиной раза выше, чем в контрольной группе. Для когортных исследований показатели риска в двух группах отличались почти в четыре раза. В 2010 году датские ученые выяснили, что одновременное использование двух нестероидных противовоспалительных препаратов во время беременности повышает риск рождения ребенка с крипторхизмом в семь раз по сравнению с женщинами, не принимавшими этих лекарств.

№ 1 || 1 ИЮЛЯ 2013 г.

Комплексная терапия мужского бесплодия

Бесплодие — очень актуальный вопрос. Прогнозы Всемирной организации здравоохранения неутешительные, ожидается, что бесплодие займет третье место после опухолей и сердечно-сосудистых заболеваний.

А.А. ДУДАРЕВА,
врач-уролог, сотрудник организационно-методического отдела по урологии Департамента здравоохранения города Москвы, к.м.н.
Д.А. ОХОБОТОВ,
доцент кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, к.м.н.

Установление причины возникновения бесплодия представляет сложную задачу и кроме клинического обследования требует применения широкого спектра лабораторных методов диагностики.

При варикоцеле у 30–40% пациентов диагностируется нарушение фертильности спермы. Идиопатические формы бесплодия встречаются в 40–50% случаев. В настоящее время большое значение в развитии бесплодия придается вредному воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды. У 5–12% пациентов, посещающих клиники по лечению бесплодия, имеются в анамнезе воспалительные урогенитальные заболевания. Воспалительные заболевания предстательной железы сопровождаются иммунологическими изменениями, увеличением свободных радикалов и цитокинов в секрете, обладающих повреждающим действием на сперматозоиды. Хронический простатит приводит к снижению подвижности сперматозоидов, концентрации и количества морфологически нормальных форм сперматозоидов. Сперматозоидам необходимо провести 72 дня в яичках и 12 дней в придатках, чтобы достигнуть уровня зрелости, поэтому при лечении патоспермии оптимальным считается курс продолжительностью 3 месяца. Консервативное лечение бесплодия комплексное и может включать назначение антиоксидантов, витаминов, микроэлементов, ферментов, гепатопротекторов и многих других лекарственных средств. Таким образом, мужчина, который желает улучшить качество спермы, принимает сразу несколько лекарственных средств.

Современный натуральный биокомплекс АндроДоз представляет собой сбалансированную комбинацию 9 действующих веществ, все из которых необходимы в комплексной терапии бесплодия.

В состав капсулы АндроДоза входят L-аргинин, L-карнитин, коэнзим Q10, карнозин, цинк, витамины Е и А, селен, солодка голая (глицирризиновая кислота), характеризующиеся синергизмом взаимодействия.

Эффективность препарата доказана целым рядом исследований. Г.В. Тер-Аванесов отметил улучшение показателей эякулята в рандомизированном сравнительном исследовании у мужчин с идиопатической патоспермией, принимавших АндроДоз по 2 капсулы 2 раза в день. После 3-месячного курса терапии в контрольных спермограммах выявлено увеличение объема эякулята и концентрации сперматозоидов, количества активных форм категории «а+в» в 2 раза, морфологически нормальных форм в 3 раза.

Назначение курса АндроДоза у пациентов с секреторной формой азооспермии в 2,5 раза увеличило количество жизнеспособных и морфологически нормальных форм, пригодных для ЭКО-ИКСИ, и в 1,6 раза повысило криотолерантность при подготовке доноров для программы ВРТ.

М.К. Алчинбаев и соавт. выявили достоверное увеличение концентрации, количества подвижных и морфологически нормальных форм сперматозоидов у пациентов с хроническим бактериальным простатитом и после варикоцелэктомии, которые получали витаминно-минеральный комплекс АндроДоз, в сравнении с группой контроля. У исследуемых больных было также отмечено увеличение уровня свободного тестостерона в 76% и сывороточного тестостерона в 42% случаев. О.Б. Жуков применял АндроДоз в комплексной терапии патоспермии у больных после рентгенэндоваскулярной склеротерапии тестикулярных вен. Проведенный анализ показал достоверное улучшение показателей эякулята после приема биокомплекса АндроДоз в более короткие сроки, чем в контрольной группе. После курсового лечения в спермограммах отмечено увеличение концентрации сперматозоидов в 2,4 раза, процента подвижных и нормальных форм в 1,6 раза.

Ультразвуковое исследование в режиме энергетического и цветового доплеровского картирования показало снижение коэффициентов эластичности ткани яичка и придатка в среднем в 1,7 раза и уменьшение площади картирования синим цветом в среднем на 24% от исходной через 3 месяца после операции у пациентов исследуемой группы по сравнению с контрольной.

Полученные данные позволяют предположить, что АндроДоз опосредованно влияет на уровень андрогенов у мужчин за счет донатора NO L-аргинина, который также способствует улучшению микроциркуляции в ткани яичка и придатка. Другой компонент препарата L-карнитин оказывает антиоксидантное действие и регулирует энергетический метаболизм в придатке и яичке, способствует созреванию сперматозоидов и купирует воспалительный процесс в половых органах.

Современный натуральный биокомплекс АндроДоз может значительно повысить фертильность эякулята при патоспермии различной этиологии и способствовать возникновению естественной беременности.

на правах рекламы

Европейский и американский урологические конгрессы 2013 – похожие и совершенно разные

15–19 марта в Милане и 4–8 мая 2013 года в Сан-Диего состоялись два крупнейших ежегодных урологических конгресса. Американская урологическая ассоциация (AUA) провела уже 108-й конгресс, а Европейская урологическая ассоциация (EAU) – 28-ю встречу. Оба конгресса являются важнейшими образовательными и научными урологическими событиями, на которых обсуждаются как общепринятые, так и спорные вопросы урологии, представляются новейшие научные и практические достижения.

А.З. ВИНАРОВ,
д.м.н., профессор кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Конгресс Американской урологической ассоциации крупнее – в нем в этом году приняли участие 17 000 делегатов, конгресс Европейской урологической ассоциации более камерный – «всего-то» 10 000 человек. AUA за последние годы приняла решение исключить из расписания конгресса семинары, проводимые фирмами-спонсорами: мол, так выглядит независимее. На самом деле эти семинары проводятся, но либо вне заседаний конгресса, либо в «пространстве выставки» параллельно с научными заседаниями. На EAU несколько семинаров фирм-спонсоров происходит параллельно в конце рабочего дня.

Основная задача конгрессов AUA и EAU – образование урологов. На это направлены и пленарные заседания, и заседания секций, и многочисленные образовательные курсы, и курсы овладения практическими навыками. На обоих конгрессах за последние годы значительно уменьшилось количество подиумных сессий (с устными выступлениями) и увеличилось число постерных (стендовых) докладов. Это позволяет значительно увеличить количество представляемых научных докладов, дать возможность выступить молодым урологам. На конгрессах проводятся многочисленные образовательные курсы, которые хотя и являются платными, привлекают урологов всего мира. Они начинаются рано утром в 07:00 и продолжаются ведущими специалистами в данной области на протяжении всего дня. Учитывая большую популярность среди урологов, на большинство из них надо записываться заранее задолго до начала конгресса. На AUA образовательных курсов значительно больше – 111, на европейском конгрессе за последние годы их количество возросло до 40.

Научная программа конгрессов EAU и AUA во многом схожи, хотя имеются и особенности. Но общие тенденции мировой урологической науки одинаковы. На что они направлены? Какие это тенденции? Я постарался написать о глобальных направлениях, а не о частностях.

Во-первых, я бы выделил «персонифицированный» подход к лечению урологических больных. Русская медицина всегда отмечала важность индивидуального подхода к лечению пациентов: «Врач должен лечить не болезнь, а самого больного». Матвей Яковлевич Мудров (1776–1831) сказал: «Не должно лечить болезни по одному только ее имени, не должно лечить и самой болезни, для которой часто мы и названия не находим…, а должно лечить самого больного… Одна и та же болезнь, но у двух различных больных требует весьма разнообразного врачевания». Сейчас эти принципы воплотились в поисках дифференцированного подхода в диагностике, лечении и прогнозировании течения болезни у данного конкретного пациента. Очевидно, что раннее диагностирование заболевания позволяет осуществлять своевременное и эффективное лечение. Применение различных молекулярных, генетических, биохимических биомаркеров с целью ранней диагностики, определения агрессивности заболевания и прогнозирования его развития является важнейшим направлением не только в онкоурологии, но и при нарушениях репродукции, доброкачественной гиперплазии предстательной железы, интерстициальном цистите и многих других урологических страданиях. Исследование биомаркеров с целью определения целесообразности применения того или иного вида таргетных препаратов при метастатическом раке почки и выбора наиболее эффективного позволяет выбрать дорогостоящий препарат максимально точно.

Вторым направлением я бы отметил все большее количество исследований по проблемам регенеративной медицины, тканевой инженерии и клеточных технологий. Ученые во всем мире активно изучают в культурах клеток и тканей, а также в экспериментах на животных возможности применения этих технологий и в лечении стрессового недержания мочи, и в создании тканеворинженерных органов мочеполовой системы, и коррекции нарушений фертильности, и в восстановлении нарушенной эрекции, и других направлениях. Успехи, достигнутые за последние годы, особенно впечатляют и позволили применить полученные знания уже у постели урологических больных, в клинике.

Третьим важнейшим направлением я бы выделил активное применение новейших информационных технологий в диагностике и лечении урологических заболеваний. Это разработка и создание новейших лучевых методов диагностики: мультипараметрическая МРТ, технологии Fusion – объединяющие ультрасонографию и МРТ, гистосканнирование. Возможности объединения образов, полученных при компьютерной томографии и ультрасонографии и их интраоперационное проецирование – AugmentedReality, 3D–технологии, интраоперационное применение различных современных гаджетов (iPad) позволяют значительно повысить эффективность оперативных вмешательств.

Ранее мы знали о номограммах при онкоурологических заболеваниях, теперь же разработаны и применяются компьютерные программы у больных почечнокаменной болезнью, дающие возможность прогнозировать как эффективность того или иного метода лечения, так и вероятность рецидива заболевания и меры по профилактике развития рецидива.

Важнейшее место и на Европейском, и на Американском урологических конгрессах уделяется новым технологиям и инструментам. За последние годы это стремительный прорыв в сторону лапароскопических и эндохирургических операций: однопортовых, минилапароскопических, миниперкутанных, бездренажных, комбинированных. Роботассистированные операции с применением робота da Vinci получают все большее и большее совершенствование при самых различных урологических заболеваниях, требующих оперативного лечения. Для их овладения обучение этим технологиям проводится с применением различных виртуальных тренажеров – симуляторов.

Среди тенденций последних лет – все более активное применение лазерных технологий, пока еще в основном в аденомэктомии и литотрипсии. Но можно быть уверенным, что в ближайшее время лазеры будут все более активно применяться в лечении различных урологических заболеваний. Сочетание эффективной лучевой диагностики, позволяющей выявить минимальный локализованный процесс в пораженном органе, и адресная доставка лазерного воздействия делают все более реальной фокальную терапию урологических заболеваний.

Безусловно, наряду с новыми инструментами создаются и новые лекарственные препараты. Понимание механизмов регуляции внутриклеточных сигнальных путей привело к созданию таргетных препаратов для лечения метастатического рака почки абиратерона ацетата и энзалютамида для лечения рака предстательной железы.

Все чаще урологи предлагают применять комбинированное лечение, позволяющее воздействовать на различные патогенетические звенья патологического процесса: ингибиторы 5α-редуктазы + α1-адреноблокаторы, α-адреноблокаторы + м-холинолитики, ингибиторы 5α-редуктазы и ингибиторы фосфодиэстеразы-5 (иФДЭ-5) – в лечении аденомы предстательной железы; гормональную заместительную терапию тестостероном + иФДЭ-5 – в терапии эректильных нарушений; м-холинолитики + β-адреномиметики – в лечении гиперактивного мочевого пузыря, и другие виды лекарственных комбинаций.

И еще об одном важнейшем событии прошедшего Конгресса.

На Конгрессе Европейской ассоциации урологов 17 марта 2013 года состоялась важнейшая встреча руководства EAU и членов Президиума Российского общества урологов. Эта встреча была инициирована руководством EAU, которое выказало серьезную заинтересованность в развитии и расширении сотрудничества с Российским обществом урологов. После выступлений профессоров Per-Anders Abrahamsson (президента EAU) и Christopher Chapple, отвечающего за международное сотрудничество EAU, которые открыто рассказали о возможностях и заинтересованности EAU в расширении сотрудничества с РОУ, выступили профессора Ю.Г. Аляев, О.Б. Лоран и Д.Ю. Пушкарь. Они рассказали о структуре и организации РОУ, об урологическом образовании – как в России становятся урологами и об урологической науке в РОУ. Взаимный интерес в расширении сотрудничества между EAU и РОУ подытожил профессор П.В. Глыбочко, который подчеркнул важность сотрудничества как для РОУ, так и для EAU. Намечены пути взаимодействия. Было достигнуто обоюдное согласие на проведение в 2015 году совместного Конгресса РОУ с расширенным участием европейских профессоров. Обязанности по осуществлению взаимных контактов со стороны РОУ возложены на профессоров А.З. Винарова и И.А. Корнеева.

Инновационная методика гистосканирования – новые возможности в поиске рака предстательной железы

Дифференциальная диагностика злокачественного поражения предстательной железы с неопухолевыми заболеваниями является сложной и весьма актуальной задачей. Среди методик, применяемых для дифференциальной диагностики заболеваний предстательной железы, каждая имеет свои преимущества и недостатки. Поэтому существует потребность в высокоинформативных технологиях, которые можно применять как в условиях стационара, так и в амбулаторных учреждениях, где сегодня и диагностируется большинство случаев рака предстательной железы. Принципиально новые возможности в диагностике рака предстательной железы может открыть **гистосканирование** – инновационная методика, позволяющая выявить рак на ранних стадиях.

А.В. ЗУБАРЕВ,
заведующий кафедрой лучевой диагностики Федерального Государственного Бюджетного учреждения «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента РФ, профессор

А.А. ФЕДОРОВА,
аспирант кафедры лучевой диагностики Федерального Государственного Бюджетного учреждения «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента РФ, член Европейского конгресса радиологов

Технология гистосканирования была впервые в России апробирована на кафедре лучевой диагностики ФГБУ УНМЦ УД Президента РФ, где было проведено углубленное обследование 150 пациентов с подозрением на рак предстательной железы.

Гистосканирование простаты – это новейшая неинвазивная, основанная на ультразвуке технология, которая позволяет на клеточном уровне при помощи специальных алгоритмов характеристик тканей выявить наличие неопроцесса в ткани предстательной железы. В основе технологии лежит компьютерный анализ отраженных нативных УЗ-сигналов от всего объема ткани предстательной железы.

Система гистосканинга состоит из стандартного ультразвукового сканера (BK – Medical, Profocus 2202) с радиочастотной выходной клеммой и высокоскоростного компьютерного процессора (рисунок). Трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) выполняется при положении пациента лежа на левом боку, сбор однородных данных осуществляется как в сагиттальной, так и поперечной плоскостях с помощью портативного двигателя. Радиочастотный выходной сигнал из сканера затем подается в отдельный центральный процессор. При помощи специальных алгоритмов характеристики ткани анализируются полученные данные. Подозрительные опухолевые очаги отображаются графически на трехмерной модели органа.

Гистосканирование является практически не операторзависимой методикой. Обработку и анализ полученной информации можно проводить без присутствия пациента на отдельном компьютере. Таким образом, технология не требует больших временных затрат, достаточно комфортна для пациента: исследование занимает не более 5 минут, процедура исследования сходна с обычным ТРУЗИ. Метод не несет лучевой нагрузки, обеспечивая возможность многократности повторения исследования.

Наличие или отсутствие опухолевого процесса при гистосканировании устанавливается в пределах небольшого дискретного объема, составляющего 0,5 см^3, при этом точно оценивается объем опухолевых очагов, их пространственная ориентация на трехмерной модели железы и более точное расположение опухоли в железе.

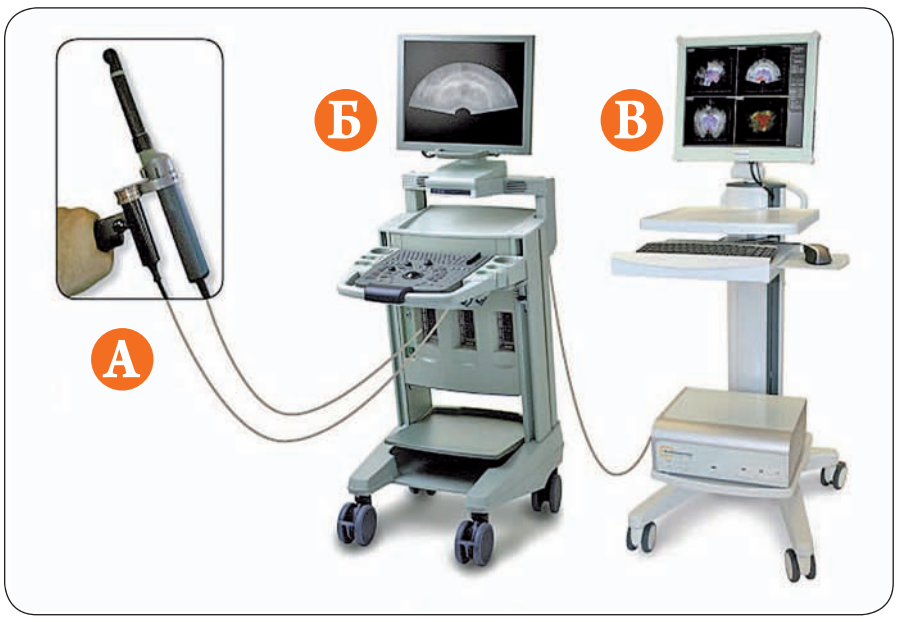

Рисунок. Система построения изображения при помощи технологии гистосканирования: А – эндокавитальный биплановый датчик продольных излучений, ротационная система перемещения датчика; Б – стандартный ультразвуковой сканер с возможностью одновременного проведения прицельной биопсии простаты; В – аппарат гистосканнинга

В результате проведенного исследования было выявлено, что технология гистосканирования может выявить рак на самых ранних стадиях, когда ни данные пальцевого ректального исследования, ни клинико-лабораторные данные не свидетельствуют о наличии подобных изменений. При сопоставлении с данными патоморфологических исследований после проведения радикальной простатэктомии был установлен высокий уровень корреляции между результатами, полученными при гистосканировании, и данными гистологического исследования.

Немаловажно также то, что гистосканирование дает возможность выявить наличие опухолевых клеток в центральной части железы и по ходу простатической части уретры, что представляет большую сложность при использовании стандартных ультразвуковых методик и даже при применении соноэластографии. А получение клеток из данных зон весьма затруднительно при выполнении прицельной биопсии простаты, учитывая близкое анатомическое расположение легко травмируемых структур и отсутствие зон при пунктировании из стандартных точек. Необходимо также отметить, что на данный момент существует возможность выполнения как одновременной биопсии в режиме реального времени, так и отложенной биопсии.

Использование технологии гистосканирования в диагностике рака предстательной железы позволяет повысить информативность при выполнении ультразвукового исследования, повышая точность исследования до 96%, более точно дифференцировать подозрительные на неопроцесс участки, предоставить важную диагностическую информацию о точной локализации опухолевого процесса, особенно зон, сложных для прицельной биопсии. Гистосканинг является многообещающей методикой, способной в ближайшем будущем снизить число необоснованных биопсий и избежать повторных нерезультативных биопсийных вмешательств, а также выработать оптимальную методику дальнейшего лечения и ведения пациента. Применение данной диагностической методики может служить дополнительным критерием при принятии решения о проведении биопсийных вмешательств и радикальных простатэктомий при повышении уровня ПСА.

Технология гистосканирования имеет большие перспективы при использовании в качестве мониторингового метода после проведенного лечения и интервенционных вмешательств на предстательной железе, таких как радиотерапия, гормональная терапия и радиочастотная абляция, а также для оценки результатов лечения и выявления возможных рецидивов.

Любить свою профессию

Известный московский уролог Александр Самуилович Немой, имеющий огромный опыт работы в профессии, недавно отметил свой юбилей. Редколлегия журнала «Московский уролог» решила рассказать об этом уважаемом враче-уологе и его неординарном жизненном пути.

Александр Самуилович родился 27 апреля 1928 года в Москве в семье врачей. Отец – С.М. Немой имел специальность дерматовенеролога, мать, Х.М. Немая – педиатра.

В 1930 году С.М. Немой был направлен на работу в Монголию вместе с женой и 2-летним сыном. Положение в стране было тяжелым, местное население умирало от социальных болезней, свирепствовал сифилис и кишечные заболевания. Молодая семья Немых за время работы спасла немало пациентов. Отец инициировал создание больницы и первого вендиспансера, мать – первых яслей в Монгольской Народной Республике. В 1932 г. С.М Немой трагически погиб на рабочем посту, он не покинул больницу, несмотря на разгар восстания в МНР, и остался со своими пациентами в самом эпицентре военных действий. Свидетели событий сообщали, что врача взяли в плен и зверски убили. После подавления восстания его тело было захоронено на территории созданной им больницы в городе Цэцэрлиге. Правительство МНР высоко оценило заслуги доктора А.С. Немого, больнице присвоено его имя, на могиле возведен памятник, врач посмертно награжден орденом «Красного Знамени».

Мать с сыном вернулись в Москву, Х.М. Немая продолжила врачебную деятельность, была участником Великой Отечественной войны, заслужила звание капитана медицинской службы, награждена орденами «Красной Звезды» СССР и «Полярной звезды» МНР.

По стопам родителей

Александр Самуилович после окончания школы решил пойти по стопам родителей и посвятить свой жизненный путь медицине. В 1946 г. поступил в 1-й Московский ордена Ленина медицинский институт, прошел субординатуру по хирургии. После окончания ВУЗа был направлен на работу в Карасуйский район Ошской области Киргизской ССР, где был первым и единственным хирургом в районе. Несмотря на тяжелые условия жизни и работы, отсутствие электричества он организовал операционный блок и начал успешно производить под местной анестезией и эфирным наркозом, используя керосиновые лампы, экстренные операции (абдоминальные, урологические, гинекологические, травматологические) детям и взрослым, а также родовспомогательные манипуляции роженицам. За три года работы произошло становление молодого хирурга, А.С. Немой проявил себя грамотным и внимательным врачом, пользовался большим уважением у коллег, медицинского персонала и пациентов. В 1995 г. хирург Немой был избран депутатом районного Совета благодаря заслуженному авторитету.

Целеустремленность, настойчивость, постоянное самообразование и желание развития позволили молодому хирургу поступить в клиническую ординатуру Центрального института усовершенствования врачей (сейчас Российская медицинская академия постдипломного образования). Александр Самуилович был направлен на кафедру хирургии, находящейся на базе больницы им. С.П. Боткина, которой руководил Б.С. Розанов. Для того чтобы научиться выполнять большие операции, врач-ординатор Немой любую свободную минуту проводил в операционной, дежурил не менее 10 раз в месяц и за первый год ординатуры выполнил две резекции желудка.

«Овладевать и любить урологию»

На втором году обучения после месячного цикла «заболел» урологией и перешел в клиническую ординатуру на кафедру урологии, возглавляемую профессором А.П. Фрумкиным За время обучения Александр Самуилович достиг хороших результатов и по настоянию учителя остался работать в урологическом отделении больницы им. С.П. Боткина. Доктор А.С. Немой считает себя учеником школы А.П. Фрумкина, приоритетным направлением которой является выполнение органосохраняющих операций. До наших дней дошла история о том, как врач-ординатор спросил Анатолия Павловича: «Когда мы научимся делать нефрэктомии, если они производятся так редко?», на что профессор ответил: «Это наше достижение, что мы редко делаем нефрэктомии!». Из школы А.П. Фрумкина вышло немало выдающихся урологов и нефрологов, с которыми Александр Самуилович вместе учился и работал: Д.В. Кан – профессор, руководил кафедрой урологии МГМСУ, Г.П. Кулаков – член-корр. АМН ССР, руководил кафедрой нефрологии, Ю.А. Пытель – член-корр. РАМН, руководил кафедрой урологии ММА, В.Н. Степанов – профессор, руководил кафедрой урологии ЦИУ, А.Л. Шабад – профессор, заведовал отделом НИИ урологии МЗ РФ, М.Е. Мебель – академик, руководитель урологической клиники Шарите в Берлине, и другие. В этот период А.С. Немой, помимо лечебной деятельности, начал заниматься со студентами и получил первый преподавательский опыт.

В 1967 г. Александр Самуилович назначен заведующим урологическим отделением городской больницы № 12 Москвы. Под его руководством был расширен перечень выполняемых оперативных вмешательств на органах мочеполовой системы и значительно выросла хирургическая активность отделения. В это время А.С. Немой был главным урологом Ждановского, а затем Волгоградского района.

В 1973 г. А.С. Немой переведен заведовать отделением в городскую клиническую больницу № 36 Москвы. Ранее урологического отделения в указанном учреждении не было, выделенное помещение находилось в терапевтическом корпусе. Для выполнения оперативных вмешательств приходилось транспортировать пациентов в соседний хирургический корпус. Александр Самуилович одним из первых организовал операционную в отделении, что показало рациональность и экономичность такого подхода. На базе урологического отделения, руководимого А.С. Немым, располагалась также кафедра урологии Московского государственного медико-стоматологического университета (МГМСУ), возглавляемая Д.В. Каном.

В 1980 г. академик Н.А. Лопаткин воплотил в жизнь мечту урологов России и создал Научно-исследовательский институт урологии (НИИ урологии РФ) и клиническую базу – монопрофильный урологический стационар на 300 коек (ГКУБ № 47), поэтому были закрыты ближайшие урологические отделения, в том числе ГКБ № 36. А.С. Немой прошел конкурсный отбор и был переведен в ГКУБ № 47 Департамента здравоохранения Москвы на должность заведующего 5-м урологическим отделением. В отделении лечились пациенты урологического профиля на самом высоком уровне.

Доктор А.С. Немой в течение 30 лет работал урологом в поликлинике Большого театра и Всероссийского театрального общества. Среди его пациентов были деятели культуры и науки, такие как Леонид Утесов, Святослав Рихтер, Ия Савина, Александр Солженицын и другие.

В 1994–1995 г. А.С. Немой проходил стажировку в урологической клинике Тель-Авива урологии Израиля, где получил право работать врачом.

С 1996 г. консультировал в поликлинике НИИ урологии и ООО «Он-клиник».

Александр Самуилович является автором 40 научных публикаций в медицинских журналах, из них 8 работ напечатано в литературных источниках Монгольской Народной Республики.

В 1987 г. вышла в свет монография А.С. Немого по истории медицины «Советские медики в Монгольской Народной Республике», написание которой было инициировано Министром Здравоохранения ССР академиком Б.В. Петровским, написавшего предисловие к книге.

> «...»
>
> ***В этом году А.С. Немому исполнилось 85 лет, стаж его врачебной деятельности перевалил за 60-летний рубеж. Редколлегия журнала «Московский уролог», коллеги, ученики поздравляют Александра Самуиловича с юбилеем, желают ему здоровья, благополучия и продолжения трудовых успехов***

Александр Самуилович Немой за свою многолетнюю деятельность воспитал целый ряд выдающихся врачей, он учил «овладевать и любить урологию», его учениками были: А.А. Камалов. – член-корр. РАМН, заведующий кафедрой урологии и андрологии МГУ им. М.В. Ломоносова, В.Б. Матвеев – профессор, заведующий клиникой урологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, А.С. Акопян – д.м.н., директор Республиканского центра репродукции человека, К.И. Забиров – профессор, ведущий научный сотрудник Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии ДЗМ, М.Л. Гориловский – д.м.н, А.Е. Сорокатый – к.м.н., заведующий урологическим отделением ГКБ № 51, В.А. Ширшов – к.м.н., заведующий урологическим отделением ГКБ № 70 и другие.

В 1998 г. доктор А.С. Немой удостоен почетного звания «Заслуженный врач Российской Федерации».

Несмотря на возраст и пережитую тяжелую болезнь, А.С. Немой по настоящее время является членом Московского общества урологов и Европейского общества урологов, а также работает врачом-урологом-андрологом частного медицинского учреждение ООО «Он-клиник».

В 2013 г. Александр Самуилович Немой награжден дипломом «За многолетнее добросовестное служение специальности» на Второй научно-практической конференции «Фундаментальная и практическая урология», проводимой Департаментом здравоохранения Москвы.

Омник Окас для лечения СНМП/ДГПЖ*

Когда поход
в туалет может стать
ночным кошмаром

RUS/TOC/03.2013/-/PRE100/080

реклама

Омник Окас
тамсулозин

Заряд силы на следующий день

Для специалистов здравоохранения

astellas
Свет, ведущий к жизни

Представительство компании
"Астеллас Фарма Юроп Б.В.", (Нидерланды)
109147, г. Москва, ул. Марксистская, д. 16
Тел.: (495) 737-07-55. Факс: (495) 737-07-57

*Инструкция по медицинскому применению
препарата Омник ОКАС

Регистрационное удостоверение: № ЛС 000849 от 24.02.2011