стр. 3
Н.А. Лопаткин о своих учителях – А.Н. Бакулеве и А.Я. Пытеле. Последнее интервью академика

стр. 7
Состояние урологической службы Магаданской области. Проблемы, которые необходимо решать

стр. 9
Совещание профильной комиссии Министерства здравоохранения: ключевая проблема – вопрос коммуникации

ГАЗЕТА ВЫХОДИТ ПРИ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКЕ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

№ 2
30 СЕНТЯБРЯ 2013 г.

В НОМЕРЕ

HIGH TECH
Современные возможности и перспективы использования клеточных технологий в урологии
стр. 6

ИНТЕРВЬЮ
Использование роботической системы da Vinci: опыт Федерального центра
стр. 10

ПРАВОВОЙ АСПЕКТ
Организация амбулаторной андрологической помощи населению мегаполиса
стр. 14

ДИСКУССИЯ
Варикоцеле и бесплодный брак: есть ли взаимосвязь и всегда ли нужно оперировать? Обсуждение этого непростого вопроса
стр. 16

Урология понесла невосполнимую потерю

Николай Алексеевич Лопаткин будет всегда жить в наших сердцах!

16 сентября 2013 года, на 89-м году, ушел из жизни Николай Алексеевич Лопаткин – выдающийся ученый, всемирно известный российский врач уролог, академик Российской Академии Медицинских Наук, Герой Социалистического Труда, заслуженный деятель науки Российской Федерации, лауреат трех Государственной премии СССР, лауреат премии Совета Министров СССР, доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии и андрологии МГУ им. М.В. Ломоносова.

Николай Алексеевич Лопаткин был основоположником и создателем школы отечественной урологии.

Под его руководством в СССР и России были организованы три института урологии, 35 кафедр урологии и 20 доцентских урологических курсов в медицинских ВУЗах.

Он воспитал плеяду блестящих ученых и руководителей кафедр медицинских ВУЗов, клиник и медицинских центров, его учениками являются ведущие специалисты урологи во всех регионах РФ и странах СНГ.

За заслуги Николай Алексеевич был награжден двумя орденами Ленина, орденом Октябрьской Революции, орденом Трудового Красного Знамени, орденом «За заслуги перед Отечеством», орденом «Дружбы народов», многими медалями и памятными знаками.

До последнего дня Николай Алексеевич Лопаткин активно занимался научно-педагогической и лечебной деятельностью, следуя девизу: «Спешите делать добро!».

В ноябре распахнет свои двери XIII Конгресс Российского общества урологов

В этом году работа Конгресса как всегда порадует своих посетителей насыщенным планом мероприятий. В научной программе, рассчитанной на 3 рабочих дня (6 - 8 ноября), предусмотрено большое количество интерактивных секций, круглых столов с разбором клинических случаев, видеосессий, запланированы короткие доклады постерной сессии.

В программе будут подробно представлены современные методы диагностики и лечения урологических заболеваний, определены показания и противопоказания к их применению, проведена интерпретация каждого метода на основании представленных клинических случаев.

По сложившейся традиции платиновым спонсором Конгресса выступит компания Астеллас. По мнению специалистов, Астеллас сегодня – признанный лидер в области урологических препаратов на мировом рынке. Во второй день работы форума – 7 ноября с 17.00 до 19.00 под эгидой компании Астеллас пройдут 2 сателлитных симпозиума. Специалисты смогут стать участниками обсуждения проблематики симптомов нижних мочевых путей (СНМП) как у мужчин, так и у женщин. Цель симпозиума – обратить внимание практикующих урологов на пациентов с СНМП, у которых выражены симптомы наполнения мочевого пузыря. Ведущие специалисты в этой области остановятся на вопросах правильного обследования таких пациентов в условиях поликлиники, наглядно продемострируют особенности сбора анамнеза и ведения беседы, поделятся информацией о современных методах терапии, в том числе с помощью препаратов компании Астеллас.

Проблема лекарственной терапии гиперактивного мочевого пузыря остается достаточно актуальной как у нас в стране, так и зарубежом. В марте этого года в рамках Конгресса европейской ассоциации урологов был представлен новый препарат компании Астеллас для лечения ГМП – Бетмига (мирабегрон). Также речь пойдет и о зарегистрированном в Европе препарате Везомни для лечения СНМП у мужчин с выраженными симптомами наполнения.

В рамках второго симпозиума внимание урологов будет приковано к вопросам терапии инфекций мочеполового тракта, на обсуждение вынесут такие известные бренды, как Юнидокс Солютаб, Вильпрафен, Супракс Солютаб и Уро-Ваксом. Участники симпозиума будут полностью осведомлены, как с помощью линейки антибактериальных препаратов Астеллас можно справиться со всеми основными инфекциями, которые встречаются в практике амбулаторного уролога, начиная от лечения ИППП и хронических простатитов, заканчивая терапией инфекций нижних мочевыводящих путей.

на правах рекламы

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, кафедра урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, 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)
E-mail: polaykova@bionika-media.ru

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

Размещение рекламы:
Директор по рекламе – Дина КОРЕПАНОВА
Руководитель департамента по рекламе в медицинской прессе – Ольга КРЕКШИНА
Менеджеры по работе с клиентами:
Наталья ДИВЛЕКЕЕВА,
Анна ДОНСКИХ
Олег ФЕДОРОВИЧ
Телефон: (495) 786–25–57 (доб.131)
E-mail: 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
Телефон: (495) 332–02–63
E-mail: 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 сентября 2013 г. в 10:00

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

1–3 июля 2013 г. в Санкт-Петербурге прошел IX Конгресс «Мужское здоровье»

Б.К. Комяков, В.Е. Жолобов, А.А. Камалов, О.А. Казанская, Г.А. Софронов, О.Б. Лоран

Д.А. ОХОБОТОВ,
старший преподаватель кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, к.м.н., ученый секретарь РОО «Мужское здоровье»

Несмотря на то, что в настоящее время существует множество мероприятий андрологической направленности, конгрессы Российской общественной организации «Мужское здоровье» всегда выгодно выделяются: проводятся на высоком уровне и во многом определяют развитие андрологической науки в нашей стране.

Движение «Мужское здоровье» начинает свою историю с 2003 г. Профессор А.А. Камалов предложил создать программу «Мужское здоровье», построенную по междисциплинарному принципу и ориентированную на охрану здоровья мужской половины населения. Вскоре движение получило государственное признание. В 2006 г. группа врачей, активно принимающих участие в работе организации, получила государственную премию «Призвание» за создание нового направления в медицине.

Регулярное проведение конгрессов является лишь малой толикой огромной работы, которую ведет общество на протяжении 10 лет. Ежегодно проходят десятки мероприятий просветительской направленности: публичные лекции, выездные консультации, открытые форумы и конференции. Работа общества нашла отклик в общественно-политической среде и была поддержана руководителями регионов: Э.Э. осселем, К.А. Титовым, В.К. Бочкаревым и др. На сегодняшний день открыто более 15 медицинских центров «Мужское здоровье» по всей стране, где ведут прием врачи различных медицинских специальностей (урологи, эндокринологи, терапевты и т. д.). Более подробно о миссии общества, истории его становления и работе можно узнать на сайте РОО «Мужское здоровье» www.rusmh.org.

Прошедший в Санкт-Петербурге IX Конгресс стал, в своем роде, юбилейным. Были подведены итоги активной десятилетней работы общества. На его открытии с приветственным словом и поздравлениями выступила вице-губернатор Санкт-Петербурга О.А. Казанская. В своей речи она подчеркнула, что понятие «мужское здоровье» является медико-социальной и междисциплинарной проблемой, выразила надежду, что Конгресс выработает практические рекомендации для российского здравоохранения, укрепит научные и общечеловеческие связи. Также с приветственными словами выступили первый заместитель председателя Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга В.Е. Жолобов, председатель Северо-Западного отделения Российской академии медицинских наук, председатель Российской общественной организации «Врачи Санкт-Петербурга» академик РАМН Г.А. Софронов, Главный уролог Комитета здравоохранения администрации Санкт-Петербурга, заведующий кафедрой урологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова профессор Б.К. Комяков и многие другие.

Президент РОО «Мужское здоровье» профессор А.А. Камалов в своем докладе подвел итоги 10-летней работы и наметил перспективы развития. Армаис Альбертович отметил необходимость государственной поддержки программы «Мужское здоровье» и целевого финансирования других научных программ, в том числе фундаментальных, осветил вехи организации программы «Мужское здоровье» в регионах, продемонстрировал яркие примеры международного сотрудничества Общества и поставил высокую цель выведения программы на государственный уровень.

В рамках научной части Конгресса обсуждались актуальные вопросы мужского здоровья в формате междисциплинарного подхода, были проведены многочисленные мастер-классы с он-лайн демонстрацией из операционных, показаны возможности современных оперативных методов лечения.

Образовательные сессии, посвященные диагностике и лечению заболеваний органов мочеполовой системы, выбору оперативного лечения, воспалительным заболеваниям и другим проблемам, проходили параллельно с сателлитными симпозиумами. В рамках научной программы были проведены мастер-классы с участием ведущих специалистов мирового уровня, таких как Майкл Марбергер, Удо Йонас, Роберт Рабенальт. Участники Конгресса получили возможность ознакомиться с последними данными зарубежных исследований, а вопросы практикующих специалистов к признанным экспертам мирового уровня часто перерастали в конструктивные дискуссии.

Делегаты и гости не только приняли участие в содержательной научной программе, но и насладились красотами Санкт-Петербурга. Празднование десятилетнего юбилея прошло в дворцово-парковом ансамбле Петергофа. Вечер начался с торжественной части, в ходе которой были награждены почетными дипломами врачи, принимавшие активное участие в жизни Общества. Были отмечены наградами и фармацевтические компании – производители медицинского оборудования и техники, постоянные партнеры, продуктивно взаимодействующие с Обществом на всем протяжении его работы.

IX Конгресс прошел успешно, его программа выполнена полностью. В результате работы была принята резолюция, содержащая главные направления дальнейшего развития Общества – организацию образовательных циклов для медицинских специалистов, укрепление первичного звена здравоохранения, развитие центров профилактической медицины, международное сотрудничество.

Вспоминая учителей

17 июля 2013 г. Николай Алексеевич Лопаткин дал последнее интервью в своей жизни корреспонденту нашей газеты Евгению Золотухину. Говорил он о своих учителях. Повстречать достойного наставника – большие счастье и удача в жизни. Лишь работая с лучшим из лучших, можно быстро перенять «главные» знания и под руководством Учителя идти вперед, открывая новые горизонты и ломая существующие стереотипы. Н.А. Лопаткину в этом смысле особенно повезло – его наставниками в медицине были сразу два выдающихся специалиста.

На стене кабинета Н.А. Лопаткина, среди многочисленных сертификатов и дипломов международных медицинских обществ, заметна рамка с двумя черно-белыми фотографиями. На них запечатлены люди, чьи имена уже навеки вписаны золотыми буквами в историю отечественной медицины. «Это и есть мои учителя», – с гордостью и некоторым трепетом произносит Лопаткин. Бакулев и Пытель – две грандиозные, но так не похожие друг на друга личности, изменившие не только российскую, но и во многом мировую медицину. Но как часто информация о них ограничивается сухими биографическими сводками. Именно поэтому мы решили поговорить о профессиональном пути нашего именитого собеседника в разрезе совместной работы и взаимоотношений с его наставниками и прежде всего Антоном Яковлевичем Пытелем.

А.Я. Пытель

Курс на модернизацию

Главным учителем для Н.А. Лопаткина стал отец, также хирург А.Е. Лопаткин. По его стопам юный Николай пошел в медицину и успешно окончил 2-й Московский медицинский институт в 1947 г. Сразу по завершении обучения судьба свела Н.А. Лопаткина с А.Н. Бакулевым, под руководством которого и начался его путь успешного хирурга. Врач-ординатор Лопаткин около 5 лет работал на кафедре факультетской хирургии. За это время молодой специалист многократно ассистировал А.Н. Бакулеву на операциях, давал наркоз.

На период «ординаторства» Н.А. Лопаткина пришелся момент, когда Бакулев принял решение поднять отечественную урологию на новый уровень и пригласил для этого подающего большие надежды специалиста из Сталининграда Антона Яковлевича Пытеля, одного из бывших учеников А.В. Вишневского. На тот момент Пытель уже зарекомендовал себя как талантливый хирург, который, помимо прочего, активно занимался проблемами урологии. «Для чего ему был нужен Антон Яковлевич? – рассуждает Николай Алексеевич. – Для этого необходимо вспомнить, какой урология была на тот момент. Тогда ни одна манипуляция не проходила без тех или иных осложнений. Та урология без преувеличения наводила на меня ужас – методы лечения действительно казались варварскими». Когда Пытель приехал в Москву, Бакулев подготовил ему место доцента на кафедре хирургии 2-го мединститута, обозначив основную задачу по «модернизации» урологии. Немного позже он возглавил урологическую клинику на базе ГБ № 1.

«Ссылка» к Пытелю

Первым делом А.Я. Пытель начинает решать кадровую проблему. «В то время современных медицинских кадров в урологии просто не было», – вспоминает Лопаткин. И Пытель активно ищет их среди молодых ординаторов и студентов последних курсов, желающих стать урологами. Антон Яковлевич активно и регулярно проводит занятия и отбор тех, кто, по его мнению, «расположен» к профессиональной практике уролога. В то время, по признанию Лопаткина, он ужасно боялся привлечения в «группу Пытеля». Тогда он занимался в основном легочной и сердечно-сосудистой хирургией, и эта работа ему по-настоящему нравилась.

Новое призвание

«Я долго «отходил», – рассказывает Николай Алексеевич. Из-за эмоциональной подавленности знакомство с новым руководителем прошло холодно, без лишних эмоций. Но Пытель отнесся к этому с пониманием и разрешил Лопаткину оперировать больных хирургического профиля – с холецестоктомиями, язвами желудка и др. Тем не менее, время шло, и нужно было принимать решение о выборе специальности.

Но урология стала быстро увлекать Николая Алексеевича, не меньше, чем когда-то его любимые направления в хирургии. С одной стороны, этому способствовало огромное число актуальнейших задач урологии, требующих скорейшего решения, с другой – редкая способность Пытеля разжигать в людях интерес, и особенно – к своей профессиональной деятельности. И совместная работа закипела – вместе они стремительно расширяли границы теоретических и практических знаний о физиологии и патологии органов мочеполовой системы.

Говоря о роли своего учителя в становлении современной урологии, Н.А. Лопаткин отмечает прежде всего системность его подхода, за счет чего наука была поставлена «на другие ноги». Важными новациями он считает развитие при Пытеле не только практической, но и теоретической урологии, а также «закладку» основ функциональной урологии. Об отдельных достижениях Пытеля и его учеников можно говорить и писать очень много, и даже Николаю Алексеевичу достаточно трудно выделить самое значимое. Ведь на тот момент им очень часто приходилось выступать в роли первооткрывателей, и все, чем они занимались, почти всегда было ново. Их пути никогда не расходились – они работали вместе до самой смерти Антона Яковлевича.

Уникальная личность

«С моей точки зрения Антон Яковлевич – уникальная личность. Он был чрезвычайно добрым, умным, но при этом скромным и воспитанным человеком», – рассказывает Н.А. Лопаткин. В нем смогли ужиться совершенно противоречивые качества и черты характера. Он жил достаточно замкнуто, и мало кто из друзей сумел шагнуть за порог его квартиры. В то же время он был любитель поговорить, особенно с пациентами, был не против участий в застольях и торжествах. Интеллигентность переплетались в нем с великолепной эрудицией, что делало его интересным собеседником. Любовь Пытеля к медицине могла превзойти только его любовь к семье: Антон Яковлевич очень любил жену и сына и всегда очень переживал за его судьбу.

Взаимоотношения Пытеля и Лопаткина носили прежде всего профессиональный характер. «Именно Антон Яковлевич направил меня по пути научно-исследовательской деятельности, – уверен Николай Алексеевич, – и сделал все, чтобы я написал докторскую диссертацию». Особенно Николай Алексеевич отмечает атмосферу взаимного уважения, царившую при их совместной работе. При этом Пытель, по словам Лопаткина, всегда прислушивался к его мнению, которое, к слову, он всегда умел отстаивать. А.Я. Пытель, несмотря на большой авторитет в медицинских кругах, активной общественной деятельностью не занимался, в этом был более активен основатель другой школы урологов – А.П. Фрумкин. Основной страстью и «миссией» Пытеля была прежде всего наука. Создание научно-исследовательского института урологии всесоюзного масштаба стало мечтой Антона Яковлевича, к которой он уверенно шел многие годы. Однако, несмотря на определенное влияние Пытеля в Политбюро и Минздраве, воплотить эту идею в жизнь ему не удалось. Зато удалось его лучшему ученику, но, к сожалению, уже после смерти наставника.

Кафедра урологии и урологическое отделение Первой городской больницы. А.Я. Пытель (1 ряд, 5 слева), Н.А. Лопаткин (1 ряд, 4 слева)

Важным фактом в деятельности Пытеля было коллегиальное отношение с практическими урологами урологического отделения Первой городской больницы. Только такие отношения создавали здоровую атмосферу для практической и научной деятельности. А.Я. Пытель всячески этому содействовал и старался каждого практического уролога привлечь к научной деятельности. Многие из них стали кандидатами медицинских наук, профессорами, крупными организаторами здравоохранения. Только контакт науки и практики движет специальность к дальнейшему совершенствованию.

Мужчина — заложник цивилизации

За прошедшее столетие человечество свершило научно-техническую революцию — человек оторвался от Земли, проник в космос и самые глубины океана, научился манипулировать атомами, строить мега-города, но, к сожалению, многие достижения цивилизации имеют вредное воздействие на здоровье людей. Современный образ жизни накладывает свой отпечаток не только на физиологический, но и психоэмоциональный статус жителей в крупных городах.

Л.А. ХОДЫРЕВА,
д.м.н., доцент кафедры, руководитель организационно-методического отдела по урологии Департамента здравоохранения города Москвы
А.А. ДУДАРЕВА,
к.м.н., врач-уролог, сотрудник организационно-методического отдела по урологии Департамента здравоохранения города Москвы

Портрет современного мужчины — это чаще всего человек, окруженный постоянными стрессовыми ситуациями, настороженный, замкнутый, озабоченный постоянной необходимостью заработка. Достигнув среднего возраста, большая часть представителей сильного пола движутся по одному маршруту: диван — сиденье в машине — кресло в кабинете — опять машина и диван.

Результатом развития цивилизации также стало некачественное и нерациональное питание, переход на преимущественно белково-углеводную диету, применение ГМО и так далее. По определению экспертов ВОЗ, развитие в организме человека витаминно-минерального дефицита, связанного с некачественным питанием, станет катастрофой XXI века.

Биологически активные пищевые добавки (БАД) к пище, наряду со специализированными продуктами питания, являются наиболее эффективным способом устранения дефицита витаминов, микроэлементов при условии содержания биологических веществ в дозах, соответствующих физиологическим потребностям человека. В конце XX — начале XXI в. БАДы к пище завоевали огромную популярность во всех странах мира. В США ежедневно принимают БАД к пище около 70% населения. В нашей стране эта цифра пока очень низкая и не превышает 2–3%, однако она постепенно растет.

Философия БАДов — это древнетибетская и древнекитайская медицина. Еще Гиппократ говорил: «Ваша пища — ваше лекарство». Биологически активные добавки как новый вид продуктов, которые по виду таблетки, а по содержанию пищевые вещества, возник в Америке. Американские ученые впервые заметили, что наблюдается острый дефицит микроэлементов и витаминов в пище. В конце 70-х годов был сделан социальный заказ науке США создать такой продукт, который позволял бы питаться как прежде и при этом получать все необходимые вещества.

Биологически активные добавки делятся на 3 группы: первая — нутрицевтики, которые содержат пищевые вещества (витамины, минералы, жирные кислоты, олигосахара, аминокислоты); вторая — парафармацевтики, представляющие собой вещества чаще всего растительного происхождения, имеющие фармакологическое действие, пограничные между лекарствами и пищевыми веществами; и третья — эубиотики или пробиотики, состоящие из микроорганизмов, которые локализуются в кишечнике и необходимы для нормальной жизнедеятельности.

Основная задача биологически активных добавок — это дополнение рациона недостающими веществами, дефицит которых возник в результате нарушения структуры питания, выведение из организма токсических веществ и поддержание организма на уровне физиологической нормы, то есть повышение адаптационных возможностей и сопротивление неблагоприятным факторам внешней среды.

В Российской Федерации требования к БАД к пище четко прописаны в законодательном акте РФ «Гигиенические требования к организации производства и оборота биологически активных добавок (БАД). Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.3.2.1290–03».

Количество различных наименований БАД, которые представлены на нашем рынке, составляет более 4000, причем примерно половина из них произведены в России.

Л.А. ХОДЫРЕВА

Одним из российских фармацевтических холдингов является компания STADA AG, объединяющая ведущие компании отечественного фармацевтического рынка — НИЖФАРМ и Hemofarm. STADA работает на российском рынке с 2001 года. Холдинг STADA CIS образован в 2008 году, занимает второе место по объемам производства лекарственных средств в России и в рейтинге «Наиболее влиятельные локальные фармацевтические производственные компании» в России, выпускает эффективные многокомпонентные биологические активные добавки в соответствие с международными стандартами GMP.

Одни из последних вышли на российский рынок БАДы «ПростаДоз» и «НейроДоз», производимые компанией STADA, которые показали высокую эффективность в терапии, направленной на нормализацию и улучшение функционального состояния органов и систем мужского организма.

Эффективность и безопасность применения многокомпонентных биокомплексов «ПростаДоз» и «НейроДоз» у пациентов с хроническим простатитом и ускоренным семяизвержением оценивалась в плацебо-контролируемых и мультицентровых сравнительных нерандомизированных клинических исследованиях. В исследовании принимали участие клинические урологические центры Москвы, Санкт-Петербурга, Казани, Омска, Новосибирска, Краснодара, Ростова-на -Дону, Екатеринбурга.

«ПростаДоз» является многокомпонентным биологически активным комплексом из шести компонентов: экстракта плодов карликовой пальмы, индол-3-карбинола, экстракта зеленого чая теавиго, цинка, селена, витамина Е, которые благодаря своим фармакологическим свойствами могут защитить мужчин от пагубного действия цивилизации.

Растительные экстракты, входящие в его состав, обладают противовоспалительным эффектом и оказывают многостороннее антипролиферативное действие на предстательную железу: экстракт плодов карликовой пальмы блокирует фермент 5-альфа-редуктазу, экстракт зеленого чая теавиго — ароматазу, а индол-3-карбинол индуцирует апоптоз и блокирует клеточный цикл опухолевых клеток.

Экстракт зеленого чая теавиго и индол-3-карбинол считаются мощнейшими антиоксидантами, последний является также сильным гепатопротектором, обладает противовирусным действием.

Рядом исследований доказано, что совместный прием эпигаллокатехина галлата, содержащегося в экстракте зеленого чая теавиго, и индол-3-карбинола значительно снижали частоту повторного выявления HPIN в биоптатах ткани предстательной железы.

Компоненты БАДа «ПростаДоз» цинк и селен в большом количестве содержатся в секрете предстательной железы и входят в состав более 200 гормонов и ферментов организма, регулируя работу всех органов и систем.

Цинк по праву считается самым «мужским» микроэлементом. Секрет предстательной железы обладает антимикробным действием, препятствующим проникновению инфекции и развитию воспалительного процесса в мочеполовых органах, благодаря содержанию в нем свободного цинка, который образует цинк-пептидный комплекс, играющий роль простатического антибактериального фактора. Было показано, что при проникновении бактерий в предстательную железу первичным дефектом ее становится неспособность накапливать цинк. Цинк также важен для процессов полового созревания, сперматогенеза, кроветворения, поддержания иммунитета.

Селен называют «биокорректором высшего ранга», при его участии образуется 80% энергии АТФ у человека. Селен играет важную роль в процессе цинкового каскада, участвует в биосинтезе тестостерона и нормализует активность гормонов щитовидной железы. Селен запускает процесс антиоксидантной защиты организма, участвует в синтезе кофермента Q-10, является основным компонентом фермента пероксидазы глютатиона, который защищает организм от вредных веществ,

«...»

По определению экспертов ВОЗ, развитие в организме человека витаминно-минерального дефицита, связанного с некачественным питанием, станет катастрофой XXI века

образующихся при распаде токсинов, и от пагубного воздействия загрязнений окружающей среды и вредных привычек, таких как курение и употребление алкогольных напитков. Благодаря селену из организма усиленно выводятся соли тяжелых металлов, такие как кадмий, ртуть, свинец, мышьяк. Дефицит селена ведет к старению организма, потери фертильности, снижению функции печени, повышает риск развития «болезней цивилизации», таких как метаболический синдром и сердечно-сосудистые заболевания.

Витамин Е является мощным естественным антиоксидантом, защищает клетки предстательной железы от повреждения свободными радикалами, благотворно влияет на кровообращение, предотвращает образование тромбов и способствует их рассасыванию, препятствует отложению бляшек. α-токоферол необходим для синтеза интерлейкина-2, который индуцирует повреждение бактерий, вирусов и опухолевых клеток в организме человека и в предстательной железе.

Существует содружество витамина Е и селена, они оба обладают антиоксидантными свойствами, однако действуют независимо, заменяя друг друга в биологических процессах при дефиците одного из них.

Цинк способствует всасыванию витамина Е и поддержанию нормальной концентрации его в крови. Цинк и селен играют немаловажную роль в переработке организмом алкоголя, поэтому их недостаток может повышать предрасположенность к алкоголизму (особенно у детей и подростков).

Территория России относится к селенодефицитной, особенно северные регионы.

Результаты клинических исследований у мужчин с обострением хронического простатита и хроническим абактериальным простатитом показали клиническую эффективность «ПростаДоза» в комплексной терапии у 92 и 94,5 % пациентов, получавших БАД по 2 капсулы 2 раза в сутки в течение 1 и 3 месяцев соответственно.

У мужчин с обострением хронического простатита, принимавших «ПростаДоз», в сравнении с контрольной группой выявлены достоверно значимые различия в снижении общего количества баллов в доменах «Боль и дискомфорт», «Мочеиспускание» и «Качество жизни» анкеты NIH-CPSI, уменьшении болевой симптоматики при пальцевом ректальном исследований по шкале Ts-VAS, нормализации акта мочеиспускания и улучшении качества жизни как в течение курса терапии, так и при последующем наблюдении. При микроскопическом исследовании секрета предстательной железы отмечено статистически достоверное снижение количества лейкоцитов и макрофагов.

Таким образом, многокомпонентный комплекс «ПростаДоз» представляет собой оригинальную комбинацию растительных экстрактов, микроэлементов и витамина Е, оказывающих благоприятное действие на предстательную железу и мужской организм в целом. БАД «ПростаДоз» можно рекомендовать в комбинированной терапии хронического простатита любой этиологии, сочетая при необходимости с приемом антибактериальных препаратов, с целью не только поддержать функцию предстательной железы на физиологическом уровне, но и защитить организм мужчины от негативного влияния цивилизации.

Новый продукт компании STADA БАД «НейроДоз» разрабатывался непосредственно для решения проблемы преждевременной эякуляции.

Снижение стрессоустойчивости, характерное для жителей больших городов, нередко приводит к депрессиям и неврозам, особенно в сопровождении астеновегетативных состояний, и может сопровождаться преждевременным семяизвержением. Преждевременная эякуляция является не только медицинской, но и социальной проблемой, так как вызывает у мужчин снижение самооценки, снижение качества жизни, оказывает неблагоприятное воздействие на сексуальные взаимоотношения, нередко ведет к распаду семьи.

Различают психологические и органические причины возникновения преждевременной эякуляции. Беспокойство и волнение играют важную роль при любой форме заболевания. Пациенты с преждевременным семяизвержением часто признают, что отмечают у себя повышенную тревожность и беспокойство.

Процесс эякуляции регулируется центральной и периферической нервными системами, основными медиаторами считаются серотонин — гормон счастья и дофамин — гормон удовольствия. Активация серотонинэргической и дофаминэргической систем обеспечивают процесс эякуляции.

Для лечения преждевременной эякуляции назначают местную терапию местноанестезирующими средствами, антидепрессанты, ингибиторы фосфодиэстеразы 5-типа, интракавернозные инъекции вазоактивных препаратов в сочетании с психотерапией и секс-терапией. Эффективность консервативных методов лечения, по данным различных авторов, колеблется в диапазоне от 40 до 80 %.

Основная группа препаратов, применяемых для лечения пациентов,— это антидепрессанты, относящиеся к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина (СИОЗС). Эффективность СИОЗС невысока — от 25 до 53 %, и частота развития побочных эффектов превышает положительный клинический ответ на терапию. Одними из частых негативных эффектов СИОЗС являются различные виды сексуальной дисфункции, такие как аноргазмия, эректильная дисфункция и снижение либидо, которые отмечают 25–73 % пациентов, и нередко это становится причиной отказа от приема препаратов.

БАД «НейроДоз» содержит в своем составе аминокислоты 5-гидрокситриптофан, фенилаланин, тирозин, L-глютамин, витамин B_6 и магний, обладающие антидепрессивным и антистрессорным действием и оказывающие влияние на процесс наступления эякуляции. В клинических исследованиях многокомпонентный комплекс «НейроДоз» продемонстрировал положительные результаты лечения преждевременной эякуляции у 67,8–90 % пациентов при отсутствии каких-либо побочных эффектов.

Аминокислоты, входящие в состав БАД «НейроДоз», участвуют в процессах синтеза основных нейромедиаторов, регулирующих процесс эякуляции. 5-гидрокситриптофан (5-HTP) является предшественником серотонина, тирозин — дофамина, фенилаланин — строительным материалом дофамина.

5-гидрокситриптофан (5-HTP) — аминокислота, которая позволяет восстановить необходимое количество серотонина в синаптических щелях, что является основным патогенетическим лечением преждевременного семяизвержения и основной точкой приложения СИОЗС. 5-гидрокситриптофан поддерживает передачу нервных импульсов серотонинэргической системы, но при этом не имеет побочных эффектов, в отличие от СИОЗС.

5-гидрокситриптофан, по результатам клинических исследований, применяется как препарат антидепрессивного действия в качестве монотерапии, эффективно уменьшает тревожность, повышенную чувствительность, хроническую усталость.

Тирозин — это аминокислота счастья. Хотя наш организм самостоятельно производит аминокислоту тирозин, очень часто его ресурсов не хватает.

Фенилаланин — незаменимая аминокислота, увеличивающая субпопуляцию эндорфинных рецепторов и выработку эндогенных эндорфинов. Свойство фенилаланина усиливать оргастические ощущения известны с незапамятных времен, продукты, содержащие его, считаются пищевыми афродизиаками. Наличие его в составе «НейроДоза» способствует усилению красочности оргазма у мужчин.

Функциональное состояние мышц, участвующих в процессе эякуляции, может улучшаться за счет L-глютамина, стимулирующего синтез белка в мышцах, витамина B_6 и магния, способных нормализовать нервно-мышечную проводимость и тонус мышц, а также состояние высших отделов нервной системы, вегетативной нервной системы при эмоциональном напряжении, депрессии, неврозе.

Витамин B_6 и магний являются синергистами. Витамин B_6 принято называть «королем обмена аминокислот», он входит в состав многих ферментов, необходим для нормальной работы центральной и периферической нервной системы. Статистика свидетельствует, что 70 % мужчин имеют хронический дефицит витамина B_6. Магний способствует расслаблению мышц и снижает чувствительность рецепторов. Нервная система очень чутко реагирует на содержание магния в организме.

Проведенные клинические исследования показали эффективность терапии БАД «НейроДоз» при различных формах преждевременной эякуляции у 67,8 и 90 % мужчин. Прием многокомпонентного комплекса по 2 капсулы 2 раза в течение 3 месяцев способствовал достоверному увеличению продолжительности фрикционного периода полового акта с 0,9 до 3,5 минуты.

После курсового приема «НейроДоз» в течение 1 месяца отмечено достоверное значимое увеличение среднего времени полового акта с 1,4+1,61 до 3,14+1,55 минуты, усиление яркости оргастических ощущений с 4,15+1,6, до 6,0+1,71 по шкале Ts-VAS, увеличение общего количества баллов анкеты AMS и шкалы МКФ в домене «Психосоматические явления» и «Эякуляторная составляющая», снижение симптомов тревоги по опроснику HADS.

В период наблюдения клинический эффект не только сохранялся, но и улучшился, среднее время сексуального контакта у мужчин составило 4,06+1,74 минуты через 1 месяц после курса.

Таким образом, многокомпонентный биологический активный комплекс «НейроДоз» состоит из аминокислот, витамина B_6 и магния, оказывающих влияние на патогенетические механизмы эякуляции. Клинические исследования показали высокую эффективность его в лечении преждевременного семяизвержения любой этиологии.

Для того чтобы защитить организм современного мужчины от вредного влияния окружающей среды и научно-технического прогресса, а также восполнить недостающие биологически активные вещества, микроэлементы, участвующие в огромном количестве физиологических процессов, необходимо либо килограммами съедать и выпивать различные продукты, либо воспользоваться новейшими разработками отечественной фармакологической промышленности.

«ПростаДоз» и «НейроДоз» — это качественные БАДы, эффективность которых доказана клиническими исследованиями. «ПростаДоз» может рекомендоваться для поддержания нормального функционального состояния мужского организма в целом, а также быстрой реабилитации при воспалительных процессах предстательной железы. «НейроДоз» эффективно восстанавливает достаточную длительность полового акта, усиливает оргастические ощущения, снижает тревожность при преждевременной эякуляции. Употребление мужчинами этих БАДов к пище поможет защитить психоэмоциональный и соматический статус мужчин — заложников цивилизации и ее негативного воздействия.

«...»

Холдинг STADA CIS образован в 2008 году, занимает второе место по объемам производства лекарственных средств в России и в рейтинге «Наиболее влиятельные локальные фармацевтические производственные компании»

на правах рекламы

Современные возможности и перспективы использования клеточных технологий в урологии

Терапия культурами, обогащенными стволовыми и прогениторными клетками, является направлением, которое вследствие своих возможностей и перспектив имеет огромный потенциал роста и динамично развивается во всем мире.

А.А. КАМАЛОВ,
зав. кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М. В. Ломоносова, президент РОО «Мужское здоровье», главный уролог ДЗ г. Москвы, член-корр. РАМН, профессор, д.м.н.
Д.А. ОХОБОТОВ,
старший преподаватель кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М. В. Ломоносова, к.м.н., ученый секретарь РОО «Мужское здоровье»

А.А. КАМАЛОВ

Термин «стволовая клетка» был введен в научный обиход русским гистологом Александром Максимовым (1874–1928). Он постулировал существование стволовой кроветворной клетки. На заседании Общества гематологов в Берлине 1 июня 1909 года он ввел понятие «Stammzelle», подразумевая под этим определением лимфоцит в более широком значении. Он высказал гипотезу о существовании недифференцированных клеток, сохраняющихся в организме пожизненно, которые могут превращаться в лимфоциты и другие специализированные клетки соединительной ткани и крови. Клетки были названы по аналогии со строением дерева, то есть ветками, растущими от одного ствола. В 2009 году президент США Барак Обама подписал государственную федеральную программу по использованию клеточных технологий для лечения заболеваний в различных областях медицины, тем самым «отпраздновав» 100-летие открытия русского профессора.

Несмотря на то что в мировой практике большинство исследований проводилось и проводится за счет грантовых проектов, оборот средств на рынке клеточных технологий в 2011 году уже превышал 18,5 млрд долларов США. Оборот средств на российском рынке, к сожалению, не превышает 2 % этих объемов. Но несмотря на это, на территории Российской Федерации официально зарегистрировано и уже применяется более 40 клеточных технологий. Возможности данной терапии нашли широкое признание в гематологии и онкогематологии, косметологии, комбустиологии, геронтологии и других областях регенеративной медицины во всем мире.

В мае 2013 года в НИЦ Первого МГМУ проводилась лекция профессора Э. Аталы (США), и многие урологи, присутствовавшие на данном мероприятии, могли оценить успехи американской науки, которая развивается на основе финансирования за счет государственных и частных программ.

Успехи российской науки более скромные, так как финансовые обороты несравнимы, но и в Российской Федерации в отдельных научных центрах существуют как лаборатории, так и научные группы, занимающиеся проблемами клеточной медицины, осуществляя небольшой, но очень важный вклад в развитие мировой науки и медицины. К сожалению, центральный контроль за научными разработками в настоящее время отсутствует, и это приводит к дублированию некоторых работ, а следовательно, и неверному распределению и так небольших ресурсов.

Нам можно гордиться выдающимися трудами таких ученых, как В. А. Ткачук, Н. Д. Озернюк, Г. Т. Сухих, А. В. Берсенев, А. С. Брюховецкий и других. В возглавляемых ими научных центрах проводятся исследования в области клеточных технологий мирового уровня. С точки зрения лечения урологических заболеваний наиболее интересны работы по выращиванию искусственной уретры на основе живого эквивалента кожи и клеточных структурных единиц (Суханов Ю. В., 2012, Файзуллин А. К., 2012), работы по экспериментальной терапии инфертильности у мужчин (Божедомов В. А., 2005, Камалов А. А., Охоботов Д. А., 2008), работы по лечению хронической почечной недостаточности и противоишемической защите почки (Плотников Е. Ю., Казаченко А. В., 2009) и др.

Перспективными направлениями для урологии являются изготовление линейных и трубчатых конструкций для реконструктивных операций, использование подкапсульного введения обогащенных клеточных культур при инфертильности у мужчин и почечной недостаточности, эндоскопическое введение в стенку мочевого пузыря при гиперактивном мочевом пузыре и других расстройствах мочеиспускания, парауретеральное и парауретральное введение при рефлюксах мочеточника и стриктурах уретры и др.

В России до сих пор окончательно не сформирована законодательная база о клеточных технологиях и многие аспекты клеточной терапии не разрешены. В настоящее время работы со стволовыми клетками регулируются «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан», Временной инструкцией о порядке исследований в области клеточных технологий и их использовании в учреждениях здравоохранения, разработанной Экспертным советом Минздрава России 18.04.2002 г., законом Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (1992), а также Приказом Минздрава РФ от 25 июля 2003 г. № 325 «О развитии клеточных технологий в Российской Федерации».

Но эти документы не в состоянии решить множество аспектов, возникающих при работе с клеточными технологиями, поэтому в Государственной Думе уже 4 года рассматриваются несколько законопроектов по использованию клеточных технологий в клинической практике, и это также серьезно тормозит развитие клеточной науки в РФ.

Несмотря на то что многие фундаментальные закономерности процессов образования, развития и дифференцировки различных клеток уже хорошо изучены, исследовательская активность в области урологии продолжает оставаться очень высокой. В некоторых областях уроандрологии альтернативных источников лечения просто не существует. Примерами являются терапия отдельных видов инфертильности у мужчин, коррекция последствий действия повреждающих факторов окружающей среды или различных видов излучений и химиотерапии при онкологических заболеваниях, при забрюшинном фиброзе, хронической почечной недостаточности, при совершенствовании методов искусственного оплодотворения, криоконсервации трансплантатов, отдельных разновидностях ГАМП и других заболеваниях.

Таким образом, использование достижений клеточной медицины и биологии сегодня актуально и важно. Это связано не только с познавательным интересом к ряду важнейших проблем, возникших на стыке прикладных и клинических дисциплин, но и диктуется необходимостью решения постоянно расширяющегося круга актуальных практических задач, имеющих большое медико-биологическое и социальное значение. При наличии стабильного и целевого государственного финансирования, а также дополнения законодательной базы, четко регламентирующей все аспекты клеточной терапии, современная медицина получит огромный арсенал технологий, которые могут быть использованы для регенерации органов и тканей, в том числе и лечении урологических заболеваний.

«...»

На территории Российской Федерации официально зарегистрировано более 40 клеточных технологий

Урологическая служба Магаданской области

В.Ф. ТРЕТЬЯКОВ,
заведующий урологическим отделением ГБУЗ Магаданская областная больница, главный внештатный уролог Магаданской области
E-mail: tretyakov.mag@mail.ru

Магаданская область – субъект Российской Федерации, расположена на крайнем северо-востоке страны и относится к районам Крайнего Севера. Площадь области – 461 400 км^2. Для сравнения: площадь, к примеру, Ленинградской области – 84 500 км^2, Ростовской области – 100 967 км^2, Республики Беларусь – 207 560 км^2. Численность населения области по данным Росстата составляет 152 358 человек, из них взрослых – 125 054 человека (2013 г.). Плотность населения – 0,33 чел/км^2. Городское население составляет 95,84 % (2013 г.).В состав области входят 49 муниципальных образований: 1 городской округ, 8 муниципальных районов, 20 городских поселений и 20 сельских поселений. Некоторые населенные пункты расположены в 500–600 км от Магадана. И чтобы добраться до областного центра маршрутным автобусом, приходится тратить 10–14 часов. Из населенных пунктов, например, Северо-Эвенского района в Магадан можно попасть только самолетом. Вот такие особенности края, условия проживания на его территории накладывают отпечаток на формы оказания медицинской помощи, в частности урологической.

В области есть единственное, существующее с 1957 года урологическое отделение на 30 коек, из них 5 коек дневного стационара, в составе ГБУЗ Магаданская областная больница (МОБ). В других ЛПУ урологических коек нет. В своей работе отделение считает приоритетными несколько направлений:

- повышение квалификации сотрудников путем ежемесячного обучения согласно плану, и по мере необходимости – проведения тематических занятий;
- проведение ежемесячного анализа объемных показателей работы отделения, что положительно сказывается на плановости госпитализации больных, выполнении всех объемных показателей работы отделения;
- применение превентивного назначения антибиотиков в сочетании с улучшением техники оперирования врачами, что позволило полностью устранить гнойные послеоперационные осложнения;
- широкое внедрение в работу высокотехнологичных операций с применением эндоскопической техники;
- применение современного шовного материала, позволяющего выполнять сложные пластические операции при гидронефрозах, стриктурах мочеточников, структурах и облитерациях уретры, формировать «мочевые пузыри» из различных отделов кишечника при радикальных цистэктомиях;
- совершенствование радикальных оперативных вмешательств по поводу злокачественных опухолей почек, мочеточников, мочевого пузыря, простаты, уретры, полового члена, яичек, надпочечников.

Основными задачами отделения являются оказание плановой и экстренной медицинской помощи в полном объеме взрослому населению по профилю «Урология», ранняя диагностика, профилактика урологических заболеваний, методическая помощь ЛПУ области, санитарно-просветительная работа. Дети до 14 лет с урологическими заболеваниями лечатся в детском хирургическом отделении МОБ.

В центральных районных больницах врачей-урологов нет. Там врачи-хирурги ведут амбулаторный прием урологических больных и оказывают экстренную урологическую помощь. В Магадане есть три городских поликлиники. В каждой поликлинике имеется по одной ставке врача-уролога. В области всего 4 уролога, два из которых работают в урологическом отделении МОБ, а два – в поликлиниках города. Есть кабинет уролога-андролога в Магаданском областном центре планирования семьи. Укомплектованность урологами в области составляет 55,9 %. Урологические приемы в частных поликлиниках нами, к сожалению, не контролируются.

Хорошо работает система санитарной авиации по оказанию экстренной медицинской помощи больным на месте и транспортировке их в областную больницу. Поэтому в редких случаях урологи МОБ выезжают в ЦРБ к больным. Мы предпочитаем лечить пациентов в условиях достаточно оснащенного урологического стационара, где имеется необходимое оборудование для проведения практически любых вмешательств: дистанционный литотриптор «Lithostar» фирмы Siemens, две эндоскопические стойки фирмы Karl Storz с нефроскопами, уретерореноскопами, цистоскопами, двумя резектоскопами, энергетическая платформа «Force Triad» с хирургическим электрокоагулятором Liga Sure, ультразвуковые ножницы «Ultrasonix», ранорасширители OmniTract, урофлоуметр, большие хирургические наборы инструментов и др. В МОБ функционирует рентгендиагностическое отделение, где есть два рентгенкомпьютерных томографа, один МРТ, несколько аппаратов УЗИ, возможности которых круглосуточно используются для диагностики урологических заболеваний.

В отделении больные получают все стандартные урологические пособия по поводу мочекаменной болезни, доброкачественных опухолей, травм и воспалительных заболеваний мочеполовых органов, стриктур и свищей различных отделов мочевыводящего тракта, болезней наружных половых органов.

Учитывая тот факт, что в Магаданском областном онкологическом диспансере (МООД), который находится на одной территории с МОБ, нет урологических коек, все онкоурологические больные получают хирургическую помощь в урологическом отделении МОБ, а адъювантная терапия (гормоно-, иммуно-, лучевая) проводится в МООД. Выполняются радикальные нефрэктомии, резекции почек по поводу паренхиматозного рака, нефруретерэктомии с резекцией мочевого пузыря по поводу рака лоханки и чашечек, радикальные цистэктомии, в том числе с кишечной ортотопической пластикой мочевого пузыря, ТУР мочевого пузыря, радикальные простатэктомии, орхифуникулэктомии с забрюшинной лимфаденэктомией.

Плановая госпитализация осуществляется через урологический поликлинический прием, экстренная – через приемное отделение ургентными хирургами с привлечением урологов, если имеется необходимость. Необоснованных отказов в госпитализации нет.

За год в стационаре получают лечение более 800 человек, около 7–8 % из них – с онкопатологией. Примерно 5–7 % койко-дней приходится на онкологических пациентов. Среднее пребывание плановых больных в стационаре составляет 9,5 дня, экстренных – 11,3 дня. Плановая оперативная активность – 82 %, экстренная – 18 %. За год проводится более 400 операций. Свыше 50 % оперативных вмешательств выполняются с применением эндоскопических, малоинвазивных методов. 10 лет назад оперативная активность составляла 18 % (150–160 операций в год). Нозологическая структура в стационаре такая же, как и во многих урологических отделениях страны.

Амбулаторную, в том числе консультативную урологическую помощь, получают ежегодно около 7000 человек в консультативной поликлинике МОБ, поликлиниках Магадана, хирургических кабинетах ЦРБ. В это число не входят больные с частных урологических приемов. На консультацию в МОБ обращаются больные с направлением из любого ЛПУ и с максимумом для данного ЛПУ возможных обследований. Амбулаторной диагностикой онкоурологической патологии фактически занимаются урологи, иногда – онкологи МООД с обязательной консультацией урологов МОБ. Методы адъювантного лечения определяются на клинических разборах в МООД с активным участием урологов МОБ. Наблюдение за онкоурологическими больными, получившими радикальное лечение, проводится совместно урологом и онкологом.

Профилактические медицинские осмотры населения области проводятся с привлечением уролога МОБ. В отделении во время призывной кампании дважды в год обследуются призывники.

В Магаданской области медицинских ВУЗов нет. Имеется медицинское училище.

Что касается проблем службы, то они очевидны:

- Значительный дефицит врачебных кадров. Этот фактор существенно влияет на возможность врачей лишний раз выехать в центральные районы страны для участия в работе урологических пленумов, симпозиумов, конгрессов, планировать свой отпуск и выезд на курсы повышения квалификации, и, в конце концов, на качество медицинской помощи.
- Недостаточная оснащенность урологических кабинетов поликлиник города соответствующим лечебно-диагностическим оборудованием, что затрудняет их работу и, естественно, увеличивает нагрузку на урологический кабинет консультативной поликлиники МОБ.
- Нехватка площадей для рационального размещения функциональных подразделений урологического стационара. Сегодня отделение развернуто всё на тех же «просторах» МОБ, что и несколько десятилетий назад, всё с той же небольшой операционной, «заставленной» эндоскопическим оборудованием.

Это небольшая часть проблемных тем, которые необходимо решать совместно с департаментом здравоохранения области, руководством ГБУЗ Магаданская областная больница, руководителями городских поликлиник и центральных районных больниц.

«...»

За год в стационаре получают лечение более 800 человек, около 7–8 % из них – с онкопатологией

Открытая тема

В настоящее время одним из наиболее актуальных вопросов в части оказания медицинской помощи является вопрос обязательности или необязательности соблюдения стандартов медицинской помощи.

В.А. МАЛХАСЯН,
заместитель председателя профильной комиссии Министерства здравоохранения по специальности «урология»

Обеспокоенность врачебного сообщества объясняется тем, что клиническая картина у каждого пациента индивидуальна, что значительно усложняет процесс стандартизации медицинских услуг (которые должны быть оказаны пациенту) в формате медико-экономического стандарта. Известно, что на территории стран Европы и Северной Америки в процессе оказания медицинской помощи пациентам врачи руководствуются национальными клиническими рекомендациями, которые носят рекомендательный характер и оставляют за врачом право принимать ответственные решения. Вышесказанное находит подтверждение в словах бывшего заместителя Министра здравоохранения Сергея Федоровича Вельмяйкина, произнесенных 6 декабря 2012 г. на парламентских слушаниях по вопросу законодательного регулирования обеспечения порядков, стандартов и контроля качества медицинской помощи: «Цель введения стандартов — не собственно в лечении, а в планировании и организации медицинской помощи, в том числе применительно к медицинской организации в системе ОМС, и выравнивание на основе единых для всей страны стандартов финансовых условий, в которых функционирует система здравоохранения». Сергей Федорович адресовал парламентариев к статье № 73 Федерального закона «Обязанности медицинских и фармацевтических работников», которая регулирует обязанности медицинских работников и ни слова не содержит о стандартах. Согласно статье № 73, «Медицинские работники обязаны оказывать медицинскую помощь в соответствии с квалификацией, должностными инструкциями, служебными обязанностями, соблюдать врачебную тайну, совершенствовать профессиональные знания и навыки, назначать лекарственные препараты на рецептурных бланках, сообщать уполномоченному должностному лицу информацию, предусмотренную в части конфликта интересов и в части выявленных непредусмотренных инструкций по применению лекарственного препарата». В заключении Сергей Велеймякин отметил следующее: «Нельзя на основании стандартов оценивать качество оказания помощи, потому что стандарты усредненные. Норма закона, которая регулирует контроль качества, будет введена с 2015 года, и соответствующие критерии качества будут разрабатываться на протяжении 2013–2014 годов».

Полагаю, большинство наших коллег солидарны с позицией Сергея Федоровича. Однако современные нормативные акты содержат ряд пунктов, обязывающих врача в процессе лечения пациентов строго придерживаться стандартов оказания медицинской помощи. Так, согласно пункту № 4 статьи 10 «Доступность и качество медицинской помощи» Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», качество медицинской помощи обеспечивается применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. А согласно первому пункту статьи № 37 «Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи», «Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи». Согласно второму пункту первой части статьи № 79 «Обязанности медицинских организаций», «Медицинская организация обязана: осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи». А третья часть статьи № 64 указывает, что «экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании».

Закон РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» не содержит правил оказания медицинской помощи, в нем лишь имеется упоминание (в четвертой части статьи № 35) о том, что «страховое обеспечение в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти». Статья № 40, регулирующая организацию контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, не содержит упоминания о стандартах оказания медицинской помощи. Согласно седьмому пункту этой статьи, «экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи. Экспертом качества медицинской помощи является врач — специалист, имеющий высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования».

1 декабря 2010 года был утвержден приказ № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». В пункте 5, подпункте 5.3 указанного Порядка объявлены цели контроля в системе ОМС: «предупреждение дефектов медицинской помощи, являющихся результатом несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнения и/или неправильного выполнения порядков оказания медицинской помощи и/или стандартов медицинской помощи, медицинских технологий путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятие мер уполномоченными органами». Согласно пункту № 21 данного порядка, «экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, сложившейся клинической практике.

А согласно пункту № 80, основной функцией специалиста-эксперта (осуществляющего экспертизу качества медицинской помощи) является выборочный контроль объемов медицинской помощи по страховым случаям путем сопоставления фактических данных об оказанных застрахованному лицу медицинских услугах с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи.

Кроме этого, приложением № 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию введена в действие следующая норма — Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи, которым СМО предписывается применение финансовых и штрафных санкций за невыполнение стандарта медицинской помощи:

«1.5. Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», «Формуляр лечения стационарного больного», согласованных и утвержденных в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи.

3.2. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи.

3.3. Выполнение непоказанных, не оправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий.

«...»

Цель введения стандартов — не собственно в лечении, а в планировании и организации медицинской помощи

3.9. Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи.

5.7.5. Включение в реестр счетов медицинской помощи:

• амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи)».

Для того чтобы внести ясность в сложившуюся ситуацию, редакция газеты «Московский уролог» попросила дать комментарии и разъяснения ведущих специалистов Министерства здравоохранения России и Департамента здравоохранения г. Москвы, которые мы планируем представить вниманию наших читателей в следующем номере газеты.

Ключевая проблема – вопрос коммуникации

4 июля 2013 года состоялось очередное совещание профильной комиссии Министерства здравоохранения России по специальности «урология». На совещании был рассмотрен ряд организационных вопросов, таких как соблюдение в субъектах РФ порядка и стандартов оказания медицинской помощи по профилю «урология», целесообразность разработки новых порядков оказания медицинской помощи урологическим пациентам, утверждение авторского состава национальных клинических рекомендаций, целесообразность инициации всероссийской наблюдательной программы «Рак почки» и многое другое. Ключевой темой, ставшей предметом обсуждения профильной комиссии, был вопрос оптимизации ее работы.

Д.Ю. ПУШКАРЬ,
главный уролог Министерства здравоохранения РФ

В своей работе профильная комиссия по сей день сталкивается с существенными сложностями, основной из которых является проблема коммуникации между членами профильной комиссии. Основная причина – значительная географическая отдаленность некоторых субъектов Российской Федерации и нехватка у членов профильной комиссии технических возможностей для осуществления оперативной коммуникации. В этой связи Министр здравоохранения России Вероника Игоревна Скворцова поручила рабочим группам главных внештатных специалистов разработать ряд мер по оптимизации работы профильных комиссий и ликвидации указанных проблем.

После детальной проработки этого вопроса рабочая группа разработала два основных пути решения данной проблемы. Первое – назначение главных урологов федеральных округов и второе – разработка специального информационно-технического инструмента, который позволит всем членам профильной комиссии оставаться на связи в режиме реального времени.

Как известно, деятельность главных внештатных специалистов – урологов федеральных округов регламентирована приказами Министерства здравоохранения и социального развития № 151 от 21 мая 2002 года и № 1069 от 2 декабря 2010 года. Согласно этим приказам, функции главного уролога федерального округа возлагаются на одного из членов профильной комиссии по представлению главного уролога Министерства здравоохранения, сам же главный уролог федерального округа обеспечивает работу по координированию всех главных специалистов субъектов РФ, входящих в федеральный округ. Однако сегодня ни в одном федеральном округе нет главного уролога.

Поэтому рабочая группа сочла необходимым вынести на рассмотрение профильной комиссии вопрос о целесообразности назначения главных урологов федеральных округов. После обсуждения данного предложения профильной комиссией было принято решение временно воздержаться от назначения главных урологов федеральных округов.

Свое решения профильная комиссия обосновала тем, что в настоящее время Российское общество урологов формирует перечень специалистов, которые в будущем будут курировать работу региональных отделений РОУ в федеральных округах. В этой связи профильная комиссия посчитала целесообразным отсрочить решение вопроса назначения главных урологов федеральных округов и вернуться к нему после того, как будут утверждены кураторы федеральных округов Российского общества урологов.

Помимо этого, рабочая группа разработала концепцию мобильной медицинской сети для членов профильной комиссии в формате мобильного приложения для смартфона, которое позволит всем членам профильной комиссии иметь оперативный доступ к самой актуальной информации: нормативным актам, проектам приказов и стандартов медицинской помощи, а также к клинической и научной литературе. Кроме того, мобильная медицинская сеть имеет технический потенциал для того, чтобы стать интерактивной площадкой для обсуждения вопросов, требующих немедленного решения, что позволит членам профильной комиссии активно взаимодействовать друг с другом в режиме онлайн.

Еще одним преимуществом мобильной медицинской сети является возможность заполнения и подачи главными урологами субъектов РФ форм статистической отчетности с телефона или с компьютера. Это позволит вести активный, непрерывный мониторинг кадровой обеспеченности и технической оснащенности урологических служб субъектов РФ и обеспечивать реализацию всероссийских наблюдательных программ по конкретным нозологиям. Концепция мобильной медицинской сети была представлена на специальном рабочем совещании Министерства здравоохранения, после чего рабочей группе главного уролога было дано предписание в рамках пилотного проекта разработать приложение мобильной медицинской сети с перспективой внедрения данной технологии в работу профильных комиссий других профилей.

Для помощи в реализации данного проекта рабочая группа привлекла ряд ведущих представителей IT-индустрии, имеющих солидный опыт в разработке мобильных приложений и коммуникационных систем. Спустя четыре месяца после начала работы над проектом мобильное приложение было разработано, прошло предварительные технические испытания и было представлено вниманию профильной комиссии 4 июля 2013 года.

На сегодняшний день 46 из 83 главных внештатных специалистов-урологов субъектов Российской Федерации уже получили специальные смартфоны с установленным программным обеспечением. В обозримом будущем мы планируем реализовать при помощи мобильной медицинской сети первый российский проект по анализу эпидемиологических показателей рака почки и завершить анализ оснащенности и кадровой обеспеченности урологической службы. Результаты нашей работы будут представлены на следующем совещании профильной комиссии.

К 60-летию со дня рождения Теодоровича Олега Валентиновича

26 мая 2013 г. сотрудники, друзья, пациенты отмечали 60-летие Олега Валентиновича Теодоровича. Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой эндоскопической урологии Российской медицинской академии последипломного образования, главный уролог ОАО «РЖД», невзирая на многочисленные регалии, человек очень отзывчивый и открытый.

В семье О.В. Теодоровича врачей не было, но с детства он проявлял интерес к естественным наукам. По окончании школы получил рекомендацию для поступления в биологический или медицинский ВУЗ, выбор пал на Курский медицинский институт, который закончил в 1976 году по специальности лечебное дело.

С 1984 г. Олег Валентинович один из первых в России начинает заниматься применением ультразвукового сканирования в диагностике и лечении урологических заболеваний, активно интересуется и внедряет в практику малоинвазивные методы дренирования мочевых путей и лечения мочекаменной болезни, осуществляемые по УЗ и рентгенотелевизионном контролем. В 1989 г. защищает кандидатскую диссертацию по теме «Чрескожная пункционная нефростомия и нефролитотомия». В 1998 г. под руководством профессора В.Н. Степанова защищает докторскую диссертацию по теме «Эндоскопические операции на почках и верхних мочевых путях под контролем рентгенотелевидения и ультразвукового сканирования» и в 1999 г. получает назначение на должность профессора кафедры урологии Российской медицинской академии последипломного образования. В 2001 г. по инициативе профессора О.В. Теодоровича в РМАПО создана первая в России кафедра эндоскопической урологии.

С 2001 г. по настоящее время О.В. Теодорович – заведующий кафедрой, клиническая база – ЦКБ № 1 ОАО «РЖД», где под руководством профессора создан урологический центр. С 2005 г. О.В. Теодорович – главный внештатный уролог ОАО «РЖД».

О.В. Теодорович – член Московского общества урологов, член Президиума Российского общества урологов, член Европейской ассоциации урологов и Всемирной ассоциации эндоурологов, в работе которых принимает активное участие. С 1998 г. О.В. Теодорович – член редколлегии журнала «Урология». Является автором более 300 научных публикаций в отечественной и зарубежной печати, автор 7 монографий. Под руководством профессора защищены 5 докторских и 21 кандидатская диссертации.

Поздравляем Олега Валентиновича – замечательного человека, талантливого врача и прекрасного педагога с юбилеем! Желаем крепкого здоровья, плодотворной работы и новых идей!

Эффективное использование роботической системы da Vinci: опыт Федерального Центра

В России виду своей дороговизны роботическая хирургия применяется в основном в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи. И традиционно такие системы используются специалистами одного профиля, что обусловливает длительные сроки окупаемости. В Федеральном Центре сердца, крови и эндокринологии имени В. А. Алмазова в Санкт-Петербурге Робот da Vinci был установлен в 2009 г. Главный принцип работы – высокоэффективное использование системы путем обеспечения ее максимальной загруженности. Администрация центра создала для роботического подразделения «особые» условия, которые позволили выполнять операции бригадами общих хирургов, торакальных хирургов, урологов и гинекологов. Своим опытом в деле становления роботической хирургии поделились Дмитрий Юрьевич СЕМЕНОВ и Михаил Семенович МОСОЯН.

Д.Ю. СЕМЕНОВ,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

Уважаемый Дмитрий Юрьевич, робот-ассистированные операции лишь недавно стали выполняться в России. В этой связи хотелось начать нашу беседу с такого вопроса. Получается, молодому хирургу лучше сразу «садиться за робот» или ему необходимо сперва освоить другие хирургические методы?

Д.Ю.: Убежден, что нет. Начинающему хирургу важно научиться работать с тканями при открытых операциях, почувствовать и запомнить их эластичность — ведь у робота нет тактильной чувствительности! И это его главный недостаток. Можно нанести серьезное повреждение органу, даже не почувствовав этого. Кроме того, мы всегда опасаемся непредвиденных ситуаций в ходе операции: в случае серьезных интраоперационных осложнений может потребоваться конверсия, что, очевидно, требует от хирурга навыков открытых операций. Поэтому повторюсь, роботический комплекс — это хороший инструмент для уже состоявшегося хирурга.

Как вы начинали оперировать на роботе?

Д.Ю.: За спиной у нас значительный опыт открытых операций и более 2000 выполненных лапароскопических вмешательств. Когда в 2009 г. в Федеральном Центре сердца, крови и эндокринологии имени В. А. Алмазова в Санкт-Петербурге был установлен робот da Vinci S, группе хирургов и урологов было предложено пройти обучение, состоящее из этапов в Чехии и Франции, со сдачей заключительного экзамена. Первыми операциями на роботе были адреналэктомия и операции на желудочно-кишечном тракте: резекция печени, резекция поджелудочной железы. Мы начали с адреналэктомии не случайно, ведь к этому моменту нами было выполнено более 150 лапароскопических вмешательств на надпочечниках, и анатомия этих органов была хорошо известна. За этими операциями последовали радикальная простатэктомия, нефрэктомия и резекции почки, которые выполнял Михаил Семенович Мосоян.

М.С.: Когда мы приступали к выполнению первых операций на почке и предстательной железе, за плечами уже был опыт таких операций открытым и лапароскопическим способами. Одной из главных задач было не допустить осложнений, и тут большую роль сыграли опыт и мастерство общего хирурга. Например, один из первых пациентов, которому была выполнена радикальная робот-ассистированная простатэктомия, получал неоадьювантную гормональную терапию, и в ходе отделения предстательной железы от прямой кишки мы встретились с серьезными техническими сложностями и риском перфорации кишки. Тогда нам помог Дмитрий Юрьевич, который помог успешно завершить операцию, выполнив диссекцию, ориентируясь на стенку прямой кишки, а не простаты.

Какие операции сейчас выполняются на роботе?

Д.Ю.: Как уже было сказано, с первых дней мы смогли обеспечить работу представителей разных хирургических специальностей на одной роботической установке: сначала это были общие хирурги и урологи, теперь также торакальные хирурги и гинекологи. Организация работы нашей клиники выстроена так, что на одном хирургическом отделении могут находиться больные разного профиля, и это позволяет обеспечить хорошую «загруженность» роботического комплекса, а значит, и высокую эффективность его работы. На сегодняшний день мы выполняем целый спектр оперативных вмешательств: адреналэктомия, крурорафия с фундопликацией, резекция поджелудочной железы, резекция печени. Также выполняли резекцию аневризмы селезеночной артерии. Урологами выполняются радикальная простатэктомия, резекция почки и нефрэктомия. Торакальные хирурги производят краевую резекцию легкого, этап анатомической резекции легкого, операции при опухолях средостения. Гинекологи выполняют миомэктомию, овариоцистэктомию. При этом очевидно, что с помощью робот-ассистирования можно осуществить любую лапароскопическую операцию.

М.С. МОСОЯН,
к.м.н., доцент кафедры урологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова
E-mail: moso03@yandex.ru

Михаил Семенович, каких результатов урологических операций удалось достичь на сегодняшний день?

М.С.: Весной этого года нам удалось побывать на съезде роботических урологов в Бордо (Франция). Программа съезда была насыщена онлайн-трансляциями из операционных. После этого визита могу сказать определенно — мы оперируем не хуже. Причем это не пустые слова, ведь мы ориентируемся на ключевые интраоперационные и послеоперационные показатели: так, средняя продолжительность резекции почки не превышает 2,5 часа, время тепловой ишемии — 13 минут, а объем кровопотери — 200 мл. Результаты радикальной простатэктомии тоже высокие — большинство пациентов удерживают мочу сразу после удаления катетера, а эректильная функция восстанавливается в течение года у 85 % больных. Онкологические результаты абсолютно сопоставимы с европейскими данными. Таких результатов за короткий срок нам удалось достичь благодаря тому, что на операции отбирались не только пациенты с идеальными предоперационными данными, но было много сложных случаев: например, простатэктомия выполнялась пациентам после неоадьювантной терапии, после трансуретральной резекции простаты, с выраженной средней долей, предстательной железой более 130 см^3 и так далее. На сегодняшний день нами выполнено более 100 операций по поводу рака почки и предстательной железы, и встретилось одно осложнение — в ходе простатэктомии была повреждена наружная подвздошная вена. Дефект был ушит на месте при помощи робота. Конверсий не было.

Кто может быть оперирован на роботе? Насколько доступна эта помощь населению?

Д.Ю.: Робот-ассистированные операции относятся к разряду высокотехнологичных, для выполнения которых государство выделяет квоты. Для получения квоты любой гражданин Российской Федерации может обратиться в Комитет по здравоохранению города или напрямую в Федеральный центр им. В. А. Алмазова. С помощью робота можно выполнять операции на мягких тканях любого уровня сложности, в том числе реконструктивно-пластические. Например, в этом году нами была выполнена первая в России бариатрическая операция на роботе da Vinci — продольная резекция желудка.

Каким вы видите дальнейшее развитие роботического отделения?

Д.Ю.: За три года нам удалось создать уникальное хирургическое отделение, на котором одновременно могут проходить лечение пациенты с патологией разных систем и органов. Дорогое и современное оборудование — роботический комплекс da Vinci S — эффективно совместно используется врачами разного хирургического профиля. Робот-ассистированная хирургия только начинает развиваться в России, и мы надеемся, что наш Центр останется одним из ведущих в оказании этого вида хирургической помощи.

Александр Ларин

Будущее за роботической хирургией

Д.М. КАМАЛОВ,
врач уролог, онколог, специалист по роботизированной хирургии в урологии, координатор эндоскопического учебного центра «Endo-31»

За последние десятилетия научно-технический прогресс в области медицинской визуализации, создания нового оборудования, медицинской техники привел к изменению подходов в лечении многих урологических заболеваний.

Темпы развития малоинвазивных технологий и робот-ассистированных операций в урологии привели к тому, что многие ранее выполняемы открытые оперативные вмешательства уступили место малотравматичным, эндоскопическим оперативным вмешательствам.

Вместе с тем далеко не во всех урологических стационарах данные методики активно используются в клинической практике.

Появление новых высокотехнологичных систем в медицине диктует необходимость создания учебных центров, где врачи со всей России могли бы ознакомиться с новейшими технологиями, а также пройти курс обучения для последующей работы с ними.

Так, в целях совершенствования организации оказания высокотехнологичной специализированной медицинской помощи больным урологическими заболеваниями на базе городской клинической больницы № 31 г. Москвы сотрудниками кафедры андрологии и урологии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М. В. Ломоносова и сотрудниками отделения урологии городской клинической больницы № 31 открыт учебный эндоскопический центр «Endo-31» для обучения эндохирургии верхних и нижних мочевых путей, лапароскопии и роботической хирургии в урологии.

Обучение проводит группа преподавателей под руководством д.м.н, профессора, члена-корреспондента РАМН, заведующего кафедрой урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М. В. Ломоносова Армаиса Альбертовича Камалова.

Обучение проходит по следующим циклам:

- Эндоскопические технологии в лечении заболеваний нижних мочевых путей (72 часа)
- Эндоскопические технологии в лечении заболеваний верхних мочевых путей (72 часа)
- Лапароскопическая урология (72 часа)
- Роботическая хирургия в урологии (72 часа)

Каждый курс включает работу в операционной под руководством преподавателей, оттачивание практических навыков на самом современном оборудовании и тренажерах, а также лекционный материал.В группу преподавателей входят врачи, проходившие обучение и повышение квалификации по эндохирургии и робот-ассистированной хирургии в крупнейших медицинских центрах Европы и США:

Галлямов Эдуард Абдулхаевич — д.м.н, профессор, хирург, уролог — лапароскопическая урология, работическая хирургия в урологии. **Осмоловский Борис Евгеньевич** — к.м.н., врач уролог, эндоскопия нижних мочевых путей. **Лисенок Александр Андреевич** — к.м.н., врач уролог высшей категории, эндоскопия верхних мочевых путей. **Новиков Александр Борисович** — врач уролог высшей категории, лапараскопичская урология, работическая хирургия в урологии.

Учебные программы циклов утверждены ученым советом МГУ им. М. В. Ломоносва, по завершении цикла обучения курсанты проходят проктеринг профессора А. А. Камалова и получают дипломы.

Адрес центра: 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, д. 42
Телефон: +7-926-876-70-01
E-mail: davidffm@mail.ru

«...»

Курсанты «Endo-31» изучают роботическую хирургию с помощью первого в России симулятора для системы Da Vinci Si

Лечебная минеральная вода «Нафтуся» — вода или лекарство?

Реклама. * Диетология. Руководство. Под редакцией А.Ю.Барановского 4-е издание, серия «Спутник врача». Издательский дом «Питер». 2012 г.

Целебные свойства минеральной воды «Нафтуся» с западной Украины были известны очень давно – еще начиная с XVI века. Вода «Нафтуся» не имеет себе равных по содержанию органических веществ и, как следствие, воздействию на организм человека.

Органические вещества минеральных вод являются производными нефти и торфа. Они способствуют развитию в воде микроорганизмов, вырабатывающих антибактериальные, гормоноподобные и биологически активные вещества. Воды с высоким содержанием органических веществ оказывают выраженное мочегонное, желчегонное и желчесекреторное действие, дезинфицируют мочевыводящие и желчевыводящие пути, стимулируют секреторную функцию желудка.

По химическому составу вода «Нафтуся» гидрокарбонатная магниево-кальциево-натриевая.

Вода «Нафтуся» обладает целым рядом полезных свойств:

- спазмолитическое, обезболивающее действие
- выведение камней небольших размеров (до 0,8см) из почек, моче- и желчевыводящих путей, желчного пузыря и предупреждение их образования
- нормализация метаболизма (включая углеводный обмен, что особенно важно для больных сахарным диабетом)
- очищение организма от шлаков, радионуклидов, токсинов
- обеспечение функциональной активности желудка, поджелудочной железы, печени и желчных путей.

Ученые утверждают, что «Нафтуся» существенно влияет на все процессы в организме, включая изменение сложных функций внутриклеточных структур.

Украинским ученым удалось разработать метод стабилизации свойств воды в бутилированном виде. Теперь пропить курс можно в любом месте – бутилированная вода сохраняет все свойства природного источника. «Нафтуся» обладает мочегонным, бактерицидным, спазмолитическим и обезболивающим действием, применяется при пиелонефрите, цистите, простатите и других заболеваниях.

Клиническими исследованиями выявлено, что на фоне приема бутилированной минеральной воды «Нафтуся» ускорился процесс отхождения мелких фрагментов камня в виде песка, а также более крупных фрагментов (до 0,4 см) после дистанционной ударно-волновой литотрипсии из почек и мочеточников. Длительность данного процесса составила в среднем от 1 до 3 дней, что в целом значительно меньше сроков отхождения фрагментов камня без применения «Нафтуси» - 9 дней.
В качестве профилактического приема можно рекомендовать употребление бутилированной минеральной воды «Нафтуся» дважды в год курсами по 24-30 дней в ежедневной дозе 1% от массы тела.

РОСТАГРОЭКСПОРТ

8(495) 490-0470; 8(495) 723-0790

Как обучиться мастерству эндохирургии без вреда для здоровья пациента?

Приоритетным направлением развития здравоохранения России является внедрение и совершенствование высокотехнологичных видов медицинской помощи, к которым относится эндохирургия. Во многих лечебных учреждениях страны уже сейчас имеются необходимые для этих целей оборудование и инструментарий. Оптимизация процесса обучения эндохирургии является одним из важных методологических вопросов современной медицины.

Н.А. ГРИГОРЬЕВ,
д.м.н, директор Учебного центра врачебной практики «Praxi Medica», профессор кафедры урологии ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Р.Р. ХАРЧИЛАВА,
к.м.н., заместитель директора Учебного центра врачебной практики «Praxi Medica», ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Открытие Учебного центра врачебной практики «Praxi Medica» на конгрессе «Медицинское образование 2013». Слева направо: министр здравоохранения РФ Вероника Игоревна Скворцова, директор «Praxi Medica» Николай Александрович Григорьев.

В Первом МГМУ им. И.М Сеченова открыт Учебный центр врачебной практики «Praxi Medica», цель которого – подготовка высококвалифицированных специалистов в области эндохирургии. В центре уже проводятся курсы по лапароскопии для врачей следующих специальностей: хирургия, урология, гинекология, колопроктология, а в ближайшее время будут открыты курсы по неонатологии, рентгеноэндоваскулярной хирургии, ортопедии, торакоскопии.

Главное преимущество «Praxi Medica» – живая хирургия на экспериментальных животных (мини-пиги) в составе полноценной операционной бригады с привлечением в качестве преподавателей лучших отечественных и зарубежных специалистов.

В центре осуществляются онлайн-трансляции из собственной операционной и операционных университетских клиник Первого МГМУ с модерацией опытными хирургами. Имеются тренажерные залы для отработки мануальных навыков, оснащенные современными тренажерами и симуляторами последнего поколения, операционная на 4 стола для выполнения эндовидеохирургических операций на мини-пигах. В ближайшее время будет открыта рентгенооперационная для обучения рентген-эндоваскулярной хирургии.

В «Praxi Medica» существует несколько вариантов обучения врачей навыкам эндохирургии: базовые курсы повышения квалификации с выдачей свидетельства гос. образца (144 часа) и углубленные курсы (18–36 часов). Алгоритм подготовки врачей основан на поэтапном обучении от теории к реальной хирургии на животных.

После онлайн-регистрации на выбранный курс врач получает возможность теоретической подготовки с использованием дистанционных образовательных технологий. Данный этап включает лекции, мастер-классы, обучающие видеофильмы и тестовые задания. Дальнейшее обучение проводится в нашем центре. Начиная с занятий по 3D-топографической анатомии, курсанты осваивают инструментарий и оборудование, отрабатывают различные техники на тренажерах, симуляторах и «био-блоках».

Хирургический опыт может быть получен только в операционной. Закрепление полученных навыков и приобретение ценного опыта работы с «живой тканью» осуществляется во время реальной хирургии на экспериментальных животных. Мы предлагаем максимальную реальность в освоении эндохирургии!

В «Praxi Medica» проводятся тематические школы и мастер-классы с участием ведущих зарубежных и отечественных специалистов. В частности, открыта запись на школу «Лапароскопическая хирургия в урологии – два дня с экспертами» (4–5 ноября 2013 г.), а также «Миниперкутанная нефролитотрипсия» (27–28 ноября 2013 г.). О сроках проведения подобных мероприятий можно узнать на нашем сайте: www.mma.ru/education/praxi

«...»

Главное преимущество «Praxi Medica» – живая хирургия на экспериментальных животных (мини-пиги) в составе полноценной операционной бригады

Учебный центр врачебной практики «Praxi Medica» ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова.
Адрес: 119991, Москва, ул. Большая Пироговская, д. 2, стр. 7.
Телефон: 8 (499) 248–43–88.
E-mail: praximedica@mail.ru

Курс лапароскопической урологии казанского ОЦВМТ – дорога в будущее

Н. Л. МАТВЕЕВ
Доктор медицинских наук, профессор кафедры эндоскопической хирургии факультета последипломного образования Московского государственного медико-стоматологического университета
Телефон: 8 (985) 222-71-65,
e-mail: n.l.matveev@gmail.com

Прошедшее десятилетие принесло рост осознания целесообразности и практического применения минимально инвазивных технологий во всем спектре урологических хирургических заболеваний. Эти движения подпитываются многими факторами. Во-первых, естественным порядком изменений и прогресса. Во-вторых, взрыв технологических достижений сделал возможными такие минимально инвазивные методы, которые ранее считались областью научной фантастики. Наконец, погруженный в информационные потоки хирургический пациент начала XXI века теперь лучше понимает существующие лечебные возможности, что закономерно приводит к росту его ожиданий. В результате рождается новый хирургический менталитет, в котором образ мыслей «большой хирург делает большие разрезы» отступает, давая дорогу суждению «минимальная травма — максимальный эффект». Для большинства российских урологов этот путь только начинается.

Сегодня произошла смена поколений, и теперь молодые урологи все больше хотят быть вовлеченными в мейнстрим мировой урологии, в минимально инвазивные хирургические технологии.

Чтобы лапароскопия потеснила открытый доступ в урологии, необходимо грамотное и целенаправленное обучение специалистов, основанное на профессионализме преподавателей, передовом оснащении учебного процесса, постоянном строгом сравнительном анализе современной медицинской литературы и объединенных клинических усилиях в духе здорового сотрудничества. Все это справедливо для курса урологии Казанского образовательного центра новых медицинских технологий (ОЦВМТ). На протяжении ряда лет мы наблюдаем, что все большее число практикующих урологов хочет приобрести лапароскопические навыки, стать умелыми и востребованными в этой области. Курс собрал вместе точки зрения талантливых преподавателей-специалистов в области урологической лапароскопической хирургии из разных регионов России. Они показывают видео и рассказывают не только о том, как они выполняют сложные урологические операции, но также и о базовых этапах операций, таких как расположение пациентов, наложение пневмоперитонеума, доступ, основы диссекции и гемостаза. Мы намеренно просим всех преподавателей излагать свои иногда противоположные точки зрения на одни и те же операции, чтобы продемонстрировать курсантам совокупность вариантов, существующих для выхода из конкретной ситуации.

Опытные преподаватели проведут вас через каждый аспект лапароскопической операции, будь то нефрэктомия, адреналэктомия, простатэктомия или реконструктивная процедура, от подготовки оборудования до правильного расположения иглы в иглодержателе. Для закрепления и оттачивания мануальных навыков в ОЦВМТ работает прекрасно оснащенная ветеринарная операционная.

Курс лапароскопической урологии ОЦВМТ помогает вывести базовые эндохирургические умения на уровень навыков и показывает горизонты профессии, о чем свидетельствуют отзывы наших курсантов.

УРОРЕК®
Силодозин 4мг; 8мг

САМЫЙ УРОСЕЛЕКТИВНЫЙ АЛЬФА-БЛОКАТОР НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ [1,2,3]

БОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ СИМПТОМОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ НАИБОЛЬШЕЕ БЕСПОКОЙСТВО У ПАЦИЕНТОВ (одновременно учащенное мочеиспускание, никтурия и чувство неполного опорожнения мочевого пузыря), по сравнению с тамсулозином [4]

ДОКАЗАННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ [4,5]

Рег.уд.: ЛСР – 005971/10

реклама

1. Tatemichi S et al. Yakugaku Zasshi 2006; 126: 209-216
2. Schwinn DA, Roehrborn CG. Int J Urol 2008; 15: 193-199
3. Lepor H. Rev Urol 2009; 11: S9-S13
4. Montorsi F. Eur Urol Suppl 2010; 9: 491-495
5. Silodosin Integrated Summary of Safety, September 2008, data on file

ООО «Русфик». Москва, Краснопресненская набережная, 12, ЦМТ, офис 747
Тел./факс: + 7 495 258 20 06, www.rusfic.ru

Для медицинских работников и специалистов здравоохранения.

RECORDATI

Организация амбулаторной андрологической помощи населению мегаполиса

Уролог государственной городской поликлиники далеко не всегда имеет достаточную теоретическую и практическую подготовку по проблемам андрологии, которая в настоящее время является субспециальностью урологии. Действующие нормативы организации амбулаторного приема и система оплаты оказанных медицинских услуг фондом обязательного медицинского страхования не позволяют проводить больным с андрологическими проблемами необходимый объем исследований и лечебных манипуляций. Система подготовки будущего врача уролога-андролога не имеет нормативной базы и во многом определяется собственным стремлением врача-уролога к самообразованию.

И. М. РОХЛИКОВ,
к.м.н., врач-уролог высшей квалификационной категории, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения г. Москвы в Центральном административном округе г. Москвы, заведующий урологическим отделением ГБУЗ «Городская поликлиника № 68 Департамента здравоохранения г. Москвы»

Актуальность проблемы охраны мужского здоровья не вызывает сомнения. За последнее десятилетие, пожалуй, ни одна научная конференция по нашей специальности не оставила без обсуждения вопрос необходимой реорганизации структуры системы оказания медицинской помощи мужскому населению. Однако заметные изменения в этом направлении, к сожалению, происходят очень медленно и не носят глобального масштаба. В отдельных регионах нашей страны, по инициативе и под патронажем Региональной общественной организации содействия охране здоровья мужского населения «Мужское здоровье», при поддержке местными органами власти, созданы так называемые «мужские консультации», в которых объединены врачи сразу нескольких специальностей: урологи, эндокринологи, сексологи, дерматовенерологи, кардиологи, неврологи. Но пока это единичные случаи модернизации номенклатуры лечебно-профилактических учреждений, позволяющие мужчине получить помощь в пределах одной клиники. Вместе с тем в таком учреждении каждый врач занимается своим делом, в рамках своей профессиональной компетенции, и требуется определенное время, чтобы коллектив специалистов превратился в команду, способную оперативно и квалифицированно решать целый ряд пограничных вопросов. Ядром клиники мужского здоровья, связующим звеном между врачами разных специальностей, координатором, основным лечащим врачом, должен быть квалифицированный уролог-андролог. Подготовка врача, в совершенстве владеющего всем объемом теоретических знаний и практических навыков по урологии, эндокринологии, сексологии, дерматовенерологии в части, касающейся сексуального и репродуктивного здоровья мужчины — довольно сложная задача. В России андрология является субспециальностью урологии. В большинстве европейских стран такая же ситуация. Андрология как специальность до сих пор не признана Европейским Союзом. Получается, что каждый российский уролог в большей или меньшей степени является андрологом.

Кто и как учит уролога основам андрологии? Студент медицинского ВУЗа всю урологию успевает «пройти» за 5–6 занятий в течение одной учебной недели. Объем знаний в области андрологии у выпускника клинической ординатуры по урологии зависит от традиций кафедры и заинтересованности обучающегося. На циклах общего усовершенствования по урологии (144 часа), проблемы андрологии освящаются более чем поверхностно. По собственному опыту я убежден, что уролог-андролог, помимо общеурологической подготовки должен совершенствоваться, заниматься самообразованием и изучать сексологию, инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), эндокринологию, физиотерапию, ультразвуковую диагностику. Это совершенно разные кафедры ВУЗов, разные медицинские специальности, но без этого объема знаний нельзя считать себя квалифицированным андрологом. Кроме того, нужно регулярно участвовать в работе научных конгрессов, конференций, семинаров, посещать мастер-классы, читать научные журналы, активно интересоваться опытом зарубежных коллег в рамках своей специальности.

Куда в Москве может обратиться пациент-мужчина с андрологическими проблемами? Вариантов всего четыре: коммерческий (частный) медицинский центр, добровольное медицинское страхование (ДМС), центр планирования семьи и репродукции, либо поликлиника по месту жительства в рамках программы обязательного медицинского страхования (ОМС).

Преднамеренно в этот перечень не включаю центры вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), поскольку «с улицы» туда пациенты-мужчины не попадают, а супружеские пары направляются врачами урологами и гинекологами после предварительного обследования, либо безуспешного лечения.

Итак, вариант первый. Платный (коммерческий, частный, негосударственный) медицинский центр. Здесь нашему пациенту всегда рады. Его ждет «андролог», которым может быть уролог, реже — эндокринолог, сексолог или дерматовенеролог, а иногда даже кардиолог или врач общей практики. Вовсе не обязательно это будет врач низкой квалификации. Часто в коммерческой медицине работают наши опытные коллеги. Для одних это может быть основным местом работы, для других — внешним совместительством по принципу «утром — государственная клиника, вечером — коммерческий медицинский центр или частная практика». Здесь проблема — не в квалификации наемного работника — врача, а в стратегии владельцев медицинского бизнеса, порой навязывающих врачу алгоритм общения с его пациентом. К сожалению, часто в понятии «коммерческая медицина» превалирует слово «коммерческая». Отсюда — опасный принцип: «Нет пациентов здоровых, есть недостаточно обследованные». Десятки ненужных анализов, «эпидемия» ИППП, громоздкие схемы лечения при довольно несложных клинических случаях, не сертифицированные лечебные процедуры — вот возможная (хотя и не обязательная!) перспектива для пациента, поддавшегося на призыв «Все ли у вас стерильно?». Число больных хроническим простатитом в нашей стране уменьшилось бы в разы, как только у врачей исчезла бы финансовая заинтересованность в этом диагнозе. Однако пациент сам делает свой выбор. Человеку, который может себе позволить обслуживаться в коммерческом медицинском центре, важны не только качество оказанной услуги, но и индивидуальный подход, наличие приветливого персонала, отсутствие очередей и так далее.

Вариант второй. Пациент, приобретающий самостоятельно, либо при посредничестве своего работодателя, полис добровольного медицинского страхования (ДМС), обращается со своими проблемами в лечебное учреждение, с которым страховая компания заключила договор. Обычно это многопрофильная кли-

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

ника, в штате которой в числе прочих специалистов состоят урологи. Именно урологи, а не андрологи, поскольку такой специальности, как известно, юридически не существует. И здесь уже как повезет. Пациента принимает уролог, который может владеть знаниями и навыками в области андрологии, а может и не владеть. Кроме того, принимая больного по программе ДМС, врач подконтролен инспектору страховой компании, выдавшей пациенту полис. Страховщик всегда заинтересован получить как можно больше финансовых средств от страхователя и как можно меньше выплатить лечебному учреждению за оказанные услуги. В итоге врач станет оказывать больному только тот объем помощи, за который учреждение получит денежную компенсацию от страховой компании. А пациент с дорогим страховым полисом получает минимум услуг в соответствии с действующими стандартами оказания медицинской помощи, которые еще далеки от совершенства, а в некоторых регионах и вовсе отсутствуют.

Третий вариант — центр планирования семьи и репродукции (по программе ОМС). Здесь оказывается амбулаторная консультативно-диагностическая и лечебно-профилактическая помощь по проблемам, связанным с охраной репродуктивного здоровья семьи. В Москве обычно это филиалы роддомов, реже — самостоятельные ЛПУ, доминирующее направление деятельности которых — акушерство и гинекология. В штате среди прочих специалистов состоят андрологи. За дверью с табличной «андролог» прием ведет уролог, всегда имеющий достаточную подготовку по андрологии, в том числе владеющий методиками стимуляции сперматогенеза и получения сперматозоидов для ЭКО-ИКСИ. Обследование и лечение пациентов-мужчин в ЦПСиР имеет единственную конечную цель — фертилизация супружеской пары. К сожалению, на сегодняшний день на весь мегаполис мы имеем всего 6 ЦПСиР в структуре Департамента здравоохранения г. Москвы.

Четвертый вариант — обращение больного с андрологическими проблемами в государственное бюджетное учреждение здравоохранения — городскую поликлинику по месту жительства (на сегодня это — амбулаторный медицинский центр с его филиалами). Прием ведет уролог. Рабочее время, нагрузка на врача и перечень оказываемых медицинских услуг регламентированы Трудовым кодексом РФ, территориальным Фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС) и внутренним распорядком учреждения. Для Московского региона (на 01.01.2013 г.) существуют следующие нормативы: прием врача-уролога первичный (код 001161) составляет 0,75 условных единиц трудозатрат (УЕТ), то есть длится 7,5 мин его рабочего времени и оценивается в 70,45 руб., повторный — 0,65 УЕТ, то есть длится 6,5 мин и стоит 64,47 руб. 1 УЕТ = 10 минут рабочего времени.Уролог поликлиники даже при наличии у него знаний и навыков в области андрологии за 7,5 мин не в состоянии применить их к пациенту. Больные обычно имеют длительный анамнез, большой опыт общения с «андрологами» других лечебных учреждений, являются на консультацию с массой бланков результатов анализов и исс, медицинских заключений. Поэтому до недавнего времени мужчина, обратившийся к своему «районному» урологу с андрологическими проблемами, слышал: «Я этой проблемой не занимаюсь, ищите андролога».

Ни один из четырех вариантов на сегодня не является идеальным. Будем считать, что они дополняют друг друга. Пациент должен иметь возможность выбора, куда ему обратиться. Озабоченность вызывает абсолютная разобщенность описанных моделей организации андрологической помощи.

Продолжение в следующем номере.

Светлая память
Кренделю Борису Матвеевичу

24 мая 2013 г. на 77-м году жизни скоропостижно скончался выдающийся уролог, заслуженный врач Российской Федерации Борис Матвеевич Крендель.

В 1957 г. Борис Матвеевич поступил в Куйбышевский медицинский институт, после его окончания работал врачом-урологом в Центральной районной больнице города Мурома. В 1967 г. Борис Матвеевич поступил в клиническую ординатуру на кафедру урологии 2-го Московского Ордена Ленина Государственного медицинского института им. Н.И. Пирогова, которую возглавлял профессор Н. А. Лопаткин. В 1972 г. защитил кандидатскую диссертацию, в 1982 г. стал доцентом кафедры.

Б.М. Крендель участвовал в организации Научно-исследовательского института урологии Минздрава РФ, где работал с 1984 г. до последнего дня. Он превосходно исполнял обязанности заместителя директора, главного врача и главного консультанта НИИ урологии.

Борис Матвеевич был блестящим хирургом, в совершенстве владел всеми видами открытых урологических вмешательств, успешно выполнял экстракорпоральные операции на почке и секционную нефролитотомию, последнюю коллеги часто называли «операцией Кренделя».

Б.М. Крендель оказывал большую консультативную и методическую помощь лечебным учреждениям Москвы, более 20 лет обучал сотрудников и оперировал на базе городской урологической больницы № 47. Практически все врачи, курсанты и ординаторы ГКУБ № 47 и НИИ урологии хотели научиться у Бориса Матвеевича уникальной оперативной технике.

Борис Матвеевич пользовался заслуженным уважением коллег, учеников и пациентов. Он был награжден грамотами, нагрудным знаком «Отличник здравоохранения» МЗ РФ, удостоен Государственной премии СССР и звания заслуженный врач Российской Федерации.

Б.М. Крендель был похоронен по его собственному желанию на кладбище рядом с домом, который построил сам, в деревне Руднево Троицкого административного округа Москвы.

Борис Матвеевич Крендель навсегда останется в памяти коллег, учеников, друзей и пациентов.

Варикоцеле и бесплодный брак

Есть ли взаимосвязь и всегда ли нужно оперировать?

Варикоцеле – расширение вен семенного канатика – нередкое заболевание мужчин. Традиционно считается одной из причин снижения мужской фертильности, особенно при вторичном бесплодии, а оперативное лечение – лучшим способом решения этой проблемы. Для многих факт наличия варикоцеле – достаточный повод для операции, даже если речь идет о субклинических формах, диагностируемых только с помощью допплеровского УЗИ.

С.И. ГАМИДОВ,
д.м.н., профессор кафедры урологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, заведующий отделением урологии и андрологии ФГБУ НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова

Хирургическое лечение варикоцеле: что оно нам дает

Варикоцеле – самая распространенная хирургически устранимая причина мужского бесплодия. Частота встречаемости его в общей популяции составляет 20 %, а среди мужчин с первичным бесплодием – 40 %. По данным некоторых авторов, 45–81 % мужчин с вторичным бесплодием имеют варикоцеле (M. Goldstein и соавт, 2012; A. Agarwal и соавт., 2007). Варикоцеле практически отсутствует у мальчиков до периода половой зрелости (менее 1 %), но частота встречаемости его в постпубертатном периоде (12–18 лет) достигает 15 %. У большинства мужчин варикоцеле протекает бессимптомно, и только 15–20 % из них испытывают физический дискомфорт или проблемы, связанные с фертильностью.

Болевая симптоматика отмечается в основном при третьей степени заболевания и часто связана с физическими нагрузками. После хирургической коррекции варикоцеле, по данным разных авторов, болевая симптоматика ликвидируется у 50–90 % пациентов.

Варикоцеле и бесплодие. Связь между варикоцеле и мужским бесплодием впервые была описана британским хирургом Barfield в конце XIX в. Хотя влияние варикоцеле на репродуктивную функцию мужчин обсуждается давно, сегодня точный механизм нарушения сперматогенеза у данной категории больных неизвестен, и это вызывает бурную дискуссию в научных кругах.

Некоторые международные руководства не рекомендуют проводить хирургическое лечение варикоцеле у мужчин с бесплодием, поскольку, по их мнению, варикоцелэктомия не увеличивает частоту наступления беременности. Однако большинство опубликованных работ демонстрируют положительное влияние оперативного лечения варикоцеле на показатели спермограммы у мужчин с бесплодием. Достоверное улучшение показателей спермограммы после варикоцелэктомии было подтверждено двумя недавно опубликованными метанализами (A. Baazeem и соавт., 2011; I. Schauer и соавт., 2012). В другом метанализе, проведенном Richardson и соавт., отмечено не только достоверное увеличение концентрации и количества подвижных форм сперматозоидов, но и частоты наступления спонтанной беременности у партнерш бесплодных мужчин после варикоцелэктомии. Abdel-Meguid и соавт. (2011) в своем рандомизированном исследовании также показали достоверно высокую частоту наступления спонтанной беременности в хирургической группе по сравнению с контрольной (33 против 14 % соответственно). Увеличение шансов наступления спонтанной беременности после варикоцелэктомии также было отражено в обзоре базы данных Кохрейновской библиотеки (A.C. Kroese и соавт., 2012).

По мнению некоторых авторов, степень влияния варикоцелэктомии на частоту наступления беременности зависит от длительности бесплодия. Giagulli и Carbone (2011) отметили преимущество хирургического лечения варикоцеле перед группой контроля только при длительности бесплодия больше 2 лет. Хотя Al-Ghazo и соавт. (2011) показали, что с увеличением длительности бесплодия частота наступления спонтанной беременности после варикоцелэктомии снижается. Кроме того, имеются данные о том, что варикоцеэлектомия улучшает результаты лечения семейных пар с привычным невынашиванием беременности. M. Mansour Ghanaie и соавт. (2012) в своей работе показали, что в хирургической группе по сравнению с контрольной выкидыши в первом триместре беременности встречаются значительно реже (69 против 13 % соответственно). Данный факт можно объяснить снижением выраженности оксидативного стресса и индекса фрагментации ДНК после варикоцелэктомии (A. Zini и соавт., 2011; S. la Vignera и соавт., 2012; J. McGill и соавт., 2012). К тому же, в работе M. Smit и соавт. (2013) степень снижения индекса фрагментации ДНК после варикоцелэктомии обратно коррелировала с частотой наступления беременности.

Варикоцеле и азооспермия. Как известно, от 4,3 до 13,3 % мужчин с азооспермией или тяжелой олигозооспермией имеют варикоцеле. Результаты метанализа, проведенного Weedin и соавт. (2010), показали, что почти у 40 % больных с необструктивной азооспермией после варикоцелэктомии можно получить пригодный материал для программы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), что позволяет избежать проведения им биопсии яичка. В связи с тем, что у 4,7 % больных в течение 6 мес после операции повторно развилась азооспермия, авторы рекомендует немедленную криоконсервацию при достижении положительных результатов. Кроме того, почти во всех сравнительных исследованиях показано, что варикоцелэктомия, проведенная за 3–5 мес до биопсии яичка, достоверно улучшает ее эффективность.

> «...»
>
> ***Варикоцелэктомия улучшает результаты лечения необструктивной азооспермиии, повышает эффективность биопсии яичка и вспомогательных репродуктивных технологий***

В литературе также отмечено положительное влияние варикоцелэктомии на результаты ВРТ у мужчин с клинически выраженным варикоцеле. В одной из этих работ (M.I. Gokce и соавт., 2013) хирургическое лечение варикоцеле, по сравнению с контрольной группой, достоверно увеличило частоту наступления беременности и рождения живого ребенка после процедуры ИКСИ.

Аналогичные данные были получены в работе Esteves и соавт. (2010), где авторы дополнительно выявили, что микрохирургическая варикоцелэктомия перед программой ВРТ достоверно снижает частоту выкидышей по сравнению с контрольной группой. Проведя анализ хирургического лечения варикоцеле у 540 бесплодных мужчин, турецкие ученые пришли к выводу, что варикоцелэктомия имеет большое значение в эпоху ЭКО, поскольку она способствует уменьшению его осложнений и улучшению результатов.

С учетом эффективности и безопасности многие авторы сегодня считают именно микрохирургическую варикоцелэктомию «золотым стандартом» хирургической коррекции варикоцеле как у взрослых мужчин, так и у подростков.

Результаты клинических исследований показывают, что варикоцеле у бесплодных мужчин ассоциируется с гипогонадизмом. Соответственно, хирургическая коррекция варикоцеле потенциально может предупредить эти нарушения. Результаты проведенного метанализа (H. Yue и соавт., 2012) и работа Tanrikut и соавт. (2011) продемонстрировали достоверное увеличение уровня тестостерона в крови и улучшение эректильной функции у мужчин с бесплодием после варикоцелэктомии. Кроме того, J.J. Keller и соавт. (2012) в своем популяционном исследовании показали наличие связи между эректильной дисфункцией и варикоцеле и положительное влияние варикоцелэктомии на эректильную функцию.

Таким образом, все вышеперечисленные данные свидетельствуют, что варикоцелэктомия не только улучшает результаты лечения бесплодных пар, но и положительно влияет на сексуальную функцию у мужчин с варикоцеле.

Сегодня Американская и Европейская ассоциации урологов рекомендуют проводить варикоцелэктомию у бесплодных мужчин при наличии клинически выраженного варикоцеле и патозооспермии. При этом одним из важных условий проведения операции является отсутствие женского фактора бесплодия. А у подростков с клинически выраженным варикоцеле только наличие гипотрофии яичка является показанием к операции. В будущем результаты рандомизированных плацебо-контролируемых проспективных работ,

возможно, позволят внести изменения в существующие международные рекомендации по тактике ведения мужчин с варикоцеле и расширить показания к его хирургическому лечению.

- Варикоцеле является самым распространенным хирургически корригируемым фактором мужского бесплодия.
- Варикоцелэктомия достоверно улучшает показатели спермограммы у мужчин с бесплодием и клинически выраженным варикоцеле и повышает частоту наступления беременности в паре.

Наличие варикоцелле – повод для операции. Так ли все очевидно?

В.А. БОЖЕДОМОВ,
д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППОВ ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова и кафедры клинической андрологии ФПКМР ГБОУ ВПО РУДН, научный руководитель по андрологии и репродукции ФБГУ Поликлиника № 1 УДП РФ

Обсуждая этот непростой вопрос, недостаточно знаний, полученных в ВУЗе, личного хирургического опыта и «интуитивной» убежденности в своей правоте. Необходим объективный анализ современной научной литературы, поэтому без ссылок на работы коллег, особенно метаанализы, в этой ситуации не обойтись.

Вначале несколько цитат, почерпнутых из международных руководств последних лет:

- «The exact association between reduced male fertility and varicocele is unknown» (Jungwirth (ред.)/Guidelines on Male Infertility EAU, 2013, p.30).
- «By just what mechanism varicocele influences fertility remains unclear» (Nieschlag и соавт. (ред.)/Andrology, 2010, p.200).
- «Varicocele remains one of the most debatable issues in the field of reproductive medicine» (Esteves/Male infertility, 2012, p.254).

Почему сегодня существуют сомнения в том, что расширение вен семенного канатика приводит к мужскому бесплодию, а операция – эффективный способ лечения?

Когда сторонники активного хирургического вмешательства говорят о необходимости устранения варикоцеле, обычно звучат тезисы о том, что:

а) варикоцеле чаще встречается у пациентов из бесплодных пар, чем у фертильных мужчин;

б) при варикоцеле сперма «портится», потому что яички перегреваются;

в) операция в большинстве случаев улучшает показатели спермограммы.

Действительно ли это так?

Многоцентровые исследования ВОЗ (1992), выполненные более 20 лет назад, демонстрировали, что варикоцеле встречается у 12 % взрослых мужчин общей популяции при 25 % с анализом спермы, отличающимся от нормы. Однако более поздние крупномасштабные исследования показали, что распространенность варикоцеле в общей популяции составляет 15–20 % (Chapter, 2009; Esteves, 2012), у субфертильных мужчин от 16 % (по данным обследования более 12 тыс. пациентов авторами немецкого руководства по андрологии Nieschlag и соавт., 2010) до 40 % (по данным Cochrane Database Syst Rev., выполнного Kroese и соавт., 2012); при этом у фертильных клиническое варикоцеле встречается так же часто – в 25 % случаев (Cocuzza и соавт., 2012).

Можно ли считать безусловной истиной мнение некоторых авторов (Chehval, Persel, 1992; Fretz, Sandlow, 2002; Raman и соавт., 2005), что с возрастом варикоцеле прогрессивно ухудшает сперматогенез, а вторичное бесплодие в 80 % случаев обусловлено варикоцеле? Те же авторы руководства по андрологии (Nieschlag и соавт., 2010) при анализе данных своей клиники (напомню – более 12 000 обследованных) не обнаружили такой закономерности, и объяснили выводы этих публикаций малочисленностью групп обследованных пациентов.

Аналогичной точки зрения придерживаются T.J. Walsh и соавт. (2009), которые при многофакторном моделирования установили, что вторичное бесплодие (по сравнению с первичным) при варикоцеле было независимым предиктором более высокого количества подвижных сперматозоидов в эякуляте.

По данным метаанализа (A. Agarval и соавт., 2007), бесплодные мужчины с клиническим варикоцеле имеют существенно более низкую продукцию сперматозоидов и их качество по сравнению нормальным контролем и фертильными мужчинами с варикоцеле. Но при этом большинство (2/3) мужчин с варикоцеле фертильны (Gorelick, Goldstein, 1971; D.C. Saypol, 1981; J.I. Evers и соавт., 2003; Will и соавт., 2011; J. Aning, D. Gillatt, 2012).

По нашим данным, полученным при комплексном клинико-лабораторном обследовании более 2 тыс. человек, распространенность варикоцеле у фертильных мужчин и пациентов с первичным и вторичным нарушением репродуктивной функции существенно не отличается: 24,2, 31,2 и 31,3 % соответственно. В том числе у мужчин с нормозооспермией, по данным ВОЗ (2010), из первично бесплодных пар варикоцеле имело место в 32,8 % случаев, при вторичном бесплодии – в 30,5 %.

Все это означает, что варикоцеле само по себе не является независимым фактором риска мужского бесплодия.

В последние годы появилась точка зрения, что варикоцеле снижает фертильность только как кофактор в комбинации с другими генетическими и молекулярными причинами. Впервые эту точку зрения сформулировал J.L. Marmar (2001) – автор оригинальной методики микрохирургической варикоцелэктомии. В качестве предрасполагающих факторов описаны: микроделеции некоторых митохондриальных генов, недостаточность белков теплового шока, экспрессии каспаз, poly-ACP-ribose polymerase, metastasis-associated protein 1, Bak, p53 и ряда других факторов, противостоящих к оксидативному стрессу и нарушающих соотношение пролиферация-апоптоз (Chang и соавт., 2010; W. Li и соавт., 2011; Guo и соавт., 2012; Gashti и соавт., 2013, и др.).

Гиперпродукция активных форм кислорода (АФК), приводящая к оксидативному стрессу (ОС), является ведущим патогенетическим фактором, приводящим к функциональным нарушениям сперматозоидов при варикоцеле. Поэтому при варикоцеле увеличена доля сперматозоидов с признаками апоптоза в виде фрагментации ДНК. Известно, что фрагментация ДНК сперматозоидов – фактор, не только снижающий фертильность мужчин, но и существенно повышающий риск выкидышей и аномалий развития даже при использовании ЭКО (см. метаанализ Robinson и соавт., 2012).

Но такие нарушения на фоне варикоцеле имеют место далеко не всегда. ОС при варикоцеле, по нашим данным, имеет место в 40 % случаев и не зависит от степени расширения вен семенного канатика (обратите внимание, 30–40 % – реальная средняя эффективность варикоцелэктомии при мужском бесплодии!). В целом, по данным недавнего Кохрановского обзора (Showell и соавт., 2011), распространенность ОС у субфертильных мужчин составляет от 30 до 80 %. Нарушение хроматина – избыточная фрагментация ДНК, – наблюдается, по нашим данным, при варикоцеле в 35–48 % случаев, пропорциональна степени ОС и больше выражена при первичном бесплодии.

Дополнительным отрицательным фактором являются аутоиммунные реакции на антигены сперматозоидов (около 30 % случаев) – в присутствии антиспермальных антител (АСАТ) прогнозы на восстановление фертильности после варикоцелэктомии существенно снижаются. Между количеством АСАТ, продукцией АФК и фрагментацией ДНК существует достоверная положительная взаимосвязь.

Имеет ли значение, как оперировать варикоцеле?

Известно, что операция по Иваниссевичу дает самый большой процент рецидивов, микрохирургическая из субингвинального доступа – самый маленький (Jungwirth (ред.), 2013). Но если рецидива нет, использование различной хирургической техники дает сходные изменения качества эякулята (Schauer и соавт., 2012); это подтверждает и наш опыт более 400 операций.

Каковы в этом случае прогнозы варикоцелэктомии?

Последние обзоры и метаанализы констатируют улучшение лабораторных показателей спермы после варикоцелэктомиии, в то же время – отсутствие достоверного увеличения беременностей (Evers, Collins, 2004; Baazeem и соавт., 2011; Schauer и соавт., 2012; Ficarra и соавт., 2012; Cochrane Database Syst Rev., 2012); данные по родам вообще отсутствуют. Этому есть объяснение – по данным специального метаанализа, посвященного роли нарушений ДНК при варикоцеле, варикоцелэктомия уменьшает фрагментацию ДНК спермы в среднем только на 3,4 % (95 % ДИ от –4,1 до –2,6) при норме от 0 до 30 % сперматозоидов с фрагментацией ДНК (Wang и соавт., 2012). Причем следует иметь в виду, что повышенная фрагментация ДНК при варикоцеле может иметь место при формально нормальных показателях стандартной спермограммы!

Наш опыт показывает, что оперировать варикоцеле у мужчин из бесплодных пар следует далеко не всегда. В качестве прогностических критериев следует использовать не только традиционные (возраст, объем яичек, степень олигозооспермии, стадию варикоцеле, уровень ФСГ и ингибина В), но указанные выше – степень ОС, фрагментацию ДНК, количество АСАТ. Методы их оценки описаны в Рекомендациях ВОЗ по исследованию спермы (2010), входят в перечень рекомендуемых тестов для андрологической лаборатории (Snow-Lisy, Sabanegh, 2013) и рутинно выполняются сотрудниками нашей лаборатории при обследовании пациентов из бесплодных пар, а также в случаях привычного невынашивания беременности.

Учет этих факторов позволяет повысить эффективность лигирующих операций для улучшения качества спермы более чем в два раза и избежать ненужных хирургических вмешательств в тех случаях, когда улучшение маловероятно. Хочу обратить внимание, что степень расширения вен в этой ситуации не является ключевым фактором.

«...»

Оперировать варикоцеле у мужчин из бесплодных пар следует далеко не всегда. В качестве прогностических критериев следует использовать не только традиционные, но и степень ОС, фрагментацию ДНК, количество АСАТ

Возможности применения М-холиноблокаторов при нарушении мочеиспускания у мужчин

Как известно, нарушения мочеиспускания у мужчин представляют собой значительную проблему современной урологии. Согласно данным статистики, около 60 % мужчин старше 40 лет имеют нарушения мочеиспускания той или иной степени выраженности. Проблемы медикаментозной терапии, призванной улучшить качество жизни таких пациентов, всегда были одним из ведущих вопросов для обсуждения среди специалистов, не стал исключением и IX конгресс «Мужское здоровье», прошедший в июле этого года, где урологи выявили новые аспекты медикаментозного лечения данной проблемы.

То, что нарушения мочеиспускания у мужчин представляют собой совокупность клинических проявлений, которые принято объединять общим понятием — симптомы нижних мочевых путей (СНМП), известно любому урологу, как и тот факт, что у мужчин, особенно пожилых, СНМП встречаются достаточно часто и их возникновение традиционно связывают с заболеваниями предстательной железы. Однако, как показали современные исследования, беспокоящие СНМП могут иметь также другие причины. К ним в частности относятся заболевания мочевого пузыря, такие как гиперактивный мочевой пузырь (ГМП).

По данным эпидемиологических исследований распространенность СНМП увеличивается с возрастом, а особенно увеличивается распространенность у мужчин симптомов наполнения. Так, в крупном международном популяционном исследовании EPIC было показано, что симптомы наполнения преобладают среди мужчин по сравнению с симптомами опорожнения и симптомами после мочеиспускания (51,3, 25,7 и 16,9 %, соответственно). Но, несмотря на широкое распространение данных симптомов, количество пациентов, получающих адекватную терапию М-холиноблокаторами, остается невысоким. С чем связан столь низкий процент применения этих препаратов, а также многие другие актуальные вопросы были освещены в рамках симпозиума «От «а» до «м» - блокаторы в терапии СНМП у мужчин» ведущими экспертами в урологии: чл.-корр. РАМН профессором А.А. Камаловым, чл.-корр. РАМН О.Б. Лораном и профессором Г.Г. Кривобородовым.

Доклад профессора клиники урологии РГМУ Г.Г. Кривобородова был посвящен медикаментозной терапии ургентного мочеиспускания у мужчин с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). По словам профессора, распространенность гистологической ДГПЖ линейно увеличивается с возрастом, являясь наиболее распространенным урологическим заболеванием у мужчин в возрасте старше 50 лет. Однако ирритативные симптомы со стороны нижних мочевых путей, характерные для ДГПЖ (ургентное и учащенное мочеиспускание в течение дня и ночи, нередко в сочетании с ургентным недержанием мочи) также актуальны и для синдрома гиперактивного мочевого пузыря (ГМП). Как отмечает докладчик, по мнению большинства авторов, симптомы ГМП у мужчин в возрасте старше 50 лет могут быть следствием детрузорной гиперактивности (ГД) как по причине инфравезикальной обструкции (ИВО), вызванной ДГПЖ, так и в результате возрастных изменений в детрузоре.

Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют, что от 40 до 60 % мужчин, страдающих ДГПЖ, имеют детрузорную гиперактивность. В свою очередь симптомы нижних мочевых путей при ГМП и ИВО могут развиваться своими путями, но могут также быть взаимосвязанными и взаимозависимыми. Кроме того, зарубежные исследования показали, что СНМП у пожилых мужчин не всегда связаны с ДГПЖ, но могут быть вызваны ГД, снижением сократительной активности детрузора или ночной полиурией вследствие изменения функции почек.

Профессор отметил, что иногда очень трудно или практически невозможно определить прямую связь между СНМП и ДГПЖ — больные предъявляют жалобы на СНМП, а не на наличие ДГПЖ. В значительной части случаев это могут быть признаки гиперактивного мочевого пузыря. Усугубляет ситуацию тот факт, что зачастую пациенты не обращаются к урологу, считая возникшие нарушения мочеиспускания естественным возрастным проявлением, что ведет к прогрессированию, осложнениям и крайне негативным последствиям течения болезни. В результате нарастает симптоматика и значительно снижается качество жизни.

Оценка тяжести симптомов является важной частью проведения первичного обследования — тяжесть симптомов лучшим образом можно оценить с помощью валидированных анкет. Сегодня международным стандартом стала шкала оценки простатических симптомов IPSS, состоящая из 7 вопросов, касающихся тяжести симптомов, и 1 вопроса по общему качеству жизни. В итоге общая сумма баллов IPSS отражает тяжесть выраженности симптомов. Однако помимо оценки тяжести симптомов, важно определять влияние СНМП на качество жизни, поскольку эта оценка так же важна, как и чистая оценка симптомов. Но, к сожалению, вопрос в анкете IPSS не может справиться с этой задачей в полной мере. Кроме того, данные IPSS не всегда позволяют полноценно оценить симптомы наполнения и тем самым определить необходимость назначения терапии, несомненно, шкала нуждается в адаптации.

Что касается медикаментозной терапии, то в настоящее время существует достаточно широкий арсенал средств, позволяющий подобрать препараты тому или иному пациенту исходя из основных причин СНМП.

Традиционно препаратами первой линии терапии являются α-блокаторы. Ответ на прием этих лекарственных средств наступает в течение нескольких дней — они снижают СНМП на 35—40 % и увеличивают максимальную скорость потока мочи на 20—25 %. Особое внимание при выборе α-блокаторов следует уделять фармакокинетике препарата, отсутствию пиков и резкого падения концентрации, чего вполне можно добиться при использовании современных пероральных систем контролируемого всасывания, в частности ОКАС® (OCAS — oral controlled absorption system). В сравнении с аналогами, тамсулозин в форме ОКАС® обладает гладкой фармакокинетической кривой — более низким соотношением Cmax/C24, отсутствием пиков, более продолжительным высвобождением, что позволяет добиться быстрого улучшения по шкале IPSS — до 75 % положительного эффекта к 4-й неделе лечения.

> «...»
>
> ***Особое внимание при выборе α-блокаторов следует уделять фармакокинетике препарата, отсутствию пиков и резкого падения концентрации***

Что касается проблемы лечения гиперактивного мочевого пузыря, то терапией первой линии ГМП и ургентного недержания мочи остаются М-холиноблокаторы, в частности солифенацин, позволяющий значительно уменьшить число мочеиспусканий. Исследования показали, что у мужчин без ИВО по сравнению с плацебо холинолитики не увеличивают риск ОЗМ и приводят к незначительному увеличению остаточной мочи. Лучшие результаты отмечают у мужчин с уровнем ПСА ниже 1,3 нг/мл. У мужчин с легкой и умеренной ИВО холинолитики не увеличивают риск ОЗМ, но значимо увеличивают остаточную мочу. Эти данные позволяют сделать вывод, что М-холиноблокаторы могут быть назначены мужчинам с умеренными и выраженными симптомами нижних мочевыводящих путей, у которых преобладают симптомы накопления мочевого пузыря, однако их следует использовать с осторожностью у мужчин с ИВО.

Таким образом, по словам Г.Г. Кривобородова, сегодня доказана целесообразность применения холинолитиков в лечении больных ДГПЖ с отсутствием ИВО и симптомами накопления мочевого пузыря. Во всех случаях применения холинолитиков у больных ДГПЖ необходим контроль объема остаточной мочи не реже 2 раз в неделю в течение первого месяца и ежемесячно следующие два месяца. Однако к настоящему моменту пока нет данных об эффективности и безопасности длительного применения холинолитиков у мужчин с ДГПЖ.

Симпозиум завершился принятием резолюции. Эксперты пришли к мнению о целесообразности принятия адаптированного варианта шкалы IPSS, предусматривающего помимо оценки всех симптомов в целом также дополнительную оценку баллов по подшкалам накопления и опорожнения, что позволит выявить преобладание тех или иных симптомов в клинической картине у конкретного пациента, и соответственно выявить пациентов, нуждающихся в добавлении М-холинолитика к терапии α-блокатором. А также обозначения четких критериев/противопоказаний к терапии М-холиноблокаторами у пациентов с СНМП/ДГПЖ и уменьшения опасений по поводу использования этой группы препаратов, что позволит выявлять и обеспечивать адекватной терапией комбинацией М-холинолитика и α-блокатора гораздо большее количество пациентов, нуждающихся в лечении.

Юлия Кулигина

Особенности лечения пациентов с гиперактивным мочевым пузырем

Гиперактивный мочевой пузырь (ГМП) — заболевание, которым, по разным данным, страдают от 10 до 16 % населения. Оно встречается чаще, чем сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, а также сердечнососудистые заболевания (кроме артериальной гипертензии). Об особенностях диагностики и лечения ГМП нам рассказал Григорий Георгиевич Кривобородов, д.м.н., профессор кафедры урологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

— Григорий Георгиевич, вы занимаетесь проблемой гиперактивного мочевого пузыря уже более 18 лет. Расскажите, почему вы считаете ее актуальной, требующей особого внимания?

— Да, действительно, наша клиника (Клиника урологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова) была одной из первых в России, которая занялась проблемой диагностики и лечения больных с учащенным и ургентным мочеиспусканием. На сегодняшний день у нас накоплен огромный опыт в этой области.

Несмотря на то что заболевание не смертельное, оно существенно ухудшает качество жизни. Могу привести такой пример. Часто ургентное недержание мочи встречается у пациентов с рассеянным склерозом или болезнью Паркинсона. Мы провели анкетирование и выяснили, какой фактор в наибольшей степени влияет на качество жизни таких больных. Оказалось, что это не неврологические расстройства, а именно проблемы с мочеиспусканием.

Раньше считалось, что учащенное и ургентное мочеиспускание является следствием воспалительных изменений стенки мочевого пузыря. Но зачастую у этой категории больных не находили никаких объективных подтверждений воспаления. Врачи разводили руками и говорили, что проблема, скорее всего, связана с психиатрией. Ситуация поменялась в 80-х годах прошлого века. Тогда начал активно внедряться метод уродинамических исследований. Во время этой процедуры у больных с учащенным и ургентным мочеиспусканием стали достаточно часто выявлять непроизвольное сокращение детрузора. Это позволило предположить, что проблема учащенного и ургентного мочеиспускания — специфическое заболевание стенки мочевого пузыря.

— Основным методом лечения ГМП является медикаментозная терапия холинолитиками. Какие препараты на сегодняшний день наиболее эффективны при лечении этого заболевания?

— Еще до появления самого понятия ГМП было замечено, что холинолитики уменьшают частоту мочеиспусканий. Эти препараты блокируют м-холинорецепторы в стенке мочевого пузыря, что позволяет увеличить его накопительную способность. Сегодня для лечения ГМП используют следующие препараты: оксибутинин (Дриптан), толтеродин (Детрол), троспия хлорид (Спазмекс) и солифенацин (Везикар). Перед фармакологией стояла задача получить максимально эффективный препарат с минимальными побочными эффектами. Холинолитики блокируют м-холинорецепторы не только в мочевом пузыре, но и во всем организме, в частности, в слюнных железах. Поэтому наиболее распространенный побочный эффект — сухость во рту, вплоть до нарушения процесса глотания. Поскольку данное лечение необходимо продолжать длительное время, это существенно отражается на качестве жизни больного. Принимая холинолитики предыдущих поколений, до 50 % пациентов отказывались от терапии именно из-за выраженных побочных эффектов.

— Какое лекарственное средство, на ваш взгляд, оптимально совмещает эффективность и переносимость?

— Я считаю, что солифенацин (Везикар) является препаратом с наилучшим спектром безопасности. У него есть ряд преимуществ. Во-первых, препарат нетитруемый, выпускается в двух дозах — 5 и 10 мг, что удобно для врачей и пациентов. Во-вторых, он хорошо переносится. Клинические исследования показали, что 84 % испытуемых, которые получали Везикар в течение года, согласились остаться на этой терапии. То есть процент выбывания достаточно низкий. Поэтому мы можем говорить о том, что Везикар — один из препаратов выбора. Важно отметить, что если доза повышается до 10 мг, эффект возрастает на 25–30 %, но побочные действия не усиливаются.

— Какие еще есть методы лечения ГМП кроме медикаментозного? Насколько они результативны?

— Очень важно медикаментозную терапию сочетать с поведенческой, то есть проводить тренинг мочевого пузыря. Врачам следует рекомендовать пациентам стараться по возможности откладывать позыв к мочеиспусканию.

Существует еще такой метод лечения, как биологическая обратная связь. Он помогает обучить пациента адекватно сокращать мышцы тазового дна. Для этих целей используется электромиограф. Электроды фиксируются на области промежности. Мочевой пузырь наполняется, и когда возникает позыв к мочеиспусканию, врач просит пациента сократить мышцы тазового дна. Эти сокращения отражаются на экране монитора, что помогает пациенту правильно управлять своими мышцами и контролировать процесс накопления мочевого пузыря.

К сожалению, тренинг мочевого пузыря, биологическая обратная связь, тренировка мышц тазового дня — это очень непростые методы лечения. Они требуют постоянного участия врача, частых посещений пациентом медицинского учреждения. Обычно, когда проводится такое лечение, вначале достигается хороший результат. Но когда пациент перестает посещать врача и ему рекомендуется проводить тренинг самостоятельно, 80–90 % по непонятным причинам прекращают немедикаментозное лечение и переходят только на прием препаратов.

В последние годы появилась новая возможность для лечения больных с нейрогенной формой ГМП — это введение ботулинического токсина в стенку мочевого пузыря. При этом, чтобы потенцировать действие ботулинического токсина, дополнительно назначаются холинолитики.

— Каковы особенности диагностики и лечения ГМП у мужчин и женщин?

— К сожалению, мужчины обращаются с этой проблемой значительно реже. Поэтому до определенного момента было принято считать, что ГМП в основном женское заболевание. Но исследования показали, что страдают им одинаково и мужчины, и женщины. Причем частота возникновения учащенного и ургентного мочеиспускания меняется в зависимости от возрастной категории. Если у женщин проблема встречается чаще до 50 лет, то у мужчин — после. Это связано с тем фактом, что у мужчин может возникнуть доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), которая вызывает инфравезикальную обструкцию, ведущую к изменениям в детрузоре. Если у пациента нет ДГПЖ, то подход к лечению ГМП стандартный и не зависит от пола. А вот лечение мужчины, у которого присутствуют обе эти проблемы, превращается в настоящее искусство. Для того чтобы правильно определить диагноз, врач должен обладать отличными знаниями в области уродинамики, оперативного и консервативного лечения ДГПЖ. Важно определиться, что первично — ГМП или же ДГПЖ, которая привела к инфравезикальной обструкции, а уже на ее фоне развилось учащенное и ургентное мочеиспускание. В соответствии с этим выбирается лечение.

Длительное время считалось, что мужчинам с ДГПЖ нельзя назначать холинолитики, поскольку это может вызвать у них острую задержку мочеиспускания. Но в последние годы были проведены исследования, которые показали, что если речь идет об уроселиктивных холинолитиках, такой опасности нет. Частота развития задержки мочеиспускания у мужчин с ДГПЖ и ГМП была одинаковая у тех пациентов, которые получали холинолитики и плацебо.

— Существует ли какое-либо альтернативное м-холиноблокаторам медикаментозное лечение ГМП?

— До настоящего времени у нас не было никакой альтернативы холинолитикам. Однако теперь компания «Астеллас» провела клинические исследования и выпустила на рынок лекарственных средств новый препарат для лечения ГМП — мирабегрон (Бетмига). В России он, к сожалению, пока не доступен. Но в Японии, США, странах Европы его уже можно приобрести в аптеках. Это лекарство имеет принципиально иной механизм действия, чем м-холиноблокаторы. Он стимулирует β-рецепторы симпатической нервной системы. В результате достигается увеличение адаптационной способности мочевого пузыря. Наша клиника также принимала участие в клинических исследованиях, и мы ожидаем, что новое лекарственное средство существенно расширит возможности врача в лечении пациентов с ГМП. β-стимуляторы могут быть эффективны даже у тех пациентов, которым не помогали м-холиноблокаторы. Кроме того, можно использовать совместно два вида препаратов, что позволит значительно улучшить результаты лечения.

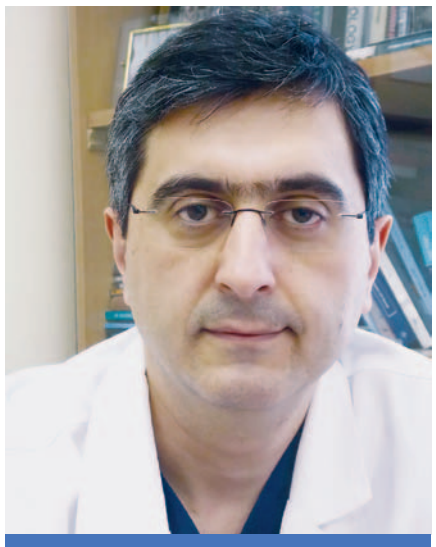
Светлана Кудинова

на правах рекламы

Недержание мочи:
новые факты и современные стандарты лечения

Симптомы нижних мочевых путей, в том числе недержание мочи — наиболее частая причина обращения пациентов к урологу. Клиническая картина часто складывается из сочетания различных по характеру жалоб. Задача клинициста — выявить первопричину состояния и адекватно устранить причины заболевания. В последнее время достигнуты определенные успехи в лечении этого состояния как хирургическими методами, так и медикаментозными.

Целью нашего обзора является представление читателю современных методов диагностики и лечения различных видов недержания мочи как у женщин, так и у мужчин. В обзор также включены данные последних решений Международного общества по диагностике и лечению недержания мочи (ICS), Американской урологической ассоциации (AUA) и Европейской ассоциации урологов (EAU). Мы специально не включали в эту работу вопросы недержания мочи у детей, так как в нашей стране урологическими заболеваниями детей занимаются урологи-педиатры. Нейрогенные расстройства также не рассматриваются в данной работе, так как, по нашему мнению, они требуют отдельного освещения в силу своей многообразности.



Г.Р. КАСЯН
к.м.н., доцент кафедры урологии МГМСУ, руководитель лаборатории уродинамики и сексуальных дисфункций, член Европейской (EAU) и Американской урологических ассоциаций (AUA), член международного общества по удержанию мочи (ICS), член российского общества урологов (РОУ)

Терминология

Недержание мочи определяется как жалоба больного на непроизвольное выделение мочи из уретры [1]. Различают три основных типа недержания мочи: стрессовое, императивное и смешанную форму недержания мочи. Стрессовое недержание мочи (СНМ) возникает при физических усилиях, кашле, чихании, резком изменении положения тела. Императивное недержание (ИНМ) сопровождается повелительными позывами к мочеиспусканию. В некоторых случаях пациенты страдают сочетанием стрессовых и императивных симптомов, что называется смешанной формой недержания мочи (СмНМ).

Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) — это состояние, характеризуемое повелительными (ургентными) позывами к мочеиспусканию, с ургентным недержанием мочи или без него, обычно сопровождающееся учащенным мочеиспусканием днем и ноктурией.

Основные симптомы нижних мочевых путей связаны с накоплением мочи и ее выведением. Несмотря на то что термин «симптомы нижних мочевых путей» первоначально применялся для описания симптомов инфравезикальной обструкции, он может быть использован для описания симптомов и у мужчин, и у женщин. Симптомы могут быть следствием состояний мочевого пузыря или мочеиспускательного канала (в том числе простаты), а также иметь в основе не связанные с мочевыводящими путями причины, такие как полипрагмазия, полиурия, ятрогенные и психогенные расстройства.

Стрессовое недержание мочи у женщин

Консервативные методы лечения

Общепринятым начальным подходом в настоящее время в лечении недержания мочи у женщин является выполнение рекомендаций, относящихся к изменению образа жизни пациентки, в том числе модификации питьевого режима. Среди советов по изменению образа жизни на первую роль выступают снижение уровня потребления кофеина, для лиц с избыточным весом — снижение веса, недопущение запоров, у пациентов с избыточным содержанием жидкости в организме — снижение уровня потребления жидкости, борьба с хроническим кашлем (например, отказ от курения) [2].

В качестве терапии первой линии при стрессовом недержании мочи рекомендуется тренировка мышц тазового дна. Эффективность этого метода доказана при помощи метаанализа, выполненного специалистами центра Cochrane [3]. По возможности рекомендуется интенсивная тренировка мышц тазового дна под наблюдением специалистов, однако это преимущество не очевидно. Кроме того, в качестве терапии первой линии при недержании мочи могут быть предложены вагинальные конусы, однако их применение может быть ограничено из-за некоторого сопутствующего дискомфорта. Доказано, что, несмотря на свою эффективность, поведенческая терапия облегчает симптомы недержания мочи через 3 месяца, однако результат не сохраняется по прошествии 12 месяцев [4].

Известно, что использование локальных форм эстрогена у женщин в менопаузе способствует устранению недержания мочи, но в то же время применение оральных эстрогенов оказалось неэффективным [5]. Минимальная продолжительность первоначального консервативного лечения должна составлять не менее 8–12 недель, после чего проводится повторная оценка состояния пациентки.

Хирургические методы лечения

На протяжении многих лет основными методами хирургического лечения недержания мочи у женщин считались позадилонная кольпосуспензия (операция Берча) и операции с использованием различных аутографтных слингов, которые устанавливались под шейку мочевого пузыря. Предложенная позже концепция синтетической петли, свободно расположенной в зоне средней уретры, оказалась крайне эффективной. Сегодня эти операции принято считать стандартными для лечения стрессового недержания мочи, вне зависимости от степени тяжести этого заболевания. Известно, что результат операций взаимосвязан с материалом петли. Наилучшим материалом для изготовления слинга по праву считается макропорный плетеный полипропилен шириной 1–2 см.

Согласно анализу отдаленных результатов лечения, в настоящее время для лечения недержания мочи не рекомендуются применение операции Маршалла–Марчетти–Крантца (ММК), операции Раза и Перейра, а также реконструкция паравагинальных дефектов по Ричардсону. Субъективные результаты лапароскопической кольпосуспензии по Берчу сравнимы с результатом операций с использованием субуретральных синтетических петель, однако объективные краткосрочные и среднесрочные результаты в сравнении с открытой кольпосуспензией и субуретральным слингом хуже. Данный метод не рекомендуется для рутинного хирургического лечения недержания мочи, однако его применение может рассматриваться у женщин, нуждающихся в сопутствующей лапароскопической операции; в таких случаях выполнять операцию должен хирург, имеющий опыт проведения лапароскопических операций [7].

Собственный метаанализ, выполненный недавно Европейским урологическим обществом, позволил сформулировать следующие выводы, на которых основана современная практика по лечению недержания мочи у женщин. Исследование показало, что эффективность позадилонных и трансобтураторных субуретральных синтетических петель сравнима с кольпосуспензией по Берчу. В то же время позадилонный и трансобтураторный методы имплантации петли оказались одинаково эффективными при наблюдении пациентов более 12 месяцев. Методика позадилонного внедрения петли от кожного разреза к влагалищному показала меньшую эффективность по сравнению с классическим вариантом, когда петля проводится от влагалищного разреза к кожному [8]. Более того, согласно полученным данным, функциональные результаты операций с использованием субуретральных петель также оказались лучше по сравнению с операцией Берча. Так, например, вероятность развития ургентных симптомов и других расстройств мочеиспускания меньше, чем при кольпосуспензии по Берчу. Другим выводом работы, связанной с направлением введения инструмента, стало то, что проведение петли методом от кожного

«...»

На сегодняшний день операции с использованием синтетической петли, свободно расположенной в зоне средней уретры, принято считать стандартными, вне зависимости от степени тяжести заболевания

разреза к влагалищному как при позадилонном доступе, так и при трансобтураторном приводит к большому числу вновь возникших расстройств мочеиспускания. Трансобтураторный метод проведения субуретральной петли реже приводит к травмам мочевого пузыря и позадилонным гематомам, но, как оказалось, эта методика может быть причиной возникновения хронической паховой боли, связанной с расположением петли [9]. Еще одним важным выводом этой работы является оценка эффективности субуретральных петель у пожилых пациенток, которая оказалась несколько ниже, чем у более молодых.

Риск возникновения рецидива недержания мочи с возрастом увеличивается, но ни одна из методик с использованием синтетических петель не имеет преимущества перед другими у больных пожилого возраста.

Влияние недержания мочи на сексуальную функцию женщин неоднократно было предметом исследований, так как считалось, что нахождение синтетического протеза во влагалище может приводить к диспареунии. Данный метаанализ показал, что операции с использованием синтетических субуретральных петель не приводят к ухудшению недержания мочи. Более того, интенсивность недержания мочи при половых сношениях может значительно уменьшиться в послеоперационном периоде. На сегодняшний день не существует единого мнения о преимуществах трансобтураторного или позадилонного доступа имплантации субуретральной петли на половую функцию [10].

Минислинги

В последнее время возрос интерес к малоинвазивным субуретральным слингам, которые устанавливаются без кожного разреза. Модификации полипропиленовой петли позволяют ей фиксироваться в позадилонном пространстве, к внутритазовой или запирательной фасции, в то же время это позволяет избежать травмы запирательного нерва или же болевого синдрома, вызванного прохождением петли через приводящие мышцы бедра при трансобтураторном доступе. Многие из этих операций предлагается выполнять в клиниках одного дня под местной анестезией.

В настоящее время Abdel Fattah опубликовал Cochrane обзор, который включил в себя анализ данных 758 пациенток, оперированных при помощи минислингов со средним периодом наблюдения около 9,5 месяца. В основном применялись минислинги TVT Secure и Miniarc. Метаанализ показал, что результат лечения с применением минислингов оказался значительно хуже по сравнению со стандартными субуретральными петлями. В то же время эти операции сопровождаются меньшей кровопотерей и меньшими болевыми ощущениями [11].

Парауретральные объемообразующие препараты

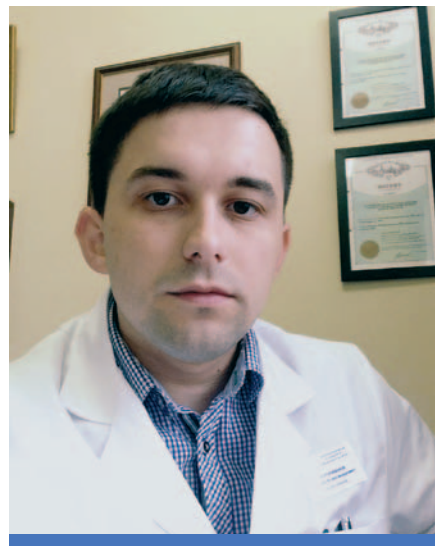
Парауретральные объемообразующие препараты могут быть вариантом лечения для пациентов, которые не хотят подвергаться более инвазивным хирургическим вмешательствам. Данный вид лечения может быть показан также пожилым пациентам и лицам с высоким анестезиологическим риском. Преимущества объемообразующих препаратов весьма ограничены, а эффективность краткосрочна. Пациенты должны знать о вероятной необходимости повторных инъекций и о том, что эффективность лечения невысокая (от 48 до 32 %), она уступает обычным хирургическим методам и уменьшается с течением времени [12].

Императивное недержание мочи

Лечение императивного недержания мочи следует начинать с поведенческой терапии, модификации режима мочеиспусканий и ограничения приема кофеин-содержащих жидкостей. При ИНМ показана эффективность тренировки мышц тазового дна. Существуют исследования, которые показывают, что консервативная немедикаментозная терапия дает результаты, сопоставимые с приемом холинолитиков. При неэффективности консервативной терапии следует рассмотреть лечение фармакологическими препаратами группы холинолитиков, блокаторов мускариновых рецепторов мочевого пузыря.

Доступное в нашей стране фармакологическое лечение включает оксибутинин, лекарственную форму с немедленным высвобождением активного вещества (оксибутинин с продленным высвобождением активного вещества, как и трансдермальная форма оксибутинина в России не зарегистрированы), толтеродин, солифенацин и троспия хлорид. Существует множество рандомизированных клинических исследований для каждого из этих препаратов, демонстрирующих их высокую эффективность по сравнению с плацебо [13]. Выбор препарата осуществляется на основании опыта и предпочтений врача, доступности препаратов и/или предпочтений пациента. Для оценки эффективности лечения рекомендуется применение препарата продолжительностью от 4 до 12 недель. В случаях неэффективности или непереносимости препарата следует рассмотреть применение другого антимускаринового средства. Препараты различаются по способу и частоте применения, рецепторной и органной селективности, размеру молекул, липофильности и специфике метаболизации, что формирует часто тонкие, клинические различия терапии. Среди возможных побочных эффектов наиболее частые: сухость во рту, помутнение зрения, зуд, тахикардия, сонливость, головная боль и запоры. Антимускариновые препараты противопоказаны пациентам с хронической задержкой мочеиспускания, хроническими запорами и узкоугольной (закрытоугольной) глаукомой [14]. Согласно международной клинической практике, ИНМ расценивается как резистентность к лечению холинолитиками при неэффективности минимум двух курсов различных антимускариновых препаратов. В таких ситуациях рекомендовано применение тибиальной стимуляции, других методов нейромодуляции при отсутствии неврологических нарушений, однако эффективность этих методов остается невысокой. Внутрипузырное введение ботулинического токсина — высокоэффективный метод лечения императивного недержания мочи. Применение этого метода позволяет временно блокировать прохождение нервного импульса в пресинаптических окончаниях моторных нервов мочевого пузыря. В настоящее время доказана эффективность метода только для лечения нейрогенной гиперактивности детрузора [15]. Использование ботулинического токсина у больных с императивным гиперактивным мочевым пузырем все еще является предметом клинических исследований, результаты которых будут опубликованы в ближайшее время.

Во второй части нашей статьи мы рассмотрим проблему недержания мочи у мужчин и современную фармакотерапию.



Ю.А. КУПРИЯНОВ
Сотрудник кафедры урологии МГМСУ, член Европейской урологической ассоциации (EAU), член международного общества по удержанию мочи (ICS), член российского общества урологов (РОУ)

«...»

Внутрипузырное введение ботулинического токсина – высокоэффективный метод лечения императивного недержания, его результативность доказана только в случае нейрогенной гиперактивности детрузора

Литература

1. *Abrams P., Andersson K. E., Birder L. et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. Neurourol. Urodyn. 2010;29:213–40.*
2. *Shamliyan T. A., Kane R. L., Wyman J. et al. Systematic review: randomized, controlled trials of nonsurgical treatments for urinary incontinence in women. Ann. Intern. Med. 2008;148:459–73.*
3. *Dumoulin C., Hay-Smith J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2010: CD005654.*
4. *Richter H. E., Burgio K. L., Brubaker L. et al. Continence pessary compared with behavioral therapy or combined therapy for stress incontinence: a randomized controlled trial. Obstet. Gynecol. 2010;115:609–17.*
5. *Cody J. D., Richardson K., Moehrer B. et al. Oestrogen therapy for urinary incontinence in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2009; (4): CD001405.*
6. *Hong J.H., Choo M.S., Lee K.S. Long-term results of laparoscopic Burch colposuspension for stress urinary incontinence in women. J Korean Med. Sci. 2009; 24 (6):1182–86. Epub 2009 Nov 9.*
7. *Lucas M.G., Betredinova D. et al. EAU guidelines on surgical treatment of urinary incontinence. Eur. Urol. 2013.*
8. *Pushkar D., Kasyan G., Gvozdev M., Sosnowski R. Analysis of 1000 cases of synthetic midurethral slings used for treatment of female urinary incontinence – a single-center experience. Cent. Eur. J Urol. 2011;64(4):243.*
9. *Lucas M. G., Bosch R. J., Burkhard F. C. et al. EAU guidelines on surgical treatment of urinary incontinence. Eur. Urol. 2012; 62 (6):1118–29.*
10. *Dmochowski R. R., Blaivas J. M., Gormley E. A. et al. Female Stress Urinary Incontinence Update Panel of the American Urological Association Education and Research, Whetter LE. Update of AUA guideline on the surgical management of female stress urinary incontinence. J Urol. 2010;183 (5):1906–14.*
11. *Abdel-Fattah M., Ford J. A., Lim C. P. et al. Single-incision mini-slings versus standard midurethral slings in surgical management of female stress urinary incontinence: a meta-analysis of effectiveness and complications. Eur. Urol. 2011;60 (3):468–80.*
12. *Kirchin V., Page T., Keegan P. E. et al. Urethral injection therapy for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2012; (2): CD003881.*
13. *Chapple C. R., Khullar V., Gabriel Z. et al. The effects of antimuscarinic treatments in overactive bladder: an update of a systematic review and meta-analysis. Eur. Urol. 2008;54 (3):543–62.*
14. *McDonagh M.S., Selover D., Santa J. et al. Drug class review: agents for overactive bladder. Final report. Update 4. Portland, Oregon: Oregon Health & Science University, March 2009.*
15. *Apostolidis A. Neuromodulation for intractable OAB. Neurourol. Urodyn. 2011;30:766–70.*

Кафедра урологии ФГОУ ДПО Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства (ФМБА) России

В Российской Федерации, как и во всем мире, наблюдается стремительное развитие высокотехнологичных и малоинвазивных методов диагностики и лечения различных урологических заболеваний и их широкое внедрение в клиническую практику. В настоящий момент количество специалистов, профессионально владеющих данными технологиями в оперативной деятельности, невелик. У работников медицинских учреждений имеется необходимость в приобретении знаний и навыков по современной диагностике и лечению различных урологических заболеваний.

Кафедра урологии ФМБА России была создана в связи с необходимостью консолидации урологической службы ФМБА России, а также в связи с необходимостью обмена опытом и повышения профессионального уровня врачей-урологов Российской Федерации, внедрения новых высоких технологий в урологическую практику. Для выполнения вышеуказанных задач в мощную научно-практическую группу были объединены следующие клиники: отделение малоинвазивной урологии ГБУЗ ГКБ № 57 ДЗ г. Москвы, урологические отделения КБ № 119 ФМБА РФ, КБ № 83 ФМБА РФ, больницы Гражданской Авиации.

В рамках педагогической деятельности на кафедре ведущими специалистами в области урологии, эндоурологии, лапароскопии, андрологии и генитальной хирургии осуществляются следующие виды послевузовского и дополнительного профессионального образования:

• обучение в ординатуре и аспирантуре по специальности «Урология»;

• профессиональная переподготовка врачей по специальности «Урология»;

• общее усовершенствование по специальности «Урология» (сертификационный курс);

• тематическое усовершенствование: «Эндоскопическая хирургия мочевых путей и дистанционная литотрипсия», «Андрология и генитальная хирургия», «Лапароскопическая урология».

Специализированные циклы:

«Перкутанная хирургия почек и ВМП», «Трансуретральная эндохирургия в урологии», «Лапароскопия и ретроперитонеоскопия в урологии», «Лазерная эндохирургия в урологии», «Дистанционная литотрипия в лечении МКБ», «Оперативная уроонкология», «Оперативная андрология».

Заведующий кафедрой – д.м.н., профессор Алексей Георгиевич Мартов является одним из наиболее известных специалистов по эндоурологии в России, заместителем председателя Российского общества урологов, президентом Российского общества по эндоурологии и новым технологиям, делегатом от России во Всемирном эндоурологическом обществе.

Профессора кафедры д.м.н. Михаил Миронович Сокольщик, д.м.н. Наталья Борисовна Забродина, доценты к.м.н. Рафаэль Габбасович Биктимиров и к.м.н. Кирилл Александрович Павленко являются признанными лидерами в различных областях урологии.

Научная деятельность кафедры состоит в разработке и внедрении в клиническую практику новых методов диагностики и лечения урологических заболеваний.

На клинических базах кафедры урологии осуществляется консультативная и лечебная помощь в рамках ОМС, федеральных квот и платных медицинских услуг.

Прием ведут высококвалифицированные специалисты – кандидаты и доктора наук, сотрудники кафедры урологии.

На базах кафедры можно получить консультацию, провести обследование и лечение по поводу широкого спектра урологических заболеваний и заболеваний мужской половой системы.

Контакты кафедры: www.medprofedu.ru – сайт ИПК ФМБА РФ.

Сайты кафедры – www.amartov.ru, www.uroworld.ru

Зав. кафедрой: Алексей Георгиевич Мартов, телефон: 8 (499) 163–03–34, e-mail: martovalex@mail.ru

Учебная часть: ассистент кафедры Александр Нурмагомедович Абдулхамидов, телефон: 8 (495) 649–98–77, e-mail: dr.abdul@mail.ru

Ергаков Дмитрий Валентинович, телефон: 8 (926) 224–07–74

монурал®
ФОСФОМИЦИНА ТРОМЕТАМОЛ

Рекомендован как препарат первой линии
для лечения цистита
Российскими национальными рекомендациями,
GL EAU, GL IDSA

- Пиковая концентрация Монурала в моче в 440 раз выше уровня МПК для *E. Coli*
- Самая высокая чувствительность к *E Coli* в России, США и странах ЕС (ARESC, ДАРМИС)
- Одобрен FDA для применения у детей и беременных
- 1 доза 3 г на курс лечения при терапии острого цистита
- 1 доза 3 г каждые 10 дней, курс 3 месяца – при терапии рецидивирующего цистита

реклама

ООО «Замбон Фарма»
119002, Москва, Глазовский пер., д. 7, офис 17
Тел. (495) 933-38-30 (32), факс 933-38-31

Zambon 1906

Вопросы медицинского образования, повышение квалификации, этики и деонтологии, юридические аспекты урологии

В процессе работы над данным обзором был проведен анализ наиболее интересных статей, опубликованных в самых читаемых и авторитетных журналах по урологии, таких как Journal of Urology, European Urology, Urology, Journal of Sexual Medicine, Current Opinion in Urology, Neurourology and Urodynamics и др. При анализе урологической литературы последних месяцев использовались статьи, которые имеют непосредственное практическое значение.

А. В. ЖИВОВ
Главный врач, медицинский директор Международной Клиники MEDEM, Санкт-Петербург,
доцент кафедры урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова, Москва

Обратила на себя внимание публикация проф. J. Smith (J. Urol., 2013, Vol. 190, № 2, P. 379–380), в которой был поставлен острый вопрос, кто и на основании каких критериев осуществляет допуск и принимает решение о возможности самостоятельного выполнения операций хирургом-урологом в данном лечебном учреждении. Ведь результаты оперативных вмешательств зависят не от оборудования, а от тех, кто им управляет. Хирургический робот не может сам навредить человеку или спасти его, это всего лишь компьютеризированная механическая рука, движения которой полностью контролирует оперирующий хирург.

Как это не покажется странным, даже в США отсутствует четкая система критериев и отлаженная система такого допуска или возможности получения «привилегии» для данного хирургического специалиста, в том числе уролога, дающей право самостоятельного выполнения операций в данном госпитале.

Формально можно проверять документы об образовании, прохождении усовершенствований, участии в обучающих циклах и тренингах, читать отзывы других коллег о данном специалисте и так далее. Но кто может дать гарантию, что все эти документы, мнения и отзывы правдивы, объективны и свободны от коммерческой или карьерной заинтересованности? Тем более что для большинства госпиталей операционная является основным источником дохода, бесперебойная работа которого обеспечивает финансовое благополучие и самих докторов, и учреждения в целом. Кто подтвердит, что данный специалист в результате пройденного им обучения действительно освоил специфические хирургические приемы и набрал достаточный практический опыт? Ведь так называемая «кривая обучения», или количество операций, которые необходимо сделать самостоятельно для ее освоения, весьма вариабельна и индивидуальна. Автор говорит о необходимости создания при госпиталях специальных комиссий, в компетенцию которых должно входить принятие серьезного решения о допуске хирургических специалистов к самостоятельной работе.

При этом члены комиссии должны нести персональную ответственность за принятое решение. Необходимо создание особых программ проверки практических навыков, в том числе с помощью симуляторов и тренажеров. И конечно, сами оперирующие урологи должны критически относится к своей квалификации, уровню практической подготовки и необходимости ее совершенствования.

Ведь не робот отвечает за результат операции, а хирург, завершает статью автор. Данный вопрос, безусловно, актуален и для нашей страны, где проблема врачебной квалификации и качества медицинской помощи более чем насущна, а выпускники урологических ординатур и другие обладатели сертификата специалиста по урологии зачастую к самостоятельной хирургической работе не готовы.

Другая заслуживающая внимания с нашей точки зрения статья канадских авторов T. Nguyen и соавт. (J. Urol., 2013, Vol. 190, № 9, pp. 894–899) была посвящена сравнению эффективности освоения навыков лапароскопической хирургии в урологии с помощью коммерчески доступных дорогостоящих видео-лапароскопических тренажеров (VLT) трехмерного изображения по сравнению с упрощенными и зачастую самодельными системами-симуляторами, работающими в двухмерном пространстве (SLT). Анализу подверглись 864 научные работы по данной проблеме, которые представляли собой рандомизированные контролируемые исследования (РКТ), включавшие от 22 до 42 участников. Оценивалось качество освоения основных навыков лапароскопической хирургии, включая диссекцию, пересечение и перемещение тканей, наложение швов и др.

Что касается наложения швов, то использование VLT давало преимущества обучаемым, но оно не оказалось статистически достоверным в большинстве исследований по сравнению с SLT. По всем остальным навыкам различий не было зафиксировано. В целом авторы делают вывод, что использование более простых тренажеров лапароскопической хирургии не ухудшает качество освоения ее навыков. Однако очень важным преимуществом VLT является возможность симуляции кровотечения, что очень важно, например, при наложении швов на паренхиматозные органы (печень, почки) и не столь существенно при освоении, например, лапароскопических кишечных швов. В проанализированных работах не подвергалось сравнению качество освоения навыков новичками и их совершенствование более опытными хирургами с помощью различных тренажеров. Этот вопрос требует дальнейшего изучения.

Логически представляется, что для более продвинутых лапароскопических хирургов VLT могут быть эффективнее. Исследование оставило много неразрешенных вопросов. Насколько полученные с помощью тренажеров навыки могут напрямую транслироваться в операционную, и если обучающийся абсолютно профессионален на тренажере, так ли это будет в операционной? Сравниваемые SLT-системы были разные, однако как класс они вполне конкурентны с более дорогостоящими.

Авторы рекомендуют повсеместно развивать классы недорогих лапароскопических тренажеров для более быстрого и интенсивного освоения навыков лапароскопической хирургии в урологии, что нельзя не поддержать.

Реконструктивная урология

Наше внимание привлекли статьи, посвященные причинам формирования и методам лечения стриктур уретероинтестинального анастомоза артифициального мочевого пузыря, формируемого в ходе операции радикальной цистэктомии.

Интересное исследование о влиянии использования техники непрерывного или отдельного шва при наложении уретероинтестинального анастомоза при создании артифициального мочевого пузыря представили M. C. Large и соавт. (J. Urol., 2013, Vol. 190, № 9, pp. 923–927). Проведено сравнение частоты анастомотических стриктур у 149 пациентов, которым накладывался непрерывный шов, против 109, которым накладывался отдельный шов. Влияние каких-либо других факторов на результат, кроме техники наложения шва, за исключением инфекции мочевых путей, расценено как незначимое. В первой группе стриктура анастомоза образовалась в 12,7 %, во второй — в 8,5 % случаев (p=0,14). Таким образом, авторы рекомендовали накладывать отдельные швы на уретероинтестинальный анастомоз для уменьшения частоты его сужений.

В другом исследовании D. Schondorf и соавт. (J. Urol., 2013, Vol. 190, № 8, pp. 585–590) изучили сравнительную эффективность эндоскопического (баллонная дилатация и лазерная эндоуретротомия) против открытого хирургического (иссечение рубцово-измененного сегмента и реанастомоз) лечения послеоперационных стриктур уретероилеального анастомоза артифициального мочевого пузыря. Эффективность открытой реконструктивной операции составила 91 %, в то время как эндоскопических вмешательств — всего 26 %.

Таким образом, ответ на вопрос, вынесенный в заголовок статьи: «Есть ли вообще место для эндоскопического лечения стриктур уретероилеального анастомоза артифициального мочевого пузыря?», представляется очевидно отрицательным. И особенно это справедливо, как и при лечении стриктур уретры, для сужений длиннее 1 см, подчеркивают авторы.При анализе урологической литературы последних месяцев были использованы статьи, имеющие непосредственное практическое значение. Если читатели того пожелают, в следующих обзорах будут освещены последние публикации, имеющие чисто теоретический интерес. В любом случае благодарю читателей за внимание и рассчитываю на активный диалог с ними, что позволит сделать рубрику литературных обзоров газеты «Московский уролог» по-настоящему интересной.

Уважаемые читатели газеты «Московский уролог», с большим удовольствием начинаю сотрудничество с газетой как автор обзоров современной урологической литературы. В каждом номере постараюсь привести и коротко прокомментировать наиболее интересные публикации по избранным разделам урологии.

Буду очень признателен, если вы, уважаемые читатели, выскажете свои пожелания и предложения по улучшению данной рубрики. Меня прежде всего интересует вопрос, хотите ли вы видеть в каждом номере подборку небольшого количества статей практически по всем аспектам урологии, либо предпочитаете более детальное рассмотрение с большим количеством реферированных статей по отдельным тематикам в каждом номере газеты. Свои комментарии и критические замечания вы можете отправлять на электронную почту urorec@gmail.com.

С уважением и наилучшими пожеланиями, Живов Алексей Викторович

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