стр. 6
Развитие роботизированной урологии в Москве. Образовательный цикл на базе двух кафедр

стр. 13
Лейомиома мочевого пузыря. Случай из практики

стр. 30
«Мудрый Арам» – интервью академика М.Ф. Трапезниковой о своем учителе

ГАЗЕТА ВЫХОДИТ ПРИ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКЕ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

№ 3
ДЕКАБРЬ 2013 г.

В НОМЕРЕ

ИНТЕРВЬЮ
П.В. Глыбочко: Развитие медицины – в профессиональном росте врача
стр. 3

ПРАВОВОЙ АСПЕКТ
Социальная поддержка пациентов, имеющих право на получение государственной помощи
стр. 4

ДИСКУССИЯ
Мочевые камни – всегда ли только операция? Если да, то когда и как?
стр. 10

HIGH TECH
Современный рынок медицинских мобильных приложений в сфере здравоохранения. Причины популярности и перспективы развития
стр. 24

Уважаемые коллеги!

Поздравляем вас с наступающим Новым годом и Рождеством!

Пусть следующий год будет удачным для нас и для нашей профессии, а газетные полосы содержат исключительно познавательные и позитивные новости!
Мы искренне желаем вам в наступающем году незабываемых встреч и ярких впечатлений, удачных проектов и мудрых решений, крепкого здоровья и семейного благополучия!

Главный редактор А. А. Камалов

В 2013 г. вышло в печать специализированное издание для врачей-урологов — информационно-аналитическая газета «Московский уролог».

На страницах газеты освещаются актуальные клинические вопросы современной урологии, пути их решения, мнения экспертов. Ведущие урологи представляют сложные клинические случаи из собственной практики. Постоянные колонки газеты отражают новые и основные нормативно-правовые акты, регулирующие деятельность урологической службы и организации здравоохранения в целом, разъясняются точки их приложения и реализации.

Публикуются анонсы, отчеты и комментарии о прошедших важных мероприятиях для врачей-урологов. Познавательными элементами формата газеты являются инновационные технологии, результаты клинических исследований, исторические и библиографические очерки и многое другое.

Редакция надеется, что газета «Московский уролог» станет надежным и интересным источником получения научной и практической информации для вас, повысит сотрудничество между коллегами, позволит узнать больше об истории урологии и жизни известных врачей-урологов.

ИМП: как преодолеть?

13–14 февраля в гостинице «Холидей Инн Москва Сокольники» состоится XIII Всероссийская научно-практическая конференция «Рациональная фармакотерапия в урологии 2014». Традиционно в рамках научной программы пройдут пленарные заседания, симпозиумы, «круглые столы» по междисциплинарным проблемам, клинические разборы с интерактивным голосованием. Значимое событие первого дня конференции — сателлитный симпозиум «Инфекции в урологии. Современная парадигма лечения». Мероприятие пройдет при поддержке компании «Астеллас Фарма Юроп Б.В.», которая является признанным лидером по производству препаратов, применяемых для лечения урологических заболеваний, в том числе инфекций мочевыводящих путей.

Термин «инфекции мочевыводящих путей» (ИМП) охватывает широкий круг заболеваний. В зависимости от преимущественного инфекционного поражения какого-либо органа мочевой системы выделяют цистит, пиелонефрит, простатит, уретрит и т.д. Из них самым распространенным на сегодняшний день является цистит. По подсчетам специалистов, в России в год наблюдается 26—36 млн случаев. Но проблема лечения ИМП актуальна не только для нашей страны. За рубежом проводится множество исследований, посвященных ей.

Председатели сателлитного симпозиума: М. Бассети (Удине, Италия) и Т.С. Перепанова. Первый представит доклад «Вопросы резистентности в странах Восточной и Западной Европы. Последние данные», цель которого — поиск возможных путей преодоления кризиса резистентности.

Программа мероприятия включает еще несколько выступлений, освещающих разные аспекты терапии ИМП:

- Т.С. Перепанова «Профилактика инфекций нижних мочевыводящих путей. Возможна ли она?»
- Л.А. Синякова «Современные подходы к лечению инфекций нижних мочевыводящих путей»
- И.А. Аполихина «Дифференциальная диагностика и рациональная антибиотикотерапия при резистентном гиперактивном мочевом пузыре и хроническом цистите у женщин».

Ведущие специалисты, работающие в этой области, поделятся собственным опытом диагностики и лечения ИМП, опишут существующие подходы медикаментозной терапии, в том числе с помощью антибактериальных препаратов компании «Астеллас» (Юнидокс Солютаб®, Вильпрафен®, Супракс® Солютаб® и Уро-Ваксом®).

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
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 депортамента 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»
Председатель Совета директоров – Ирина КРАСИВСКАЯ
Генеральный директор – Алексей ДРОЗДОВ

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 декабря 2013 г. в 10:00

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

Правительство Москвы

Департамент здравоохранения города Москвы

Российское общество урологов

К 90-летию со дня рождения Николая Алексеевича Лопаткина

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в **III Научно-практической конференции «Фундаментальная и практическая урология»,** посвященной 90-летию со дня рождения великого ученого, основоположника урологической школы в России и в странах постсоветского пространства, создателя сильнейшего отечественного научно-исследовательского института урологии, Героя Социалистического Труда, лауреата Государственных премий СССР, премий Совета Министров СССР, академика РАМН, профессора кафедры урологии и андрологии ФФМ им. М.В. Ломоносова НИКОЛАЯ АЛЕКСЕЕВИЧА ЛОПАТКИНА.

Конференция состоится 18–19 февраля 2014 г. в здании правительства Москвы.

В рамках научной программы будут обсуждаться результаты фундаментальных исследований; практические вопросы, касающиеся современных методов обследования и лечения пациентов с урологическими заболеваниями. Мероприятие познакомит с новыми аспектами различных направлений в урологии, совершенствованием медицинского оборудования и оперативных технологий в соответствии с мировыми стандартами.

В рамках научно-практической конференции будут организованы пленарные заседания, научные симпозиумы, дискуссионные «круглые столы», выставка, на которой будут представлены достижения отечественных и зарубежных фармакологических фирм и производителей медицинского оборудования.

Организационно-методический отдел по урологии

Адрес: 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, д. 42
Тел./факс: (499)431-56-24
Ходырева Любовь Алексеевна,
Дударева Анна Анатольевна.
Тел./факс: (499) 432-96-22
Лалабекова Марина Валерьевна
E-mail: moscowurology2014
http://glavurolog.msk.ru

Российская общественная организация «Мужское здоровье»

X КОНГРЕСС «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ» с международным участием

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ
Правительства Российской Федерации
Правительства Республики Беларусь
Российской академии наук
Российской академии медицинских наук
Российского общества урологов
Белорусской ассоциации урологов (БАУ)
Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова
Российской ассоциации эндокринологов
Российского общества неврологов
Российского общества кардиологов
Всероссийского научного общества онкологов
Российского общества пластических, реконструктивных и эстетических хирургов
Российского общества акушеров-гинекологов
Общественных медицинских организаций стран СНГ

Уважаемые коллеги и друзья, дамы и господа!

Для проведения X конгресса «Мужское здоровье» и второй конференции «Мужское здоровье» стран СНГ был избран г. Минск, столица Республики Беларусь как город, славный не только историческими и культурными памятниками, но и знаменитой медицинской урологической школой.

Данный медицинский форум будет проводиться под патронажем правительств Российской Федерации и Республики Беларусь. В дни проведения конгресса Минск будет принимать финальный этап чемпионата мира по хоккею с шайбой. Хоккей является символом мужественности, отваги, самоотверженности, железного здоровья и других качеств настоящего мужчины, поэтому девизом X конгресса должен стать лозунг: «В хоккей играют настоящие мужчины!».

Участники и гости X конгресса и 2 конференции стран СНГ получат уникальную возможность болеть за свои национальные сборные непосредственно на месте событий.

Научные темы конгресса

1. Инновационные разработки и фундаментальные научные исследования в области андрологии.
2. Актуальные вопросы мужской репродуктивной системы.
3. Сексуальные расстройства у мужчин.
4. Онкологические заболевания у мужчин.
5. Заболевания предстательной железы.
6. Урогенитальные реконструктивно-пластические операции.
7. Андрологическая эндокринология.
8. Влияние заболеваний различных органов и систем на качество жизни мужчин: междисциплинарный подход.
9. Профилактические и реабилитационные аспекты мужского здоровья.
10. Педиатрическая андрология.

Во время работы конференции планируется проведение выставки и сателлитных симпозиумов фирм-спонсоров.

Взнос участника конгресса составляет 4 тыс. руб. От оплаты регистрационного взноса освобождаются председатели секционных заседаний, докладчики и участники конкурса молодых ученых.

С дополнительной информацией можно ознакомиться на сайте конгресса www.rusmh.org.

Место проведения: Республика Беларусь, г. Минск

Сроки проведения: 21–24 мая 2014 г.

Срок подачи тезисов: до 1апреля 2014 г. по e-mail: roo.rusmh@gmail.com, marina.lal@mail.ru

Требования к присылаемым материалам: шрифт Times New Roman, одинарный интервал, размер шрифта – 12, объем – одна страница формата А4.

Научная программа конгресса будет формироваться на основе тезисов, присланных в оргкомитет. Лучшие работы и доклады, представленные на конгрессе, отобранные Междисциплинарным советом, традиционно будут отмечены специальными премиями и дипломами, а также возможностью посещения финальных матчей чемпионата мира по хоккею с шайбой 2014.

Предусматривается проведение торжественного гала-банкета.

Координаты оргкомитета:

(499) 432-96-22 Лалабекова Марина Валерьевна – исполнительный директор, e-mail: marina.lal@mail.ru

(499) 432-96-22 Охоботов Дмитрий Александрович – ученый секретарь

РОО «Мужское здоровье», e-mail: 14072003m@gmail.com

Технический организатор: ООО «Научно-методический организационный медицинский центр». По вопросам бронирования гостиниц, трансфера и организации культурной программы обращаться в оргкомитет.

Петр Глыбочко:

Развитие медицины - в профессиональном росте врача!

П.В. ГЛЫБОЧКО,
ректор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, чл.-корр. РАМН, профессор

— Третий Федеральный государственный образовательный стандарт для студентов-медиков внедрен с сентября 2011 г. Он заменил предыдущий стандарт, по которому университеты работали с 2000 г. Чем третий стандарт отличается от предыдущего?

— Действительно, начиная с набора 2012 г., студенты полностью учатся по Федеральным государственным образовательным стандартам (ФГОС) третьего поколения. Стандарт второго поколения предписывал определенный перечень дисциплин и их содержание, обязательные для выполнения. Теперь же в основе подготовки лежат профессиональные компетенции и умения, усвоенные знания, обеспечивающие соответствующую квалификацию и уровень образования. То есть принципиальным отличием образовательных стандартов нового поколения является их ориентация на результат обучения. Что стоит за этими изменениями?

Так называемый компетентностный подход к подготовке специалиста предусматривает набор определенных практических навыков на каждом уровне обучения. Эта градация повышается от курса к курсу медицинского вуза и продолжается на всех этапах постдипломной переподготовки и повышения квалификации врача.

— Согласно статистике Минздрава на сегодняшний день 46 российских медвузов ежегодно выпускают 37 тыс. человек, 24 тыс. из которых проходят обучение за счет бюджета. Согласно данным той же статистики ежегодно российская медицина теряет около 55 тыс. врачей, треть из которых уходят из медицины. На ваш взгляд оправдан ли выпуск такого числа молодых врачей, если значительная часть из них впоследствии уйдет из профессии?

— Всякая величина познается только в сравнении. Велик или мал выпуск в 36 тыс. в год, если общая нехватка врачей в отрасли составляет 40 тыс.? При этом у нас в первичном звене примерно в 2–2,5 раза меньше врачей, чем необходимо по всем нормативам Всемирной организации здравоохранения. Зато во многих стационарах явный профицит специалистов при столь же явном профильном дисбалансе: у нас избыток стоматологов, офтальмологов, хирургов, но не хватает анестезиологов, реаниматологов, детских онкологов. Я даже не упоминаю о дефиците среднего медперсонала, а это около 270 тыс. человек!

Почему люди уходят из профессии? В большинстве случаев из-за зарплаты, условий труда. И ситуация эта не вчера возникла, а нарастала десятилетиями. Сейчас очень многое меняется во всей системе здравоохранения: растут зарплаты, модернизируется клиническая база, появились возможности для профессиональной мобильности. Через несколько лет ситуация в корне изменится к лучшему. Говорю так уверенно, потому что, проведя такие же преобразования в нашем университете, мы получили хорошую укомплектованность штатов при отсутствии «текучки кадров».

Мне же как ректору гораздо важнее, почему до 20 % выпускников медвузов не идут в практическое здравоохранение, а уходят в другие профессии или в чиновники. Для начала убежден: нужны дополнительные испытания при приеме, к примеру по истории медицины. Важно понимать, что медицина — «служение, а не дело дохода». Нужно знать статью Ивана Ильина «О призвании врача», иметь представление о жизненном пути Святителя Луки (Войно-Ясенецкого) — великого врача, хирурга, который пришел в медицину, считая, что не вправе заниматься тем, что нравится, но обязан делать то, что полезно для страдающих людей. Так же возможны испытания по анатомии человека, элементарным практическим навыкам оказания медицинской помощи, психологическое тестирование. Цель их не столько оценить знания, сколько понять, насколько профессия врача является призванием молодого человека.

Далее очень важно дать студенту обрести профессиональную уверенность. Мы должны предоставить ему самые современные формы и технологии обучения, дать твердые теоретические знания, обучить необходимым практическим навыкам. Но при этом нужно помнить: врачом не становятся у монитора компьютера! Обучение у постели больного было и остается основной формой подготовки. Врач должен общаться с пациентом, научиться собирать анамнез, правильно выбирать тактику лечения. Наша задача воспитывать и развивать клиническое мышление. Университетские больницы Первого Меда насчитывают более 20 разнопрофильных клиник и множество межклинических подразделений. Именно в них наши студенты получают бесценный опыт под руководством лучших преподавателей.

А что же в других вузах? Лишь 10 из 46 медицинских вузов системы Минздрава России имеют свои клиники. Причем только три медицинских университета располагают клиниками мощностью более 1 тыс. коек. А это — среднекоечная мощность областных больниц. Другими словами, многие вузы фактически не могут обеспечить должный качественный уровень клинической подготовки. И трудно даже представить, какими возможностями в этом плане обладают медицинские факультеты непрофильных вузов! Как результат — неуверенность в своих силах, боязнь клинической практики и уход из профессии, т.е. большое число выпускников являются врачами чисто формально, и требуются кардинальные перемены в системе подготовки.

— На сегодняшний день в РФ сильно выражен дисбаланс медицинских кадров. В отдаленных регионах наблюдается их острый дефицит. Как вы относитесь к идее распределения и насколько это реально в обозримом будущем?

— Тему распределения мы должны просто закрыть, хотя бы потому, что Россия вступила в Болонский образовательный процесс. И возврата к прошлому не будет. С другой стороны, в Первом Меде мы разработали свой подход к кадровому обеспечению регионов и повышению ответственности поступивших по целевому набору. Думаю, в вузах должен быть многоуровневый прием: бюджетный, платный и «целевой контрактный». В последнем случае каждый регион заказывает необходимое количество специалистов и оплачивает их обучение. Но изначально все взаимоотношения с абитуриентом прописываются в контракте. Регион может оплатить стипендию, ординатуру, подъемные, но выпускник обязан вернуться и отработать определенный срок по специальности. Такая система не только увеличит ответственность «целевиков» перед своими территориями, но и повысит конкуренцию между вузами. Каждый регион еще подумает, кому отдать свои деньги и получить лучшего специалиста. Эти предложения нашли полное взаимопонимание в Минздраве.

— На многих научно-практических конференциях поднимается вопрос о низком качестве последипломного образования. В частности, отмечается, что 2 года ординатуры это очень мало. В этой связи предлагается увеличить сроки обучения в ординатуре, произвести полный пересмотр программы обучения. Скажите, пожалуйста, какая работа ведется в настоящее время в этом направлении, какое ведомство этим занимается (Минздрав или Минобр), каковы ближайшие перспективы и какова роль УМО в данном вопросе?

Прежде всего, срок обучения в ординатуре будет дифференцирован — от 2 до 5 лет в зависимости от специальности. Далее нужны четкие критерии подготовки и оценки результатов. В университете мы разработали систему, по которой можно проводить обучение как на додипломном, так и на уровне дополнительного профессионального образования. Она определяет многоэтапную и многоуровневую подготовку и аттестацию специалистов. Объясню на примере эндохирургии: начиная с работы в 3D-визуализации, затем отработки навыков на виртуальных симуляторах, на тренажерах «живой эндоскопии» на нативных тканях, далее — на экспериментальных животных, и только после успешного освоения всех этапов специалист сможет получить допуск в операционную к больному. Причем на каждом этапе обучения критерием будет служить не просто удачное освоение навыка, но его неоднократное повторение и наработка с ним определенного количества «летных часов». Лишь после этого обучающийся может перейти на новый уровень обучения. Эта система обсуждалась на площадке УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России и нашла полное понимание. Кстати, читателям газеты «Московский уролог» приятно будет узнать, что благодаря усилиям УМО с будущего года нам удалось вернуть урологию из вспомогательных дисциплин в состав основных.

— Мы знаем, что в МЗ создан координационный совет по непрерывному медицинскому образованию, значительное место в котором уделяется дистанционному обучению. Расскажите, на каком этапе становления находится эта система в России?

— Координационный совет только недавно начал работу. Он был создан в начале 2013 г. и занимается повышением качества медицинской помощи и квалификации медицинских кадров. В совете работают представители и нашего университета. Дистанционное обучение, конечно, важный, но не основной вопрос в системе профессионального образования. Гораздо важнее стоит проблема мотивации врачей (и их руководителей) к обучению. Лишь после этого имеет смысл обсуждать формы и методы. Конечно, в условиях дефицита кадров, отпустить врача или медсестру районной больницы на учебу очень проблематично. И дистанционные технологии тут станут выходом из ситуации. Но нужно признать, что пока все телекоммуникационные проекты слишком дорогостоящи для всех участников процесса. Ведь речь идет о создании целой межрегиональной инфраструктуры. Мы готовы включиться в эту работу. Первый Мед как старейший и наиболее инновационный медвуз страны сегодня в полной мере обладает необходимым технологическим уровнем (Интернет, web-камеры, IP- и 3D-технологии), методиками дистанционного образования и высоко подготовленными научно-педагогическими кадрами. В Институте профессионального образования Первого МГМУ им. И. М. Сеченова на этапе повышения квалификации специалистов уже используются вебинары, единый образовательный портал, видео/web-конференцсвязь, web-трансляции и презентации, мастер-классы online, web-интегрированные системы и операционные. И если постараться привлечь к этому процессу еще и крупный бизнес, то в России реально создать не только современное дистанционное обучение, но и телемедицину уровня развитых стран мира.

Но не надо дожидаться лучших времен, чтобы твердо усвоить: врач должен учиться всю жизнь, быть на острие знаний и находить для этого все пути. Только в постоянном профессиональном росте каждого мы получим развитие всей российской медицины в целом.

Социальная поддержка пациентов, имеющих право на получение государственной помощи

Дополнительное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной помощи, — это одна из мер социальной поддержки. В настоящее время Правительство Российской Федерации совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации определили стратегию лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 г.

А. А. КАМАЛОВ,
зав. кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М. В. Ломоносова, главный уролог ДЗ г. Москвы, член-корр. РАМН, профессор, д.м.н.

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

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

А. Р. ГЕВОРКЯН,
окружной уролог ЗАО города Москвы, заведующий урологическим отделением филиала № 2 ГБУЗ ГП № 195 ДЗМ, врач уролог высшей категории, к.м. н.

Основными целями социальной политики в Российской Федерации являются: последовательное повышение уровня и качества жизни населения, соблюдения основных социальных гарантий, организация дополнительного обеспечения отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами по рецептам врачей.

Основной целью Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 г. является формирование рациональной и сбалансированной с финансовыми ресурсами бюджетов всех уровней системы лекарственного обеспечения населения для удовлетворения потребностей здравоохранения страны в доступных, качественных и эффективных лекарственных препаратах.

Определены приоритеты государственной политики Российской Федерации в области лекарственного обеспечения:

1. **Всеобщность**.

Государственная лекарственная политика должна обеспечивать гарантированный доступ к необходимым лекарственным средствам каждому российскому гражданину, вне зависимости от его социального статуса и материального положения или места проживания.

2. **Доступность**.

Государственная лекарственная политика направлена на расширение возможности применения системой российского здравоохранения доступных, современных и эффективных лекарственных средств для населения.

3. **Эффективность**.

Система лекарственного обеспечения должна соответствовать современным требованиям к лечению на основе принципов доказательной медицины и новейших стандартов лечения.

4. **Качество и безопасность**.

Государственное регулирование обращения лекарственных средств направлено на обеспечение системы здравоохранения только теми лекарственными средствами, которые соответствуют стандартам качества, эффективности и безопасности.

5. **Сбалансированность**.

Система лекарственного обеспечения базируется на реальных возможностях бюджета страны, частного сектора и граждан при условии сохранения и расширения существующих государственных гарантий в области медицинской помощи.

6. **Солидарное участие граждан и государства**.

Возмещение затрат личных средств граждан по приобретению необходимых лекарственных препаратов может эффективно использовать механизмы софинансирования со стороны государства и граждан в соответствии с их уровнем возможностей.

7. **Обеспечение национальной безопасности**.

Государственная лекарственная политика должна обеспечивать стратегическую доступность необходимых лекарственных средств, в том числе за счет развития отечественных производств полного цикла, способных обеспечить увеличение доли лекарственных препаратов, разработанных и произведенных на территории России.

8. **Комплексность**.

Систематизированный учет всех элементов и этапов процесса лекарственного обеспечения в контексте реализуемой социально-экономической политики Российской Федерации.

9. **Реагирование**.

Управление эффективностью реализации лекарственного обеспечения на основе мониторинга параметров функционирования системы и потребностей населения Российской Федерации в лекарственных средствах.

Основные этапы реализации стратегии:

I этап (2013 г.):

Изучение зарубежного опыта по реализации различных систем лекарственного обеспечения и разработка механизмов их соотнесения с программой обязательного лекарственного страхования.

Проведение сравнительных исследований социально-экономической эффективности различных медицинских технологий и необходимых расчетов для формирования моделей лекарственного обеспечения граждан в амбулаторных условиях при различных уровнях финансовой обеспеченности. Выбор модели лекарственного обеспечения.

Разработка необходимой законодательной и нормативно-правовой базы для реализации стратегии.

Разработка порядка функционирования единой информационной системы, позволяющей осуществлять мониторинг и контроль ситуации в сфере лекарственного обеспечения населения Российской Федерации.

II этап (с 2014 по 2015 г.)

Реализация моделей возмещения стоимости лекарственных средств при амбулаторном лечении в нескольких пилотных субъектах Российской Федерации.

По итогам реализации указанных пилотных проектов осуществление коррекции лекарственного обеспечения населения, включая механизмы ценового регулирования и др.

Подготовка необходимой инфраструктуры для реализации системы лекарственного обеспечения на всей территории Российской Федерации.

Проведение информационно-разъяснительной работы среди врачей и населения по вопросам, связанным с внедрением новой системы лекарственного обеспечения.

III этап (с 2016 по 2025 г.)

Внедрение новых подходов к лекарственному обеспечению населения при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях на всей территории Российской Федерации.

Мониторинг функционирования системы лекарственного обеспечения, внедрение механизмов обеспечения и контроля качества лекарственных препаратов, направленных на стимулирование эффективности рационального использования ресурсов в области лекарственного обеспечения населения Российской Федерации.

> «...»
>
> ***Программа дополнительного лекарственного обеспечения реализуется в России с 1 января 2005 г. и является частью правительственной реформы монетизации льгот***

Совершенствование всех аспектов регулирования системы лекарственного обеспечения, в том числе в рамках развития системы медицинского страхования, с выходом на оптимальные параметры управляемости и эффективности функционирования системы.

В системе рационального назначения и использования лекарственных препаратов будет предусматриваться:

- Создание эффективной системы стандартизации на основе принципов доказательной медицины.
- Ведение регистра (регистров) пациентов на федеральном и региональном уровнях, обеспечивающего принятие решений по лекарственному обеспечению с учетом персональных данных.
- Разработка и внедрение рациональных принципов и критериев включения препаратов в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее — Перечень ЖНВЛП) на основе сравнительной оценки их социально-экономической эффективности.
- Внедрение современных протоколов ведения больных.
- Стимулирование использования дженерических лекарственных препаратов.
- Введение системы электронных назначений лекарственных препаратов с возможностью их интеграции с системами поддержки принятия решений в области рациональной фармакотерапии (автоматическая проверка правильности назначенного режима дозирования, прогнозирование межлекарственных взаимодействий, автоматическая про-

верка на наличие показаний и противопоказаний и т.д.).

• Внедрение системы ведомственного и вневедомственного контроля обоснованности назначений и качества лекарственной помощи населению со стороны государства и общественных организаций, сообществ пациентов.

Ожидаемым результатом реализации Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 г. должно стать:

• Повышение удовлетворенности населения доступностью лекарственной помощи до 65 %.

• Повышение удовлетворенности населения качеством лекарственного обеспечения до 65 %.

• Снижение частоты и продолжительности госпитализаций как источника получения лекарственных препаратов на 40 %.

• Повышение территориальной доступности лекарственных средств для граждан в соответствии с перечнем лекарственных средств, предоставляемых бесплатно или с частичной оплатой за счет средств ОМС и государственных программ, вне зависимости от региона проживания.

• Увеличение охвата государственным контролем серий лекарственных средств, находящихся в обращении до 10 %.

• Снижение находящейся в обращении на территории Российской Федерации фальсифицированной и недоброкачественной фармацевтической продукции.

• Увеличение ожидаемой продолжительности жизни и сроков трудоспособности больных, в том числе с тяжелыми хроническими заболеваниями.

Программа дополнительного лекарственного обеспечения реализуется в России с 1 января 2005 г. и является частью правительственной реформы монетизации льгот.

В настоящее время механизмы реализации программы выглядит следующим образом: государственные структуры составляют список лекарств, жизненно необходимых для социально незащищенных слоев населения (ветеранов, инвалидов, малообеспеченных граждан и пр.). Дополнительное лекарственное обеспечение предоставляется гражданам, перечисленным в ст. 6.1 ФЗ «О государственной социальной помощи» (в редакции ФЗ № 122 от 22.08.2004 г.).

Эти льготники могут по рецепту врача бесплатно получать в аптеках лекарства из данного списка. Граждане, не желающие участвовать в программе, взамен лекарственных препаратов получают денежную компенсацию.

Государство в лице Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) выбирает на конкурсной основе поставщиков «бесплатных» лекарств и в конце года возмещает им затраты за эти поставки.

Средства, необходимые для лекарственного обеспечения льготной категории граждан, выделяются из федерального бюджета субъектам РФ. Сведения о контингенте лиц, имеющих право на дополнительное лекарственное обеспечение, по каждому субъекту РФ поступают из региональных отделений Пенсионного фонда (ПФРФ), где ведется федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи.

Препараты по льготе, предусмотренные Перечнем лекарственных средств, выписываются пациенту участковым терапевтом, участковым педиатром, врачом общей практики или узким специалистом. Гражданин, имеющий право на получение необходимых лекарственных средств в соответствии с законом, вправе обратиться в медицинское учреждение за получением рецепта, предъявив при этом полис обязательного медицинского страхования, документ, подтверждающий льготу и страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

«...»

Дополнительное лекарственное обеспечение предоставляется гражданам, перечисленным в ст. 6.1 ФЗ «О государственной социальной помощи» (в редакции ФЗ № 122 от 22.08.2004 г.)

Информация об аптечных пунктах (АП), осуществляющих отпуск лекарственных средств (ЛС), предоставляется гражданину в амбулаторно-поликлиническом учреждении, где ему выписали рецепт. При отсутствии в аптеке на момент обращения необходимого ЛС работник аптеки обязан зарегистрировать рецепт с указанием на обороте рецепта даты постановки на очередь, номера АП и своей подписи. После этого рецепт возвращается пациенту. Сообщение о поступлении ЛС передается по указанному пациентом контактному телефону.

Для получения лекарственных препаратов бесплатно необходимо одновременное наличие нескольких обстоятельств:

• наличие необходимого медицинского препарата в Перечне ЖНВЛП в соответствии с Федеральным законом № 61-ФЗ от 12.04.2010 г. «Об обращении лекарственных средств» (Закон о ЛС);

• указание на данный медицинский препарат в стандарте медицинской помощи.

В соответствии со стандартами медицинской помощи бесплатное обеспечение лекарственными препаратами может быть осуществлено при включении пациентов в региональный (Московский) сегмент Федерального регистра лиц. Департамент здравоохранения г. Москвы, во избежание случаев прикрепления иностранных и иногородних граждан, информирует в письме от 08.10.2013 г. № 32.30–17200/4, что временная регистрация не является документом, подтверждающим место жительства в Москве.

В Российской Федерации действует механизм контролируемого ценообразования на ЖНВЛП, защищающий граждан от чрезмерных трат. Вопросам государственного регулирования цен на ЛП посвящено Постановление Правительства РФ № 865 от 29.10.2010 г. «О государственном регулировании цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов». Ныне действующий Перечень ЖНВЛП утвержден распоряжением Правительства РФ № 2199-р от 07.12.2011 г. Положение о порядке формирования Перечня ЖНВЛС было утверждено приказом Минздравсоцразвития России № 276н от 27.05.2009 г.

Перечень ЖНВЛП — это ежегодно утверждаемый Правительством РФ перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, обеспечивающих приоритетные потребности здравоохранения в целях профилактики и лечения заболеваний, в том числе преобладающих в структуре заболеваемости в РФ.

Перечень формируется путем отбора ЛП, отвечающих следующим критериям:

• применение конкретного лекарственного препарата для диагностики, профилактики, лечения заболеваний, в т.ч. преобладающих в структуре заболеваемости в России;

• преимущество конкретного лекарственного препарата по сравнению с другими лекарственными препаратами при определенном заболевании, синдроме или клинической ситуации;

• терапевтическая эквивалентность конкретного лекарственного препарата лекарственным препаратам со схожим механизмом фармакологического действия.

В настоящее время в список ЖНВЛП входят лекарственные средства, применяемые при урологических заболеваниях. К ним относятся альфа-адреноблокаторы, которые эффективно применяются при целом ряде урологических заболеваний, но основным показанием для которых является лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

В группу входят по международным непатентованным наименованиям тамсулозин, доксазозин, альфузозин, теразозин.

В ЖНВЛП представлен финастерид, входящий в группу ингибиторов 5-альфа-редуктазы, также применяемые в лечении аденомы предстательной железы.В Перечень ЖНВЛП входят антибактериальные лекарственные средства для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний (цистит, пиелонефрит, простатит, уретрит) на амбулаторном этапе.

Также на основании Федерального закона от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» государство гарантирует инвалидам получение необходимых технических средств реабилитации (ТСР), предусмотренных Федеральным перечнем ТСР, утвержденным распоряжением Правительства РФ от 30.12.2005 г. № 2347р.

Согласно Классификации технических средств реабилитации, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24.05.2013 г. № 214н, к специальным средствам при нарушении функций выделения относятся:

• Лубрицированные катетеры
• Мешки для сбора мочи
• Калоприемники, уроприемники
• Анальные тампоны
• Абсорбирующее белье и подгузники
• Средства по уходу за кожей стомированных больных.

Сроки пользования (нормы обеспечения) вышеуказанными средствами утверждены приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24.05.2013 г. № 215н.

Повышение доступности лекарственных средств для населения возможно за счет расширения объемов государственных гарантий и внедрения солидарных страховых механизмов лекарственного обеспечения.

В частности, при оптимизации государственных гарантий в сфере лекарственного обеспечения необходимо принимать во внимание следующие факторы:

• неготовность граждан планировать свои бюджеты в части расходов на поддержание здоровья и лечение: в обществе господствует потребительское отношение к здравоохранению, согласно которому о здоровье граждан должно заботиться только государство;

• недостаточное развитие программ здорового образа жизни и социальных практик, ограничивающих распространение заболеваний;

• отсутствие регистров больных по социально значимым заболеваниям;

• сильная зависимость российской системы здравоохранения от доступности передовых медицинских технологий в силу слабости отечественных секторов разработки и производства инновационной продукции;

• отсутствие технологий мониторинга эффективности применения тех или иных лекарственных препаратов.

Важными элементами системы льготного обеспечения должны стать механизмы рационального сдерживания государственных расходов и потенциального расширения диапазона возможностей, предоставляемых участникам. Льготники с низким уровнем материальной обеспеченности и неудовлетворительным состоянием здоровья рассматривают государственную программу лекарственного обеспечения как единственный способ получения требуемых лекарств. Создание эффективной системы лекарственного обеспечения является первостепенной и вместе с тем самой сложной задачей здравоохранения России. Удовлетворение потребностей населения в эффективных, качественных и доступных ЛП является весьма значимой в социальном плане задачей, но вдвойне значима она, когда речь идет о льготном лекарственном обеспечении, на долю которого приходится одна из крупных статей расходов системы здравоохранения.

Развитие роботизированной урологии в Москве

История робот-ассистированной хирургии насчитывает более 25 лет. Опыт и технологии, применявшиеся ранее в военных целях, вылились в появление роботов-ассистентов, позволявших хирургу максимально аккуратно выполнять ряд специфических манипуляций.

А.А. КАМАЛОВ,
зав. кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, главный уролог ДЗ г. Москвы, член-корр. РАМН, профессор, д.м.н.

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

К.Б. КОЛОНТАРЕВ,
ассистент кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, к.м.н.
E-mail: kb80@yandex.ru

В 1985 г. была представлена первая хирургическая система – PUMP 560, использовавшаяся в нейрохирургии. Позже арсенал хирургов пополнился манипулятором PROBOT, а в 1992 г. появилась система RoboDoc, применявшаяся в ортопедии при протезировании суставов.

Д.М. КАМАЛОВ

Все эти системы были узкоспециализированными установками для обеспечения этапов хирургических операций и не являлись полноценными роботическими системами. В 1993 г. появилась роботизированная система Aesop(Эзоп) – автоматическая рука для удержания и изменения положения видеокамеры при лапароскопических операциях, а в 1998 г. – более совершенная система ZEUS(Зевс). В конце 90-х была создана полностью универсальная роботизированная хирургическая система с дистанционным управлением – робот-хирург da Vinci Si – впервые разработанная в НАСА. Применение роботизированных технологий в медицине началось в 1994 г. Первая роботизированная система получила официальное разрешение в США в 2000 г., в Европе – в 2001 г. Мировая медицинская индустрия постоянно формирует новые вызовы, которые, взвинчивая темпы совершенствования технологий в здравоохранении, способны зачастую принципиально менять целые области традиционной медицины. Применение в медицине роботизированных систем является одной из самых волнующих и значительных технологических и инновационных разработок 21

К.Б. КОЛОНТАРЕВ

в. Огромные шаги сделаны в области малоинвазивных операций с применением роботизированных систем за последние 10 лет. Роботизированная хирургия постепенно превращается в отдельную отрасль медицины с оборотами в миллиарды долларов и сотнями тысяч прооперированных пациентов в год. В 2007 г. лондонское издательство Springer начало издавать научный Journal of Robotic Surgery.

Роботизированная технология обладает всеми преимуществами малоинвазивных вмешательств. Da Vinci Si используется только при операциях, выполняемых лапароскопическим способом (операции на больных органах через небольшие разрезы, без вскрытия тканей, за которыми они находятся). В отличие от современных лапароскопических систем, которые предоставляют двухмерное изображение, роботизированные системы дают трехмерное изображение операционного поля.

В настоящее время системы da Vinci Si работают почти в 500 хирургических клиниках по всему миру. В 2007 г. в Екатеринбурге на базе Свердловской

Ассистенция курсантов во время роботической операции

Подготовка курсантами роботической системы к операции

областной клинической больницы №1 открылся первый в России хирургический центр, использующий данную систему.

Второй робот в России появился в окружной клинической больнице Ханты-Мансийска. С 2008 г. роботизированный хирургический комплекс используется в медико-хирургическом центре им. Н.И. Пирогова.

В рамках программы модернизации здравоохранения Департаментом здравоохранения г. Москвы закуплены четыре роботизированные хирургические системы da Vinci Si, которыми оснащены Городская клиническая больница №31,

Учебная лаборатория роботизированной хирургии. Профессор А.А. Камалов проводит курс обучения

Робот-ассистированная простатэктомия в ГКБ №50. Профессор Д.Ю. Пушкарь проводит показательную операцию

Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, Городская клиническая больница №50, Московский клинический научно-практический центр.

Да Винчи – это робот с четырьмя руками, высотой около 2 м и весом 550 кг. Врач выполняет операцию, свободно манипулируя инструментами, словно руками, через консоль, наблюдая за видом операции, в 10 – 15 раз увеличенном трехмерном изображении. Результирующее трехмерное изображение высокого разрешения яркое, четкое и резкое, без утомляющего мерцания и затухания. Управление камерой, осуществляемое через рукоятки и педали, обеспечивает плавное перемещение в операционном пространстве. Перемещение головы хирурга на консоли не влияет на качество изображения.

Робот состоит из двух модулей: первый представляет собой консоль управления, где располагается вся система управления и место для хирурга, второй – платформу с четырьмя механическими руками, которые проводят операцию. На трех расположены хирургические инструменты, на четвертой – 3D-камера HD-разрешения. Инструменты, как и камера, вводятся в тело пациента через небольшие разрезы на теле. Во время операции их можно менять. Рабочее место врача оборудовано окулярами, транслирующими 3D-изображение с введенной внутрь пациента камеры, и консолью управления роботом – это джойстик, в который хирург вставляет большой и указательный пальцы и который имеет достаточно степеней свободы, чтобы превзойти по некоторым возможностям живую руку. Da Vinci – единственная хирургическая система, предназначенная для работы сидя, что не только более комфортно, но также может давать клинические преимущества вследствие меньшего утомления хирурга. Система дает естественное уравнивание глаз и рук на хирургической консоли, что обеспечивает лучшую эргономику, чем традиционная лапароскопия.

Наконец, так как роботизированные руки дают дополнительную механическую силу, хирург может оперировать пациентов с выраженным ожирением. Система Da Vinci уменьшает риск инфицирования хирургической бригады гепатитом, ВИЧ и другими опасными инфекциями.

Активное внедрение и развитие робот-ассистированных операций в программу лечения урологических больных позволит повысить точность хирургического вмешательства, минимизировать интраоперационную кровопотерю и травму, сократить сроки послеоперационной реабилитации больных, что значительно улучшит качество оказываемой медицинской помощи населению г. Москвы.

Закупка зарубежной медицинской техники при отсутствии должной инфраструктуры, сервисов и кадров не только не позволяет своевременно и в полной мере достичь мирового уровня, но зачастую создает непреодолимые проблемы, обрекая на хроническое и нарастающее отставание. Только жесткая борьба за лидирующие мировые позиции может обеспечить поступательное и гармоничное развитие российской медицины, способной своевременно и в полной мере решать масштабные социально значимые задачи.

Активное развитие роботической техники выполнения всевозможных хирургических вмешательств диктует необходимость наличия квалифицированных специалистов. Подготовка роботических специалистов является многоступенчатым сложным процессом, требующим наличия специализированной образовательной программы.

Огромное значение для успешного внедрения роботических хирургических систем в практическое здравоохранение имеет уровень подготовки медицинского персонала. Наряду со специализированной программой первичной подготовки необходимо создание образовательной системы непрерывного усовершенствования, предназначенной для постоянного повышения квалификации роботических хирургов и медицинских сестер, включающей в себя создание симуляторов роботической системы, позволяющих хирургам постоянно совершенствовать свою технику, что, несомненно, приведет к снижению интраоперационных осложнений и укорочению длительности оперативных вмешательств.

Подготовка и проведение ежегодных конгрессов, симпозиумов и конференций, посвященных применению роботических хирургических систем, создание ассоциации роботических хирургов также приведет к непрерывному повышению квалификации специалистов. Данная программа позволит не только обеспечивать высокотехнологичной медицинской помощью жителей России, но и вести непрерывную научно-практическую работу по разработке новых и усовершенствованию имеющихся техник выполнения оперативных вмешательств во многих областях медицины (кардиохирургия, нейрохирургия, общая хирургия, урология, гинекология, оториноларингология и т.д.).

Врачи из стационаров г. Москвы, оснащенных системами Da Vinci Si, прошли обучение в крупнейших Европейских центрах роботизированной хирургии (Страсбург, Гент) под руководством преподавателей компании Intuitive. Обучение проходило в специальных учебных операционных. Практические навыки отрабатывались на экспериментальных животных. Врачи и средний медицинский персонал самостоятельно подготавливали операционную и роботическую систему.

С 23 по 28 сентября 2013 г. МГУ им. М.В. Ломоносова и МГМСУ им. А.И. Евдокимова совместно с Департаментом здравоохранения г. Москвы провели первую образовательную практическую школу: «Роботизированные технологии в урологии». Обучающий курс был рассчитан на 72 часа, состоял из цикла лекций, показательных операций, отработки мануальных навыков в операционной и в учебной лаборатории МГУ им. М.В. Ломоносова на симуляторе Da Vinci Si.

Лекционный материал и практические занятия проводились совместно с главным урологом ДЗ г. Москвы чл.-корр. РАМН, профессором А.А. Камаловым, главным урологом Минздрава России профессором Д.Ю. Пушкарем, главой Департамента урологии и роботизированной хирургии Чехии, профессором Я. Шрамлом на базе ГКБ №31 и ГКБ №50.

За время обучения курсанты получили теоретические знания о роботической системе, особенностях ее расположения в операционной и настройке оборудования.

Организован показ роботических операций (радикальная простатэктомия, резекция почки), в ходе которых доктора имели возможность задать интересующие их вопросы, а также детально шаг за шагом изучить технику операции, сопровождаемую комментариями хирурга в режиме реального времени. Все полученные знания отрабатывались непосредственно в операционной. Курсанты самостоятельно проводили настройку и подготовку роботической системы, отработку мануальных навыков в операционной на муляжах и симуляторах.

Каждый рабочий день завершался «круглым столом» с постоперационным пошаговым разбором случаев и лекционным материалом, включавшим в себя разнообразные аспекты роботической хирургии. Отдельно были освещены возможные интра- и постоперационные осложнения, а также пути предотвращения их развития. Особое внимание было уделено практическим аспектам достижения высоких функциональных результатов.

В состав курсантов были включены 8 врачей и 4 операционные сестры стационаров Департамента здравоохранения г. Москвы. После завершения цикла выданы сертификаты.

В настоящее время врачами московских стационаров, оснащенных системами Da Vinci Si, проводятся как самостоятельные оперативные вмешательства, так и операции под руководством российских и зарубежных специалистов по роботизированной хирургии.

В городской клинической больнице №31 с сентября 2013 г. выполнено две радикальные простатэктомии, пять резекций почки и первая в России цистпростатвезикулэктомия с последующим формированием кишечного резервуара.

Таким образом, сделан первый шаг на длинном пути формирования высококвалифицированных специалистов-урологов в области роботической хирургии, способных в дальнейшем активно внедрять новые технологии в работу стационаров г. Москвы.

СНМП: консервативная терапия или оперативное лечение

С 6 по 8 ноября состоялся XIII Конгресс Российского общества урологов, платиновым спонсором которого выступила компания «Астеллас Фарма Юроп Б. В.». В рамках конгресса прошел сателлитный симпозиум «Клинические рекомендации конгрессов EAU и AUA – обсуждаем и используем». Освещались рекомендации по лечению симптомов нижних мочевыводящих путей (СНМП) как у мужчин, так и у женщин. Формат симпозиума был не совсем стандартным. Ведущие специалисты Д. Ю. Пушкарь, О. Б. Лоран, Г. Г. Кривобородов и Г. Р. Касян не просто высказали свою точку зрения на эту неоднозначную тему, а разобрали конкретные типичные клинические случаи при непосредственном участии аудитории. Проведенные клинические разборы представляли собой своеобразные мастер-классы, на которые можно ориентироваться урологам в их ежедневной практике.

Традиционно аденома предстательной железы считалась ранее основной причиной СНМП. Сейчас научно обосновано и клинически доказано, что причиной возникновения СНМП может быть как доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), так и детрузорная гиперактивность в сочетании со сниженной сократительной способностью детрузора или ночная полиурия, вследствие изменения функции почек. На сегодняшний день выработан универсальный подход к лечению, основанный на подборе фенотип-ориентированной терапии для каждого пациента.

На первом этапе обследования больного с нарушениями мочеиспускания находится оценка выраженности симптомов с помощью шкалы IPSS (International Prostatic Symptom Score) и лабораторных показателей (креатинин, простатический специфический антиген (ПСА). В случае выбора лечения в пользу инвазивного варианта необходимо проведение УЗИ и урофлуометрии. Среди показаний к оперативному вмешательству на первом месте находятся СНМП рефрактерные к консервативной терапии.

За последние годы парадигма в отношении СНМП, основной причиной которых является ДГПЖ, изменилась. Когда известный американский уролог Джерри Левис на конгрессе Американской ассоциации урологов заявил, что ДГПЖ – нехирургическое заболевание, это вызвало бурю критики. В настоящее время α-адреноблокаторы стали препаратами первой линии терапии при преобладании симптомов опорожнения.

Они одинаково эффективны при всех степенях тяжести СНМП. В течение первых четырех недель можно ожидать 75 % положительного эффекта. α-адреноблокаторы снижают СНМП на 35–40 % и увеличивают максимальную скорость потока мочи на 20–25 %. По результатам последних исследований такая терапия не вызывает привыкания. Если объем простаты ≤ 40 см^3, ПСА < 1,5 нг/мл при наличии сопутствующей эректильной дисфункции целесообразно комбинировать α-адреноблокаторы с ингибиторами фосфодиэстеразы 5 типа. Если есть риск прогрессии заболевания, объем простаты > 40 см^3, ПСА ≥ 1,5 нг/мл, то необходима комбинированная терапия с ингибиторами 5-α-редуктазы. При наличии эффекта комбинированную терапию необходимо назначать не менее чем на год.

Обсуждение проблемы лечения СНМП на сателлитном симпозиуме в разгаре. Д. Ю. Пушкарь, Г.Р. Касян и Г. Г. Кривобородов (слева направо)

По рекомендациям Европейской и Американской ассоциаций урологов, если у пациента присутствуют только симптомы наполнения, то препараты первого выбора – М-холиноблокаторы. Если преобладают ирритативные симптомы и Qmax > 5 мл/с, V ост.м. < 200 мл – применяется комбинированная терапия (α-адреноблокатор + М-холиноблокатор). У мужчин с легкой и умеренной инфравезикальной обструкцией (ИВО) не увеличивается риск развития задержки мочеиспускания, но может значительно увеличиться объем остаточной мочи, поэтому необходимо периодически выполнять мониторинг ее количества.

На симпозиуме было рассмотрено несколько клинических случаев проявления СНМП у пациентов, наблюдающихся у Г. Р. Касяна и Г. Г. Кривобородова. Дискуссия была посвящена выбору тактики лечения с учетом рекомендаций Европейской и Американской ассоциаций урологов и реалий российской практики.

Пациент 1

Жалобы на несколько затрудненное мочеиспускание, пациента не так сильно беспокоит ноктурия, сколько ургентные позывы и императивное недержание мочи. Индекс по шкале IPSS равен 19. При выборе тактики лечения необходимо учесть симптомы ИВО и объем остаточной мочи (см. рисунок).

Мнения зала о том, какой способ лечения – оперативный или консервативный – применить при такой клинической картине и уродинамических показателях, разделились поровну. Если принять во внимание рекомендации, представленные Европейской и Американской ассоциациями, то возможны оба пути. Этот пациент не подходит для динамического наблюдения, и рекомендации четко об этом говорят.

По мнению Г. Р. Касяна, лечение необходимо начинать с α-блокаторов – препаратов первой линии терапии ДГПЖ и СНМП, необходимость применения холинолитиков на фоне ИВО не очевидна. В дальнейшем, в случае принятия решения об оперативном вмешательстве, безусловно, может потребоваться терапия холинолитиками. Такой же точки зрения придерживается Г. Г. Кривобородов. Необходимо сначала назначить α-блокатор (Омник Окас) на три месяца, поскольку это пациент с ургентностью. После трансуретральной резекции, скорее всего, останется учащенное мочеиспускание, обычно в течение шести месяцев у 40–60 % пациентов оно проходит. Но как будет реагировать пациент, если симптоматика останется неизменной? Поэтому было предложено сначала применить медикаментозную терапию, и если ее эффективность будет недостаточной, то провести оперативное лечение. Д. Ю. Пушкарь высказался за то, что этому пациенту однозначно необходимо выполнение трансуретральной резекции, после чего должен быть назначен один препарат, что лучше, чем несколько препаратов с отсроченным эффектом.

Пациент 2

Жалобы на ноктурию до восьми раз за ночь и ургентные позывы. В то же время днем пациента ничего не беспокоит. IPSS – 22. По дневнику мочеиспускания ночной полиурии нет. Обычно поллакиурия и ноктурия – сочетающиеся симптомы, но не

в этом случае. Сколько мочеиспусканий за ночь должно быть, чтобы пациент приобрел то качество жизни, которое его устроит? На этот вопрос не существует однозначного ответа, но обычно не более одного-двух.

У данного пациента кроме ДГПЖ был выявлен гиперактивный мочевой пузырь. Результаты, которые могут быть получены после трансуретральной резекции, непредсказуемы. Результаты исследований (Qmax = 8 мл/с, остаточной мочи нет) позволяют назначить холинолитик (Везикар). В то же время диагностируется ИВО. Поэтому совместно с первым препаратом пациенту назначается α-блокатор Омник Окас.

Следующий момент, который необходимо выяснить, – каков объем мочеиспускания ночью. Если объем выделенной ночью мочи достигает 1000 мл при 500 мл днем, то проблема – в нарушении функции гипофиза. В этом случае необходимо применение десмопрессина, что приведет к сокращению количества ночных мочеиспусканий. В результате пациенту была подобрана терапия, состоящая из холинолитика, α-блокатора и десмопрессина. Вопрос о применении ингибитора фосфодиэстеразы не стоит, потому что это уже четвертый препарат.

Пациент 3

Пациенту 54 года (см. рисунок). Наиболее сильно влияющие на качество жизни больного жалобы – недержание мочи и ургентные позывы днем, IPSS – 13. Соотношение дневного и ночного диуреза нормальное. Данный пациент – типичный больной с гиперактивностью мочевого пузыря. И эксперты, и зал единогласно пришли к решению, что с таким пациентом необходимо обсудить возможность применения поведенческой терапии, а также варианты изменения диеты, направленные на уменьшение объемов употребления таких продуктов, как алкоголь и кофе. Препараты первой линии терапии в данном случае – это холинолитики, в частности Везикар. Если эффект будет недостаточным или его не будет совсем, на следующем этапе необходимо сделать выбор между применением ботулинического токсина и тибиальной стимуляцией. С 2012 г. тибиальная стимуляция утверждена Американской ассоциацией урологов в качестве стандартного метода лечения пациентов с гиперактивным мочевым пузырем.

На сегодняшний день в клинике урологии РНИМУ им. Н. И. Пирогова проводятся исследования эффективности применения ботулинотерапии. После введения ботулинического токсина при наличии тяжелой симптоматики, возможно, придется выполнять интермиттирующую катетеризацию мочевого пузыря, так как на сегодняшний день не определена доза препарата, которую нужно ввести мужчине с ДГПЖ. Интермиттирующая катетеризация является золотым стандартом лечения больных с нарушением функции опорожнения мочевого пузыря, поскольку позволяет избавить больного от ургентных позывов и ургентного недержания мочи.

Отсутствие остаточной мочи у данного пациента – это прогностически благоприятный момент, поэтому О. Б. Лоран присоединился к тем, кто рекомендовал поведенческую терапию. При регулярных тренировках и четком выполнении всех рекомендаций в сочетании с приемом Везикара можно добиться хороших результатов.

Пациент 4

Пациент с обструктивной симптоматикой. Основные жалобы на ургентные позывы, учащенное и затрудненное мочеиспускание. Qmax и объем предстательной железы находятся в пограничной зоне. Присутствует небольшой объем остаточной мочи. IPSS – 17. Пациент принимал α-блокаторы, которые частично сняли проявления СНМП, но ургентные позывы остались.

Сторонников дальнейшей монотерапии с использованием α-блокаторов, холинолитиков, ингибиторов фосфодиэстеразы или 5-α-редуктазы в зале практически не нашлось.

Что касается терапии с использованием ингибиторов 5-α-редуктазы, то на сегодняшний день можно говорить о хороших результатах в режиме длительного приема, но неизвестно, каковы отдаленные последствия, не до конца понятен механизм их действия. Если консервативная терапия не помогает, значит, выбор должен быть сделан в пользу более агрессивного лечения. В данном случае пациенту предполагается выполнить трансуретральную резекцию и в дальнейшем назначить холиноблокатор Везикар.

Пациент 5

Пациентке 50 лет. Основные жалобы больной на ургентное недержание мочи, поллакиурию. Пациентка находится в хирургической менопаузе. В анамнезе экстирпация матки три года назад. При осмотре определяется цистоцеле 2–3 степени. Опущение передней стенки влагалища пограничное, выходит за пределы интроитуса чуть более чем на 1 см. Данный случай – пример типичной ситуации, когда возникает определенная несогласованность с гинекологами: у больной выявлено цистоцеле, при этом известно, что опущение передней стенки влагалища провоцирует гиперактивность мочевого пузыря. Какова должна быть тактика выбора подхода к лечению? Стоит ли предложить пациентке операцию по устранению цистоцеле? Первоначально необходимо выяснить, имеет ли опущение передней стенки влагалища какие-либо клинические проявления. Если считать, что СНМП не связаны с опущением, то можно выбрать выжидательную тактику, наблюдая больную в динамике. Несмотря на то что проблема лечения опущения передней стенки влагалища очень актуальна, это состояние не угрожает жизни пациентки. Кроме того, при оперативном лечении достаточно высока частота рецидивов. Также нет 100 %-ной уверенности, что после оперативного вмешательства исчезнет ургентность.

У женщин в постменопаузе можно назначать локальные эстрогены для того, чтобы оценить динамику развития симптомов во время их применения. Обычно показанием к назначению локальных эстрогенов является сухость во влагалище. В данном случае мы наблюдаем типичную картину учащенного ургентного мочеиспускания. По мнению профессора Г. Г. Кривобородова необходимо назначить два препарата: во-первых, препарат из группы холинолитиков, и если результат применения будет выражен не явно, тогда нужно применить комбинацию с локальными эстрогенами. Улучшает ли системная эстрогенная терапия симптомы стрессового недержания мочи, вопрос спорный. Существуют клинические исследования и подтверждающие этот факт, и опровергающие его. Если после применения консервативной терапии пациентку устроит ее качество жизни, на этом необходимо будет остановиться.

«...»

Основной принцип, на который опираются рекомендации EAU и AUA: оперативное лечение СНМП применяется только тогда, когда все возможности медикаментозной терапии исчерпаны

Пациент 6

Молодая пациентка со смешанной формой недержания, положительным кашлевым тестом, уродинамически доказанной терминальной гиперактивностью детрузора. Скорость мочеиспускания – 34 мл/с. Категорию больных со смешанной формой ургентного недержания следует отнести к одной из самых сложных. О. Б. Лоран предложил начать терапию с М-холиноблокаторов, в частности Везикара, его поддержало абсолютное большинство присутствующих. Если качество жизни пациентки улучшится при применении холинолитиков, нет причин подвергать ее оперативному вмешательству. После того как уйдет ургентность, останется стрессовое недержание. При необходимости может быть выполнена петлевая операция с последующим продолжением холиноблокатора.

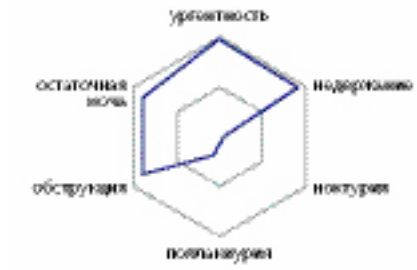
В проблеме лечения СНМП есть много вопросов, которые требуют дальнейших исследований. Подобные симпозиумы помогают выработать наиболее обоснованную тактику лечения. Прием пациента необходимо начинать с беседы, рекомендаций по выбору режима питания, обсуждения с больным возможностей поведенческой терапии. Если все вышеперечисленное не привело к результатам, необходимо перейти к медикаментозной терапии. После того как все возможности неинвазивной терапии были исчерпаны, нужно остановить выбор на более агрессивных методах лечения.

В этом и заключаются основные принципы, на которые опираются рекомендации Европейской и Американской ассоциаций урологов.

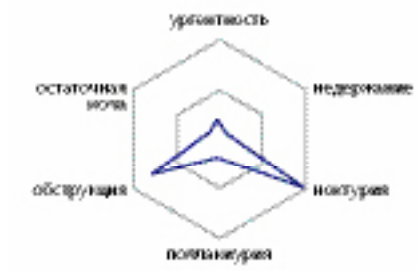
Юлия Головина

Рисунок. Гистограммы, фенотипирующие пациентов с СНМП

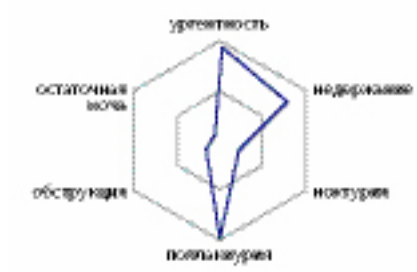
Пациент 1
Возраст – 70 лет;
V простаты – 67 см³;
Qmax – 4 мл/сек;
Остаточная моча – 160 мл



Пациент 2
Возраст – 60 лет;
V простаты – 55 см³;
Qmax – 8 мл/сек;
Остаточная моча – 0 мл

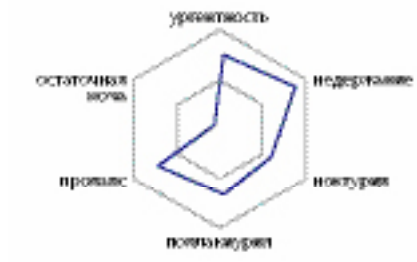


Пациент 3
Возраст – 54 года;
V простаты – 25 см³;
Qmax – 19 мл/сек;
Остаточная моча – 0 мл

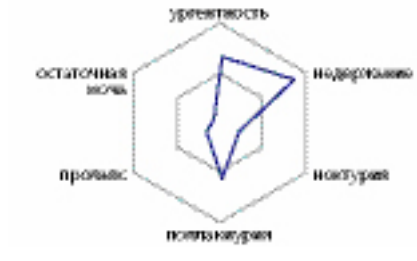


Пациент 4
Возраст – 68 лет;
V простаты – 40 см³;
Qmax – 9 мл/сек;
Остаточная моча – 60 мл

Пациентка 5
Возраст – 50 лет;
Qmax – 12 мл/сек;
Остаточная моча – 0 мл



Пациентка 6
Возраст – 41 год;
Qmax – 34 мл/сек;



на правах рекламы

Мочевые камни – всегда ли только операция? Если да, то когда и как?

Последние 30 лет ознаменовались бурным развитием высокотехнологичного медицинского инструментария и оборудования. С 80-х гг. прошлого века наиболее значимые инновации зародились в урологической практике, среди них дистанционная ударно-волновая литотрипсия, трансуретральные, чрескожные эндоскопические и, наконец, лапароскопические и ретроперитонеоскопические операции, которые практически полностью вытеснили травматичные открытые оперативные вмешательства при мочекаменной болезни (МКБ) у взрослых и детей. Несмотря на огромное количество клинико-экспериментальных работ, в которых научно обоснованы показания и противопоказания к ним, на протяжении всех этих лет идет научная и практическая информационная дискуссия об эффективности и приоритетности того или иного метода в удалении того или иного камня.

Н.К. ДЗЕРАНОВ,
д.м.н., профессор, заслуженный врач России, заведующий отделом нефролитиаза НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова
E.mail: dzeranov @mail.ru

Последние 30 лет ознаменовались бурным развитием высокотехнологичного медицинского инструментария и оборудования. С 80-х гг. прошлого века наиболее значимые инновации зародились в урологической практике, среди них дистанционная ударно-волновая литотрипсия, трансуретральные, чрескожные эндоскопические и, наконец, лапароскопические и ретроперитонеоскопические операции, которые практически полностью вытеснили травматичные открытые оперативные вмешательства при мочекаменной болезни (МКБ) у взрослых и детей. Несмотря на огромное количество клинико-экспериментальных работ, в которых научно обоснованы показания и противопоказания к ним, на протяжении всех этих лет идет научная и практическая информационная дискуссия об эффективности и приоритетности того или иного метода в удалении того или иного камня.

Сам камень является лишь «вершиной айсберга» патогенетических взаимодействий разных системных механизмов, первый звоночек, указывающий на неполадки как в организме, так и в функции почек и мочевой системы в целом. Много лет занимаясь лечением МКБ, утверждаю, что, несмотря на совершенство новых методов, оперативные вмешательства, даже при идеальном их выполнении, привносят в 19–26 % новые осложняющие факторы риска рецидива МКБ, который через 3–5 лет достигает 50 %. Такого же мнения придерживаются известные ученые, занимающиеся проблемой нефролитиаза (P. Alken, H. G. Tiselius, et and.2008).

Можно просто сослаться на рекомендации Educational Courses, AUA, EAU-2013 г., однако хотелось бы проанализировать наш 30-летний опыт, отчеты из 250 отделений ДЛТ и более 130 кандидатских и докторских диссертаций, посвященных применению различных методов удаления камней в России. Поскольку на разработку рекомендаций, да и на результаты лечения во многом влияют организация системы амбулаторно-поликлинической службы, наличие или отсутствие преемственности между ними. Сегодня пациент с МКБ в 70 % случаев, минуя амбулаторное звено, стремится в стационар для удаления камня, в то время как за рубежом в 50 % случаев больные успешно обследуются, лечатся и реабилитируются амбулаторно.

Действительно, в 80–90-е гг. прошлого века разработка отечественного литотриптера и быстро налаженное серийное его производство, организация цикла последипломного обучения специалистов и централизованное распределение литотриптеров позволили в короткое время внедрить метод ДЛТ в клиническую урологическую практику.

Неинвазивность, высокая эффективность и минимальный процент интра- и послеоперационных осложнений привели к желанию многих клиник иметь в своем арсенале данный метод. Впервые была доказана высокая эффективность метода у детей, даже грудничкового возраста. Единственным недостатком метода являлось то, что фрагменты разрушенного в почке камня должны были отходить самостоятельно, а это не могло произойти за одну госпитализацию и, более того, требовало необходимости динамического наблюдения за больными. В существовавшей тогда амбулаторной службе это зачастую было невыполнимо, и нередко больные поступали с акклюзирующими камнями и «каменными дорожками» мочеточников в экстренном порядке.

Разработки и усовершенствование эндоскопического инструментария для трансуретральной и чрескожной эндохирургии, создание различных контактных литотриптеров и приспособлений для удаления камней послужили толчком для широкого внедрения малоинвазивных эндоскопических методов. Это сегодня стало действительностью, поскольку ПНЛ является методом выбора при сложных и коралловидных камнях. Больной с почечной коликой нуждается в быстром восстановлении оттока мочи во избежание обструктивных осложнений. Существенная дешевизна оборудования по сравнению с литотриптерами, перспектива быстро и единовременно удалить камень в эпоху рентабельности и эффективности открыли перспективы развития эндоурологии. Немаловажное значение имел и тот факт, что значительно большему числу врачей стал доступен метод и возможность непосредственно выполнять оперативное вмешательство.

> «...»
>
> ***Стоит перейти к изучению самой мочекаменной болезни и ее лекарственной терапии, что неизбежно приведет к адаптации программ научных исследований и обучения будущих урологов (FransMJ Debrruyen, 2009)***

> «...»
>
> ***Несмотря на совершенство новых методов, оперативные вмешательства, даже при идеальном их выполнении, привносят в 19–26 % новые осложняющие факторы риска рецидива МКБ, который через 3–5 лет достигает 50%***

Удаление камней мочеточников

Единственным признанным международным стандартом является применение комплексной консервативной и медикаментозной литокинетической терапии для изгнания камней мочеточника до 6 мм. Но при отсутствии эффекта от правильно проводимой терапии, угрозе развития воспалительных изменений или угнетения функции почки пациенту показано удаление камня независимо от размера и места его локализации. В остальных ситуациях оперативные вмешательства носят форму рекомендаций. Рекомендуемый литолиз камней мочеточника после установки внутреннего стента может иметь эффект только при камнях из мочевой кислоты, что не всегда можно выявить до операции. В связи с этим целесообразнее предпринять лечебно-диагностическую уретероскопию с удалением камня.

Рентгенопозитивные камни ДЛТ или КУЛ

Как бы не была эффективна КУЛ, особенно в средней и нижней трети, метод является травматичным, сопровождаясь перфорациями, отрывом мочеточ-

ника, (особенно при длительно стоящих камнях и выраженном переуретерите), острым послеоперационным пиелонефритом, простатитом, эпидидимитом. Увлеченность установкой внутреннего стента после КУЛ нередко привносит дополнительные факторы риска в форме рефлюкса, миграции стента в мочеточник, его инкрустации, необходимости повторной цистоскопии для его удаления и т.д., не говоря уже о том, что в 11–38 % случаев КУЛ (особенно в верхней трети мочеточника) сопровождается миграцией камня в чашечную систему почки. К основным осложнениям эндоскопических операций на мочеточнике относятся: миграция камня или его фрагментов в ЧЛС (6,3 %), отрыв мочеточника (0,6 %), его перфорация (1,0 %), травма слизистой мочеточника (0,4 %), кровотечение (1,5 %), трудности выполнения уретероскопии (1,3 %), инфекционно-воспалительные осложнения (2,1 %), стриктура мочеточника (1,3 %), резидуальные камни (1,3 %), инкрустация стента (0,4 %). (Аксенов А. В., 2011; Мельников В. С., 2012).

Отсутствие этих фактов при ДЛТ и незначительная разница в конечном результате лечения делают ДЛТ на первом этапе предпочтительным методом. (Волков И. Н., 2001; Бутин П. С. 2003). Не могу не согласиться с профессором Мартовым А. Г., что при адекватном (не менее двух месяцев) цикле, теоретической и практической подготовке специалиста с использованием тренажеров, полноценным оснащением рентгеноперационной необходимой аппаратурой и инструментарием количество перечисленных осложнений может существенно уменьшиться, а результаты улучшатся.

Удаление камней почек

Согласно всем международным рекомендациям, дистанционная литотрипсия показана при небольших камнях (до 2,0 см). А при размере 2,2 см уже нельзя? Не могу согласиться с данной рекомендацией. А как же быть с плотностью камня свыше 1200 HU, которая, по мнению профессора А. Г. Мартова, является противопоказанием для дробления камней мочеточника? Как быть в ситуации, когда функция почки исходно снижена более чем на 50–60 % и большая ее часть замещена рубцовой тканью, на которой ударная волна чаще всего вызывает травматические повреждения? Как быть в ситуации, когда при невыраженной инфекции верхних мочевых путей почка, перенесшая ДЛТ, должна изгнать разрушенные фрагменты по верхним мочевым путям, часто приводя к молниеносному развитию острого пиелонефрита?

Именно в тех ситуациях, когда врач свой отбор обосновывает, исходя только из размера камня, не изучив анатомо-функционального состояния почки и не проведя подготовку почки к предстоящей операции, при ДЛТ могут возникать необоснованные тяжелые осложнения. Существенным недостатком метода является невозможность вручить больному удаленный камень, т.к. ожидание отхождения разрушенных фрагментов нередко затягивается, а наши больные хотят быстрее избавиться от камня.

Несомненно, что ПНЛ+ДЛТ сегодня является безальтернативным методом выбора в удалении сложных и коралловидных камней. Утверждение, что эндоскопические методы, как монолитотрипсия, наиболее полно удаляют любые камни почек, несколько преувеличено, поскольку число резидуальных камней достигает 13–29 %. Любая дополнительная пункция и новый ход чреваты риском развития травматических осложнений, среди которых наиболее грозным осложнением является кровотечение — до 8,2 %. (Сорокин Н. И., 2006). Вот почему до настоящего времени продолжается поиск выбора оптимального и наименее травматичного доступа для удаления сложных и коралловидных камней, который позволил бы при минимальном количестве осложнений наиболее полно удалить большую часть камня. Разработка и внедрение 3D-реконструкции позволили значительно расширить наши знания о анатомо-функциональном состоянии почек и стереометрию коралловидного камня в чашечно-лоханочной системе и тем самым улучшить результаты удаления коралловидных камней. (Кириленко В. В., 2005; Сергеев С. М., 2013; Матюхов И. В., 2013). Именно 3D-моделирование позволяет спланировать не только оптимальный доступ, но и определить конкретные фрагменты, их плотность, подлежащие в последующем ДЛТ. Однако при развитии послеоперационного пиелонефрита, длительной гематурии ДЛТ бывает невыполнимой и больной с дренажами выписывается на амбулаторную реабилитацию с последующей госпитализацией для завершения лечения. Совершенствование методик и инструментария уже сегодня позволяет при неосложненных ситуациях выполнять бездренажную ПНЛ при одиночных крупных либо коралловидных камнях КК-1, одновременную двухстороннюю ПНЛ коралловидных камней. (Теодорович О. В., 2008).

Что касается уратных камней почки, то адекватно назначенная методика цитратной терапии позволяет в 82–85 % случаев добиться полного растворения камней из мочевой кислоты и снижения плотности уратных камней, что в 2 раза снижает количество импульсов, необходимых для разрушения камня на стенте, и повышает эффективность ДЛТ. Обязательным условием эффективного литолиза является системный динамический контроль и коррекция цитратной терапии врачом-урологом. (Рапопорт Л. М., Дзеранов Н. К., 2011).

Камни чашечек, не нарушающие секреторную и эвакуаторную функции почки, при динамическом обследовании (динамическая сцинтиграфия), не поддерживающие течение пиелонефрита и не имеющие тенденции к росту, не могут являться показанием к оперативному вмешательству. Такие больные нуждаются в динамическом наблюдении и консервативном и медикаментозном лечении. При наличии показания дистанционная литотрипсия является приоритетным методом, позволяющим разрушить камень (в амбулаторных условиях, без наркоза) и создающим условия для последующего спонтанного отхождения мелкодисперсных фрагментов.

«...»

Еще в начале 90-х годов прошлого века в большинстве российских клиник наиболее распространенными операциями являлись уретеролитотомия, пиелолитотомия и нефролитотомия

А.Г. МАРТОВ,
д.м.н., профессор кафедры эндоскопической урологии РМАПО, зав. кафедрой урологии ИПК ФМБА, зав. отделением урологии ГКБ № 57 ДЗ г. Москвы, заслуженный врач РФ.
E-mail: martovalex@mail.ru

- состояния инфекции верхних мочевых путей;
- физико-химических свойств мочевых камней;
- особенности воздействия различных высоких энергий на биологически активные ткани организма.

Операции являются лишь вершиной айсберга в комплексном лечении мочекаменной болезни, поэтому они не должны усугублять или повреждать сохранную почечную паренхиму и мочевые пути. Наличие в арсенале урологического отделения таких взаимодополняющих методов, как ДЛТ и эндоурологии, включая лапароскопические, и адекватное их применение, как самостоятельного метода, так и в комбинации позволяют сегодня избавить и взрослых, и детей от любых камней, создав условия для последующей метафилактики.

Настало время перейти к изучению самой мочекаменной болезни и обратить внимание на лекарственную терапию (метафилактику), что неизбежно приведет к пересмотру наших взглядов и адаптирует программы научных исследований и обучения будущих урологов. (FransMJ Debrruyen, 2009).

Современная эндоурология: роль в лечении мочекаменной болезни

Приоритетным направлением развития здравоохранения России является внедрение и совершенствование высокотехнологичных видов медицинской помощи. 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.

Проблема лечения пациентов с мочекаменной болезнью (МКБ) остается одной из самых актуальных в урологии. Целью оперативного лечения МКБ является восстановление адекватного оттока мочи из почки, стабилизация или улучшение ее функции, нормализация лабораторных показателей и в итоге социальная адаптация пациента путем устранения его жалоб. Все это возможно путем удаления окклюзирующего фактора — камня (-ей), приводящего к нарушению оттока мочи.

«...»

В современной урологии становится очевидной ведущая роль эндоурологических методов лечения МКБ

Сегодня недопустима предвзятость в отношениях к какому-либо методу, который есть в арсенале урологического отделения или которым владеет врач. Больному показан тот метод или их комбинация, который с наименьшей травматичностью позволит удалить камень. Деление методов по размеру камня крайне условно, выбор должен основываться на особенностях клинического течения заболевания и обязательном знании:

- анатомо-функционального состояния почек;
- анатомо-функционального состояния мочевых путей;

Еще в начале 90-х гг. прошлого века в большинстве российских клиник наиболее распространенными операциями являлись уретеролитотомия, пиелолитотомия и нефролитотомия. Дистанционное разрушение камней и эндоскопическая контактная литотрипсия применялись лишь в ряде ведущих урологических центров в крупных городах РФ. К концу

90-х гг. постепенно количество открытых операций сократилось, они в основном стали применяться в экстренных ситуациях и при развитии осложнений дистанционной и контактной литотрипсии. Господствующее положение стала занимать дистанционная литотрипсия (ДЛТ) — один из самых малоинвазивных методов лечения МКБ. Благодаря открытию новых центров дробления метод стал рутинно использоваться в экстренной и плановой урологической практике большинства крупных клиник постсоветского пространства, причем нередко чрезмерное увлечение ДЛТ превышало разумные показания к применению метода. Эндоурологические (эндоскопические и рентгеноэндоскопические) способы лечения МКБ широко начали развиваться в начале 90-х гг. прошлого века, однако отсутствие необходимого инструментария и небольшой опыт использования не позволили им занять соответствующее положение в оперативном лечении нефроуретеролитиаза в нашей стране. В начале 2000-х гг. дальнейшее развитие технического прогресса серьезно повлияло на развитие эндоскопических методов лечения МКБ. Уменьшился размер ригидных и усовершенствовались гибкие эндоскопы, в клиническую практику был активно внедрен метод гольмиевой лазерной литотрипсии, улучшилось расходное оборудование (гидрофильные струны, атравматичные нитиноловые экстракторы, мочеточниковые кожухи, новые стенты и др.), развились лапаро- и ретроперитонеоскопические технологии, что позволило занять эндоурологическим операциям лидирующее положение в оперативном лечении МКБ.

Согласно современным данным страховых компаний о частоте использования различных методов лечения МКБ (сведения, к сожалению, американские — Educational Courses, AUA, 2013), трансуретральная или перкутанная контактная литотрипсия применяется у 60 % больных, ДЛТ — лишь у 30 %, лапаро (ретроперитонео-) скопические технологии — у 10 % и открытые операции — менее чем у 1 % пациентов (см. табл.).

Лечение камней мочеточников

В 2007 г. были опубликованы инструкции по лечению пациентов с камнями мочеточников, разработанные экспертами Европейской и Американской ассоциации урологов (Preminger, Tiselius, et al. J Urol 178: 2418, 2007), в которых были четко оговорены возможности и показания к применению каждого из возможных методов лечения пациентов с уретеролитиазом. Позже эти стандарты практически не менялись.

В стандартах дается понятие «стандартный пациент» — это пациент, имеющий одиночный рентгенопозитивный нецистиновый и неуратный камень мочеточника без наличия камней в ипсилатеральной почке, которые могут потребовать лечения, с наличием нормально функционирующей контралатеральной почки, без аномалий верхних мочевых путей и чьи конституциональные особенности позволяют применить любые методы лечения МКБ. Не останавливаясь на показаниях к самостоятельному отхождению камня мочеточника, обратим внимании на то, что говорится о применении дистанционной и контактной уретеролитотрипсии (размеры камня — около 1 см и более). Для вышеописанного «стандартного больного» при локализации камня в нижней и верхней трети мочеточника дистанционная и контактная уретеролитотрипсия показаны в одинаковой степени и выбор в пользу одного из методов решается врачом и пациентом. При локализации в средней трети выбор отдается в пользу контактной уретеролитотрипсии. Еще одна практическая тенденция, связанная с размером камня,— чем камень мочеточника крупнее, тем более показана эндоскопическая операция. В ряде случаев при крупных и плотных камнях верхней и средней трети мочеточника (более 2 см) и длительном их стоянии «на месте» целесообразно рассмотреть вариант лапароскопической, а лучше ретроперитонеоскопической уретеролитотомии (А. Г. Мартов и соавт., Урология, 2011, № 5, стр. 50–55).

Д.В. ЕРГАКОВ,
к.м.н., ассистент кафедры урологии ИПК ФМБА, врач-уролог отделения урологии ГКБ № 57 ДЗ г. Москвы

Есть ли еще критерии, на основании которых врач может говорить пациенту о том, какой выбрать метод лечения? Согласно последним данным (AUA, 2013), подобными критериями являются: плотность камня более 1000 единиц Хаунсфилда, расстояние от кожи до камня более 10 см (фокусное расстояние дистанционного литотриптора), доказанные сроки стояния камня «на месте» более 3 недель. При наличии одного из подобных показателей предпочтительно делать выбор в пользу контактной уретеролитотрипсии. В других случаях (цистиновые и уратные камни, множественные камни мочеточника и почки, двухсторонние камни мочеточников, подозрение на наличие стриктуры верхних мочевых путей, аномалии верхних мочевых путей, единственная или единственно функционирующая почка, хроническая почечная недостаточность, морбидное ожирение, беременность, пациенты после цистэктомии, кишечной деривации мочи или на постоянном приеме антикоагулянтов) ДЛТ не является методом выбора или противопоказана.

Лечение камней почек

Дистанционная литотрипсия может рассматриваться в виде монотерапии лишь в лечении небольших камней почек (диаметром до 2 см). В последнее время серьезную альтернативу ДЛТ составляет ретроградная интраренальная лазерная фибронефролиторипсия, позволяющая в большинстве случаев быстро, эффективно и безболезненно избавить пациента от камней. Фрагменты камня обычно удаляются по мочеточниковому кожуху. Частота отсутствия камней после применения трансуретральной фибронефролитотрипсии выше, чем после ДЛТ. Критерии эффективности практически те же, что и при выборе метода лечения камней мочеточников. Для лечения небольших камней лоханки и чашечек почки не только у взрослых, но и у детей, с успехом применяются малоинвазивные варианты перкутанной нефролитотрипсии, отличающиеся от традиционного варианта меньшим диаметром доступа и имеющие меньшее количество осложнений.

При наличии более крупных или коралловидных камней ДЛТ не является самостоятельным методом, а может применяться только как вспомогательное лечение при выполнении перкутанной нефролитотрипсии. Операция обладает высокой эффективностью, не сопровождается значительным количеством осложнений и позволяет в большинстве случаев избавить пациента от камней, что является главным отличием и преимуществом эндоскопической операции. Во время перкутанной нефролитотрипсии возможно произвести одновременную коррекцию стриктуры верхних мочевых путей.

Наличие камня чашечки является сложной клинической проблемой, которая не всегда имеет однозначное решение. С одной стороны, камень чашечки редко приводит к нарушению оттока мочи и, соответственно, не требует удаления, а с другой — такие показания, как рост камня и угроза его миграции в сочетании с тупыми болями, могут расцениваться в определенных условиях как показания к его удалению. Для лечения камней чашечек применяются все три метода — дистанционная каликолитотрипсия, трансуретральная и перкутанная каликолитотрипсия (литоэкстракция), причем в последнее время перкутанная операция применяется все чаще в связи с разработкой мининефролитотрипсии, микронефролитотрипсии и даже ультрамикронефролитотрипсии. Последний метод (операция выполняется через пункционный канал, не превышающий 5 Fr) является прямой (но более эффективной) альтернативой ДЛТ, так как позволяет под визуальным контролем при минимальном количестве осложнений полностью раздробить камень в чашечке с помощью гольмиевого лазера. При этом фрагменты камня с помощью тока ирригационной жидкости вымываются из чашечки в лоханку, что делает их отхождение более вероятным. Отдельного внимания заслуживает лечение камней чашечки нижнего сегмента. Согласно данным различных исследований, выбор в пользу дистанционной или контактной литотрипсии помимо критериев, описанных выше, делается еще и с учетом анатомических особенностей почки. Оценивается длина и диаметр шейки чашечки, а также величина чашечно-лоханочного угла. При длинной, узкой шейке и остром угле применение ДЛТ прогностически малоэффективно (А. Г. Мартов и соавт., Урология, № 3, стр. 10–18). Размер камня также имеет значение — чем он больше, тем более показана перкутанная операция, при небольших камнях — выбор между ДЛТ и трансуретральной фиброкаликолитотрипсией.

На основании вышеизложенных данных в современной урологии становится очевидной ведущая роль эндоурологических методов лечения МКБ. Высокая эффективность в сочетании с невысокой частотой развития серьезных осложнений, большое количество и разнообразие методик эндоскопического удаления камня делают их методом выбора в оперативном лечении МКБ, что в сочетании с адекватной метафилактикой позволяет надолго социально адаптировать пациентов.

«...»

Больному показан тот метод или их комбинация, который позволит удалить камень с наименьшей травматичностью

Таблица. Эволюция оперативных методов лечения МКБ, %

Вид лечения	1970–1979	1980–1989	1990–1999	2000–2009	2010–20..
Дистанционная литотрипсия	0	70	75	60	30
Трансуретральная и перкутанная литотрипсия	0	5	15	35	60
Лапароскопия и ретроперитонеоскопия	0	0	< 1	5	10
Открытая операция	100	25	10	< 1	< 1

Лейомиома мочевого пузыря. Случай из практики

А.А. Камалов*, Б.Е. Осмоловский, Д.А. Охоботов*, Т.Б. Тахирзаде**, А.М. Тахирзаде***

* Кафедра урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова

** ГБУЗ ГКБ № 31 г. Москва

Описан случай из практики: клиническая характеристика больного с лейомиомой мочевого пузыря, морфологические особенности опухоли, проведенное лечение, его результат. Больной Е., 31 год. Сопутствующие заболевания не выявлены. Ранее у уролога не наблюдался. В декабре 2012 г. пациент впервые в жизни начал отмечать расстройства мочеиспускания, проявляющиеся затрудненным, учащенным мочеиспусканием, в связи с чем был обследован урологом по месту жительства. При ультразвуковом исследовании (УЗИ): почки расположены типично, подвижность в пределах нормы, размеры и структура обеих почек не изменены, собирательные системы не расширены, кортико-медуллярная дифференцировка не нарушена, дополнительных образований не выявлено. Мочевой пузырь содержит 200 мл однородного содержимого, расправлен, стенка не утолщена, определяется гиперэхогенное образование, располагающееся в области шейки мочевого пузыря размерами 25х30 мм, вдающееся в просвет мочевого пузыря, не смещающееся при перемене положения пациента. По данным трансректального УЗИ: простата 17 см^3, с четкими границами, однородной эхогенности, без очаговых изменений. Семенные пузырьки не расширены, с однородным содержимым. Заключение: ультразвуковая картина опухоли мочевого пузыря. В декабре 2012 г. была выполнена компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастным усилением препаратом Омнипак 50 мл 350 мг. Заключение КТ: в мочевом пузыре в области шейки определяется объемное образование однородной гиперденсивной структуры, размерами 25×30 мм, с неровными бугристыми контурами, с признаками экзофитного роста, деформирующее внутренний контур мочевого пузыря при контрастном усилении. Окружающая паравезикальная клетчатка не изменена. Лимфатические узлы не увеличены (рис. 1).

Рис. 1. Опухоль мочевого пузыря: КТ мочевого пузыря с внутривенным контрастированием

Б.Е. Осмоловский

Выполнено цитологическое исследование мочи. Цитологическое заключение – Единичные эпителиальные клетки. Атипические клетки не найдены.

Пациент в плановом порядке в феврале 2013 г. был госпитализирован в клинику урологии ГКБ № 31 г. Москвы. В отделении больному была выполнена уретроцистоскопия, по данным которой: уретра свободно проходима для инструмента, слизистая не изменена, сфинктер тоничен, смыкается, семенной бугорок контурирует, не увеличен, простатический отдел не изменен. Шейка мочевого пузыря пропускает инструмент, деформирована по задней стенке за счет экзофитного объемного образования размерами 25х30 мм с четкими границами, интимно прилегающего к простатическому отделу уретры. Слизистая над опухолью не гиперемирована. Емкость мочевого пузыря 350 мл. Слизистая бледно-розового цвета, не изменена. Устья мочеточников щелевидные, симметричные, расположены типично, отмечается ритмичное выделение светлой мочи.

Цистоскопическая картина была расценена как аденома простаты с наличием средней доли, характеризующейся выраженным внутрипузырным ростом. Тогда же выполнена операция – биполярная трансуретральная резекция (ТУР) мочевого пузыря. Во время резекции технических особенностей встречено не было. Образование имело слабоваскуляризированный характер, по своей плотности соответствовало аденоматозной ткани. Последовательными параллельными срезами по ходу мочеиспускательного канала образование было полностью удалено. После проведения коагуляции признаков кровотечения не было. После удаления резектоскопа по уретре в мочевой пузырь беспрепятственно установлен катетер Фолея № 18 СН.

Послеоперационный период протекал без осложнений, на 3-и сутки после операции был удален уретральный катетер, восстановлено самостоятельное мочеиспускание. При контрольном УЗИ остаточной мочи нет.

Морфологическое заключение № 19116–35 от 20.02.2013 г.: Лейомиома (рис. 2).

При контрольном обследовании через 3 мес. после операции общее состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. По данным УЗИ органов брюшной полости и малого таза признаков рецидива заболевания нет.

Таким образом, в настоящее время не существует диагностических критериев выявления лейомиомы мочевого пузыря. Часто при локализации образования в шейке мочевого пузыря она может быть принята за увеличенную среднюю долю аденомы простаты. Применение ультразвукового исследования, КТ, цитологического исследования и цистоскопии не позволяют улучшить результаты диагностики этого заболевания. Чаще всего установление этого диагноза происходит после оперативного лечения. Трансуретральная резекция леймомиомы мочевого пузыря может считаться высокоэффективным и безопасным методом лечения этого заболевания. Для полноценной оценки результатов лечения лейомиомы планируется получение отдаленных результатов наблюдения с применением УЗИ, эндоскопических методов исследований и дальнейший набор клинического материала.

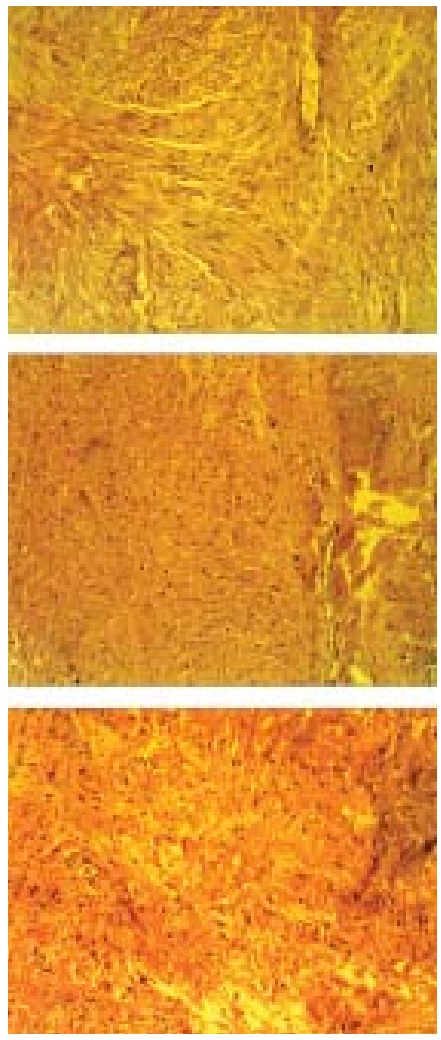


Рис. 2. Патогистологические препараты

СПРАВКА

Опухоли мочевого пузыря в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у мужчин занимают 5-е место; у женщин встречаются редко (16-е место).

Основную массу опухолей мочевого пузыря составляют эпителиальные новообразования (98 %), характеризующиеся преимущественно экзофитным ростом и совсем незначительную часть (2 %) – неэпителиальные новообразования.

Неэпителиальные опухоли мочевого пузыря развиваются из соединительной, мышечной и других тканей.

Из доброкачественных опухолей неэпителиального строения встречаются фибромиомы, гемангиомы, рабдомиомы, лейомиомы, невриномы. Все они составляют всего 0,3 % по отношению к новообразованиям мочевого пузыря в целом.

Данные литературы свидетельствуют, что лейомиома мочевого пузыря встречается крайне редко и трудна для диагностики.

В большинстве описанных случаев диагноз лейомиома мочевого пузыря устанавливался лишь после получения результатов гистологического исследования удаленной опухоли. Она может возникать в мочеполовом тракте (вульве, яичниках, уретре, мочевом пузыре).

Возможен доброкачественный метастазирующий рост, диссеминированный перитонеальный лейомиоматоз (ДПЛ), интравенозный лейомиоматоз, паразитарная лейомиома и ретроперитонеальный рост.

Учитывая небольшое количество публикаций по данной теме, в настоящее время остаются малоизученными вопросы диагностики, лечения и ведения пациентов с лейомиомой мочевого пузыря, что и послужило причиной для публикации собственного опыта диагностики, лечения и последующего наблюдения больного с лейомиомой мочевого пузыря.

Применение плазмо-кинетической вапоризации у пациентов с лейкоплакией мочевого пузыря

В рамках прошедшего в Москве XIII Конгресса Российского общества урологов, посвященного памяти академика Н. А. Лопаткина, была проведена секция под названием «Инфекционные заболевания в урологии». Значительный интерес участников этого мероприятия вызвал доклад профессора кафедры урологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова Е. С. ШПИЛЕНИ (г. Санкт-Петербург), посвященный первому успешному применению в РФ высокотехнологичного способа лечения лейкоплакии мочевого пузыря – плазмо-кинетической вапоризации.

«Белая бляшка»

Лейкоплакия мочевого пузыря (ЛМП) считается особой гистологической формой хронического воспаления этого органа, нарушаются основные функции его многослойного плоского эпителия: отсутствует гликогенообразование и возникают ороговения (типичные бляшки). В этих участках ороговевший эпителий перестает защищать стенки МП от воздействия компонентов мочи и прогрессирования воспалительных процессов. Примечательно, что когда еще в 1877 г. немецкий ученый E. Schwimmer впервые описал эту патологию, он предложил название «лейкоплакия» (в пер. с греч. «белая бляшка»). В зависимости от стадии процесса в настоящее время выделяют три вида лейкоплакии мочевого пузыря: плоскоклеточную метаплазию без ороговения, плоскоклеточную метаплазию с ороговением, плоскоклеточную метаплазию с папилломатозом.

ЛМП – преимущественно «женское заболевание», оно выявляется у 50–82 % пациенток, поступающих в клиники по поводу хронического цистита. Е. С. Шпиленя привел данные трех последних крупных международных обзоров (Dielubanza E. J., 2011; Salvatore S., 2011; Torella M., 2013), указывающих, что в развитых странах более

Евгений Семенович Шпиленя

40 % женщин переносят острый цистит хотя бы раз в жизни, примерно у трети из них развивается его хроническая форма. В России за год фиксируется до 36 млн случаев острого цистита. Соответственно, очень высока и распространенность лейкоплакии, которая тесно связана с различными формами циститов.

Клиническим проявлением лейкоплакии является стойкая дизурия, приводящая к мучительно переживаемой женщинами социальной дезадаптации. Учитывая и то, что алгоритма эффективного лечения лейкоплакии до сих пор нет, становится понятным, почему эта патология считается одной из острейших проблем не только урологии, но и современной медицины в целом.

ЛМП является полиэтиологичным заболеванием, в основе которого лежат две группы предрасполагающих факторов: экзогенные (инфекционные, травматические) и эндогенные (нарушение гормонального статуса).

Наиболее частым фактором развития лейкоплакии мочевого пузыря считается наличие бактериальных инфекций мочевыводящих путей.

Известно, что неосложненные инфекции мочевыводящих путей – одни из самых частых заболеваний женщин репродуктивного возраста. В 2010-х гг. все чаще звучит мнение о вирусной природе этого заболевания. Вирус папилломы человека (ВПЧ) способствует изменению функции эпителиальных клеток. Это приводит к разрастанию участков слизистой оболочки и образованию остроконечных кондилом. Находясь на коже и слизистых оболочках мочеиспускательного канала, влагалища и шейки матки, ВПЧ начинает прогрессировать в момент ослабленного иммунитета человека, вызывая тем самым изменение ДНК клеток и способствуя перерождению многослойного плоского эпителия. Все более обоснованной представляется и гипотеза о развитии ЛМП вследствие гормональных нарушений в женском организме, в частности в результате функциональных изменений в системе гипоталамус–гипофиз–яичники–матка в сторону повышения уровня эстрогенов. Большинство исследований показывает, что ЛМП не склонна к малигнизации, поэтому отнесена в раздел неопухолевых изменений эпителия.

Председатели секции «Инфекционные заболевания в урологии». Слева направо: А.В. Зайцев, Е.В. Кульчавеня, Л.А. Синякова, Т.С. Перепанова

Корона ионизированного газа

Как подчеркнул докладчик, общепринятой тактики лечения ЛМП до сих пор нет. Консервативные методы лечения (курсы антибактериальной, противовоспалительной, симптоматической и общеукрепляющей терапии), как и внутрипузырные инстилляции аналогами гепарина, гликозаминогликанов (гиалуроновой кислоты, хондроитин сульфата, пентозанполисульфата и др.), приводят лишь к кратковременному эффекту, никак не влияют на состояние измененного эпителия и часто сопровождаются побочными эффектами.

Существуют следующие электрохирургические методы лечения лейкоплакии: трансуретральная резекция (ТУР), во время которой под визуальным контролем срезается измененная слизистая, а затем проводится электрокоагуляция резецированной поверхности; монополярная электрорезекция с последующей электрокоагуляцией; электровапоризация.

Общим недостатком всех этих методов является их значительная травматичность. Достаточно сказать, что при электрорезекции и электрокоагуляции используется очень высокое напряжение (соответственно, 3,5 и 7 тыс. В), температура в точке соприкосновения достигает 400 °С, глубина повреждения достигает 5 мм при толщине нормального уротелия всего 200 мкм. В результате срок регенерации составляет шесть и более месяцев, причем у многих больных она протекает с проявлением стойкой дизурии и развитием грубой волокнистой соединительной ткани и рубцовой деформации. В тече-

«...»

ПКВ для лечения лейкоплакии мочевого пузыря в сочетании с курсом комплексной послеоперационной терапии является малоинвазивным, безопасным и высокоэффективным способом лечения

ние всего этого времени обязательно применение уретрального катетера, что увеличивает риск инфицирования и хронизации воспалительного процесса в зоне резекции.

В настоящее время в развитых странах широкое применение находит значительно более безопасный и при этом высокоэффективный метод борьбы с ЛМП – плазмокинетическая вапоризация (ПКВ). Как пояснил Е.С. Шпиленя, эту инновационную технологию в 2008 г. впервые представила компания Olympus Europa SE & CO. KG, ведущая европейская компания в сфере здравоохранения (инновационное оптическое и цифровое оборудование для эндо- и микроскопии) и бытовой электроники.

Данные клинической эффективности ПКВ были подтверждены в Чикаго (США) в 2010 г. на Всемирном конгрессе по эндоурологии и в том же году опубликованы в BJU International journal.

Метод ПКВ, по словам профессора Е. С. Шпилени, основан на эффекте контролируемой абляции. Речь идет о способности электрического поля при достаточной напряженности электромагнитного поля вызвать в растворе электролита образование плазмы ионизированного газового облака. Итак, при выполнении ПКВ генератор обеспечивает подачу радиочастотной энергии к активному электроду резектоскопа, введенного в мочевой пузырь. Облако ионизированного газа обладает энергией, достаточной для разрушения молекулярных связей целевой ткани с минимальным повреждением окружающих структур.

Плазменный пучок поддерживается при низком напряжении – всего 100–300 В. Это ведет к значительному снижению общего термального эффекта: менее 70 °С против 300–400 °С при обычной трансуретральной резекции, причем глубина проникновения заряженных ионов при ПКВ составляет всего 50–100 мкм, в отличие от массивного разрушения на глубину 1/2 см, если используется ТУР. Время самой операции ПКВ занимает не более 10 мин, коагуляция здесь проводится всего в 37 касаний. Таким образом, использование плазменной энергии позволяет быстро и точно удалять ткань, в то же время уплотняя смежные структуры и останавливая кровотечение. Тепловая энергия распространяется минимально, отсутствует высушивание глубоких тканей, что способствует быстрой регенерации тканей, уменьшается операционное время.

Пациент избавлен от субстрата заболевания

Для того чтобы в условиях российской урологической практики подтвердить эффективность и безопасность метода ПКВ в комплексном лечении лейкоплакии мочевого пузыря, в 2011–2013 гг. в клинике им. Э. Э. Эйхвальда (СЗГМУ им. И. И. Мечникова), процедура была выполнена 42 пациенткам с диагнозом указанной патологии. Средний возраст – 29 лет. Группа сравнения (n = 21) получала консервативное лечение.

Особенностью этой работы было чрезвычайно тщательное и разностороннее обследование в пред- и послеоперационном периоде. Фиксировались жалобы пациенток, которые заполняли опросник «Шкала симптомов тазовой боли, императивного учащенного мочеиспускания» (далее – Шкала симптомов) и вели дневник мочеиспускания; выполнялся клинический и биохимический анализ крови, общий анализ и бактериологическое исследование мочи, микроскопия мазка из цервикального канала и уретры; проводилась ПЦР диагностика ИППП. Также осуществлялась цистоскопия, урофлуометрия, уретроцистоскопия с биопсией метаплазированной слизистой, т.е. гистологическое исследование, при котором выявлялась плоскоклеточная метаплазия переходного эпителия.

Результаты предоперационного гистологического исследования выявили у 84 % пациенток плоскоклеточную метаплазию (неороговевающий субтип) переходного эпителия слизистой оболочки с явлениями умеренной лимфогистиоцитарной инфильтрации подлежащей стромы и у 16 % – плоскоклеточную метаплазию с явлениями паракератоза.

Пациентки в контрольной группе получали внутрипузырные инстилляции гепарина и лидокаина. Оценка результатов подобного лечения ЛМП через три и шесть месяцев показала его недостаточную эффективность. Был обнаружен лишь непродолжительный безрецидивный интервал на фоне полного отсутствия влияния на состояние слизистой, а также лишь временное восстановление барьерных свойств МП.

Затем в докладе были представлены результаты применения операции ПКВ у пациенток, страдающих лейкоплакией. Пребывание в стационаре заняло сутки. Оборудование для проведения данной операции выпускается компанией Olympus, его полное название: «Техническое оснащение для проведения гибридной трансуретральной биполярной резекции и вапоризации ДГПЖГ». Оно включает биполярный высокочастотный генератор SurgMaster UES-40 (Olympus), резектоскоп 26Fr (Olympus), пуговчатый электрод для плазменной вапоризации (Olympus). В комплекте поставляется также ирригационная система для физраствора, обязательно используемая при операции.

10-дневное послеоперационное лечение включало: антибиотикотерапию согласно определенной чувствительности; внутрипузырные инстилляции гепарина и гидрокартизона; нимесулид и омник в таблетках; генферон в виде ректальных суппозиториев.

При контрольном осмотре пациенток на 15-е сутки после операции лишь у 2 (4,7 %) из них сохранялись жалобы на учащенное мочеиспускание. Дискомфорт в области уретры и тянущие боли внизу живота наблюдался только у 5 (12 %) пациенток.

«...»

ПКВ избавляет пациента от субстрата заболевания – плоскоклеточной метаплазии уротелия

Через три и шесть месяцев после операции и завершения курса реабилитационной терапии были продемонстрированы следующие результаты (все они оказались достоверными): субъективное улучшение своего состояния отметили все 42 пациентки. Болевой синдром был полностью купирован у 39 (93 %) пациенток, периодическое жжение и дискомфорт в области уретры продолжал беспокоить только двух пациенток, чувство тяжести над лоном – одну. В целом же, оценка в баллах по Шкале симптомов продемонстрировала снижение интенсивности боли и других проявлений ЛМП более чем в 3 раза. Анализ дневников мочеиспускания показал, что среднее количество мочеиспусканий за сутки сократилось с 10 до 6, а ночных и императивных позывов – в 2 раза. Примерно на 100 % увеличился среднеэффективный объем МП. Динамика эндоскопической картины через 6 месяцев после лечения выявила отсутствие сплошного слоя лейкоплакии у всех пациенток.

Гистологические анализы доказали, что ПКВ удаляет слой метаплазированного эпителия, не повреждая глубжележащие ткани и тем самым не нарушая основной источник регенерации и трофики уротелия, еще одним преимуществом данной методики является не только удаление измененной слизистой, но и эрадикация персистирующих там уропатогенов.

Таким образом, ПКВ для лечения лейкоплакии мочевого пузыря в сочетании с курсом комплексной послеоперационной терапии является малоинвазивным, безопасным и высокоэффективным способом лечения. ПКВ избавляет пациента от субстрата заболевания – плоскоклеточной метаплазии уротелия. Ни у одной пациентки не наблюдалось вновь появившихся очагов лейкоплакии в месте ее вапоризации. Малая глубина проникновения плазменной энергии и ее относительно низкая температура способствуют сохранению и последующей регенерации подслизистого слоя.

Александр Рылов

на правах рекламы

СОСТОЯНИЕ УРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Ростовская область по площади и населению один из крупнейших субъектов Южного федерального округа Российской Федерации. В областном центре расположен один из крупнейших медицинских вузов – Ростовский государственный медицинский университет. Приоритетная задача здравоохранения, которая отражена в областной долгосрочной целевой программе «Развитие здравоохранения Ростовской области», – развитие и внедрение передовых высокотехнологичных методов диагностики и лечения урологических заболеваний.

И.А. Абоян
д.м.н., профессор, главный внештатный уролог Министерства здравоохранения Ростовской области, заслуженный врач Российской Федерации, главный врач МБУЗ «Клинико-диагностический центр «Здоровье» города Ростова-на-Дону»
E-mail: aboyan@center-zdorovie.ru

Ростовская область по площади (100,9 км^2) и населению (4,3 млн человек) один из самых крупных субъектов Южного федерального округа Российской Федерации. Ростовская область территориально разделена на 43 административных района. По численности населения область занимает шестое место в России. Городское население составляет 67,7 % (2013 г.). Административный центр Ростовской области — г. Ростов-на-Дону является крупным культурным и научным центром юга России. Здесь функционирует один из крупнейших медицинских вузов — Ростовский государственный медицинский университет. Истоки возникновения медицинской школы на Дону берут начало в XX в., когда в 1915 г. на базе Варшавского русского университета был создан медицинский факультет, а в 1923 г. организовано первое урологическое отделение при медицинском факультете Донского государственного университета. Ростовская урологическая школа всегда славилась своими традициями и связана с именами профессоров В. И. Русакова, В. В. Красулина (основоположников хирургического лечения стриктур уретры, благодаря их трудам Ростов-на-Дону стал «уретральной Меккой» в России), М. Ф. Поляничко, М. И. Когана, В. Л. Медведева. Сегодня коллектив урологов продолжает славную историю урологии нашего региона.

В настоящее время в Ростове-на-Дону выполняются все виды урологической помощи при лечении мочекаменной болезни (в городе функционирует семь дистанционных литотрипторов), доброкачественной гиперплазии простаты, эректильной дисфункции, раке почки, мочевого пузыря и простаты, различные реконструктивно-пластические операции и самые современные эндоурологические и лапароскопические вмешательства.

Развитие и внедрение передовых высокотехнологичных методов диагностики и лечения урологических заболеваний является приоритетной задачей, которая отражена в областной долгосрочной целевой программе «Развитие здравоохранения Ростовской области». На сегодняшний день из 43 административных районов Ростовской области врачами-урологами укомплектован 21 район (49 %). Из 176 врачей-урологов высшую категорию имеют 86 человек (48,9 %), 1 категорию — 25 (14,2 %), 2 категорию — 6 (3,4 %), без категории — 59 человек (33,5 %).

Урологическая служба Ростовской области представлена:

• коечным фондом: 460 коек в составе урологических отделений, 172 койки в составе хирургических отделений и 72 койки в отделениях другого профиля;

• урологическими кабинетами, которые функционируют в 12 городах и в 21 районе области.

Оснащенность амбулаторно-поликлинического звена и стационаров оборудованием на 70 % соответствует требованиям стандартов.

Общее число амбулаторных урологических пациентов, получивших консультацию в 2012 г.,— 325 480. По данным амбулаторных приемов, воспалительные заболевания мочеполовой системы составили 50,8 % от общего количества урологических заболеваний, ДГПЖ — 18,6 %, МКБ — 11,9 %, злокачественные новообразования — 3,8 %; по данным госпитализации — 29,3 %, 10,1 %, 34,9 %, 8,1 % соответственно. Госпитализировано в 2012 г. 31 300 пациентов, из них 14 289 выполнено 18 087 урологических операций.

В 2012 г. высокотехнологичные операции выполнялись в 12 учреждениях здравоохранения Ростовской области.

С целью более подробного рассмотрения проблем и задач в организации оказания урологической помощи дважды в год проводятся рабочие встречи с врачами-урологами, ответственными за оказание урологической помощи населению территорий.

Одной из основных и важнейших медико-социальных задач является диагностика и лечение рака предстательной железы. Согласно статистическому анализу заболеваемости мужского населения в Ростовской области в 2012 г. рак предстательной железы занял первое место среди онкоурологической патологии и составил 65 %. Ежегодный прирост данного заболевания равняется 2,2 %. А общий прирост заболеваемости с 2001 г. составил 123 %!

Широкое внедрение современных скрининговых программ диагностики позволяет диагностировать рак простаты у мужчин молодого и трудоспособного возраста на самых ранних стадиях. Уровень выявления этого заболевания у пациентов в 2012 г. достиг 60 %.

Учитывая высокую социальную значимость проблемы, Министерство здравоохранения Ростовской области совместно с Управлением здравоохранения Ростова-на-Дону разработали Программу перспективного развития мужского здоровья в г. Ростове-на-Дону. Программа принята городской Думой четвертого созыва 19.06.2007 г. и действует в Ростове-на-Дону с 2008 г. Основной целью программы является обеспечение гарантированного объема и качества медицинской помощи юношам и мужчинам в диагностике и лечении заболеваний половой сферы для улучшения качества жизни и повышения репродуктивной функции.

Для оказания высокоэффективной помощи мужскому населению города открыто восемь кабинетов «Мужское здоровье». В рамках реализации программы на базе МБУЗ КДЦ «Здоровье» в декабре 2008 г. открылась клиника «Мужское здоровье», включающая консультативный отдел (консультации уролога, психиатра, кардиолога, невролога, андролога, дерматовенеролога, сексопатолога, иммунолога) и круглосуточный стационар урологического профиля с возможностью выполнения полного объема оперативного лечения. Клиника «Мужское здоровье» является головным учреждением, призванным координировать работу специализированных кабинетов «Мужское здоровье», обеспечивать преемственность в их работе и оказывать организационно-методическую помощь. В хирургических отделениях КДЦ «Здоровье» за последние три года (2010–2012 гг.) прооперированы более 4500 пациентов с заболеваниями мочеполовой системы, среди которых операции на почках (1684) и на предстательной железе (1688). Амбулаторная и стационарная помощь выполняется как жителям Ростова-на-Дону, так и населению всей Ростовской области.

С 1 марта 2013 г. в Ростовской области начала действовать программа «Дорожная карта» (согласно распоряжению Правительства РФ № 2599-р от 28.12.2012, постановлению правительства Ростовской области № 106 «Об утверждении Плана мероприятий («Дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения Ростовской области» от 28.02.2013). Согласно этой программе КДЦ «Здоровье» является межрайонным центром по профилю «урология» для 14 административных территорий Ростовской области.

Мы представили общие сведения о состоянии урологической службы г. Ростова-на-Дону и Ростовской области. Информацию об особенностях каждого направления нашей работы мы представим дополнительно.

«...»

В 1923 г. было организовано первое урологическое отделение при медицинском факультете Донского государственного университета

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. Продолжение, первую часть статьи читайте в №2 за 2013 год.

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»

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.

В прошлом номере нашей газеты были представлены и проанализированы четыре модели оказания андрологической помощи, ни одна из которых на сегодняшний день не является идеальной. Из-за их разобщенности в нашей стране отсутствуют полные достоверные статистические данные о распространенности мужского бесплодия. Такие пациенты в поликлиники по месту жительства обращаются редко, а коммерческие медицинские центры (особенно мелкие) статистическим анализом практически не занимаются. Из годовых статистических отчетов учреждений здравоохранения РФ («Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения», форма № 12) за 2010–2011 гг. строка «мужское бесплодие N46» вовсе была исключена, затем вновь появилась в годовых отчетах за 2012 г. Однако это не решило проблему статистического учета мужчин с бесплодием. В декабре 2011 г. мною были собраны сведения из 25 городских поликлиник ЦАО, обслуживавших в то время 803 500 жителей Москвы. Так вот, количество пациентов с впервые установленным диагнозом N46 (по МКБ X) составило 3 (за 2010 г.) и 4 человека (за 9 месяцев 2011 г.), а количество пациентов с диагнозом «Мужское бесплодие», состоящих на диспансерном учете в урологических кабинетах ЛПУ ЦАО (на 01.11.2011 г.), – 7 (!). Уверен, что за истекшие 1,5 года ситуация нисколько не изменилась.

Но следует заметить, что отчасти «виновата» Международная классификация болезней 10-го пересмотра, предлагающая лишь один вариант диагноза – «Мужское бесплодие» N46. Такой диагноз, на мой взгляд, звучит слишком категорично, так как в большинстве случаев врач имеет дело не с азооспермией, а с различными вариантами субфертильности, однако в разделе N46 подразделы отсутствуют. Кроме того, нет четко обозначенных критериев, по которым мужчине, состоящему в бесплодном браке, должен выставляться диагноз N46. В итоге одни наши коллеги выставляют данный код диагноза исключительно в случае секреторной азооспермии, а другие, наоборот, не скупятся и «одаривают» таким диагнозом пациента даже с малейшими изменениями в однократно выполненной спермограмме (особенно это касается центров планирования семьи и репродукции).

В г. Москве Департаментом здравоохранения первый шаг по организации оказания специализированной медицинской помощи больным андрологического профиля на амбулаторном этапе сделан 19 ноября 2009 г. Вышел приказ ДЗ № 1492 «О дальнейшем совершенствовании амбулаторной урологической помощи в городе Москве», на основании которого во всех 10 административных округах столицы были открыты окружные урологические отделения (ОУО) в составе одного из ЛПУ. В соответствии с утвержденным «Положением об окружном урологическом отделении» (приложение 1, п.3), «отделение осуществляет оказание помощи больным с урологическими и андрологическими заболеваниями». Были определены также временные штатные нормативы (приложение 4, п. 1.2): «должности врачей-урологов для оказания помощи больным андрологического профиля устанавливаются из расчета 1 должность на 500,0 тыс. мужского населения округа».

Одно из таких отделений (на базе городской поликлиники № 68 г. Москвы) я возглавляю с октября 2008 г. В течение 4,5 лет мы принимали пациентов из 26 ЛПУ по направлениям 40–45 урологов территориальных поликлиник. Основные направления работы ОУО – консультативный прием по различным разделам урологии, дистанционная литотрипсия, амбулаторные урологические операции (на базе дневного стационара), трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы под ультразвуковым контролем, гиперактивный мочевой пузырь, инструментальные и лабораторные исследования для пациентов из поликлиник с ограниченными диагностическими возможностями.

С 2009 по 2012 г. в наше отделение впервые обратились 886 пациентов андрологического профиля, что составило 12,2 % от всех впервые обратившихся. Выставлено 1467 диагнозов (в среднем 1,66 нозологических форм на 1 больного). Конечно, этого мало, поскольку у населения все еще существует стереотипное мнение, что в таких ситуациях лучше обращаться в платные медицинские центры или к врачам «по знакомству». Да и не каждого больного, к примеру с хроническим простатитом или эректильной дисфункцией, уролог территориальной поликлиники передаст в окружное урологическое отделение. В структуре первичной обращаемости превалируют больные простатитом (35,8 %), далее следуют больные с эректильной дисфункцией (15,7 %), варикоцеле (9,2 %), фимозом (6,3%), гидроцеле (4,6 %), уретритом (4,0 %), кистами придатка яичка и семенного канатика (3,7 %), мужским бесплодием (3,5 %), а также прочие. Следует обратить внимание, что среди мужчин с различными сексуальными расстройствами (эректильная дисфункция, преждевременная эякуляция), обратившихся к урологу в ГБУЗ, превалируют лица в возрасте 40–55 лет. Число пациентов с уточненным диагнозом «Мужское бесплодие» (код N46 по МКБ X) оказалось значительно ниже ожидаемого (10–15 первичных пациентов в год).

В ОУО есть и свои проблемы: те же нормативы и тарифы ФОМС, что и в территориальных урологических кабинетах, отсутствие кодов и тарифов на целый ряд оказываемых больным андрологического профиля услуг (например, спермограмма, бактериологические исследования, ДНК-диагностика ИППП, интракавернозные инъекции, ТРУЗИ). Однако это было первым, несомненно, положительным опытом реорганизации структуры амбулаторной урологической службы мегаполиса с акцентом на андрологию.

В результате проведенной в городе реструктуризации амбулаторно-поликлинической службы с начала 2013 г. 224 городские поликлиники объединены в 46 амбулаторных медицинских центров с филиалами (в соотношении 4:1–5:1), активно оснащаемых современной медицинской техникой (в т.ч. КТ, МРТ, УЗИ, ЦС, УФМ). Теперь в каждом амбулаторном медицинском центре имеется «урологическое отделение», оказывающее 1-й и 2-й уровни медико-санитарной помощи. В результате как бы отпала необходимость в существовании всех окружных, в т.ч. урологических, отделений. Здесь нам пришлось столкнуться с определенными сложностями, поскольку число штатных должностей врачей-урологов поликлиник после реструктуризации не увеличилось. Урологические отделения во вновь созданных АМЦ в большинстве своем оказались не готовы к выполнению того перечня медицинских услуг, которые были организованы на базе окружных урологических отделений. Что же касается андрологии, вопрос снова остался без ответа, поскольку дополнительные ставки для ведения андрологического приема в новом штатном расписании урологических отделений АМЦ не предусмотрены.

Таковы сегодняшние реалии. Андрология как специальность у нас юридически не существует. Однако уже работают и вновь открываются кафедры андрологии в медицинских вузах, андрологические кабинеты функционируют в центрах планирования семьи и репродукции, центрах вспомогательных репродуктивных технологий, андрологи ведут прием своих пациентов в коммерческих медицинских центрах и в кабинетах частной практики.

Будет ли государственный сертификат специалиста-андролога? – Время покажет!

«...»

Из-за их разобщенности моделей оказания андрологической помощи в России отсутствуют полные достоверные статистические данные о распространенности мужского бесплодия

Персонифицированный подход к терапии пациентов с ДГПЖ

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – наиболее часто диагностируемое заболевание у мужчин старше 50 лет. На сегодняшний день альфа-адреноблокаторы остаются препаратами выбора в лечении ДГПЖ. Обсуждение преимуществ и перспектив применения для пациентов с СНМП вследствие ДГПЖ нового уроселективного альфа1-адреноблокатора Уророк® (силодозин) стало центральной темой одного из сателлитных симпозиумов, состоявшегося при поддержке итальянской фармацевтической компании «Рекордати» 7 ноября 2013 г. в рамках XIII Конгресса Российского общества урологов.

Сопредседатели:
Профессор Д. Ю. ПУШКАРЬ, главный уролог Минздравсоцразвития РФ, заведующий кафедрой урологии МГМСУ

Профессор А. В. СИВКОВ, первый заместитель директора ФГБУ «НИИ урологии» Минздравсоцразвития РФ

Профессор А. Г. МАРТОВ, заведующий кафедрой урологии ИПК ФМБА

Д. Ю. Пушкарь
Жизнь с ДГПЖ или поиски качества

Персонифицированный подход в лечении урологических заболеваний крайне необходим, особенно если речь идет о пациентах с ДГПЖ. Этот постулат хорошо знаком каждому современному урологу, хотя еще несколько лет назад мало кто задумывался о проведении исследований по оценке качества жизни у мужчин с аденомой простаты. А это непременное условие индивидуального подхода к лечению пациента и успешного оказания необходимой помощи, так считает профессор Д. Ю. Пушкарь. Он отметил, что ДГПЖ занимает четвертое место по диагностированным заболеваниям в США среди мужчин старше 50 лет, а по выявленным случаям в США (15,3 % в год) частота возникновения ДГПЖ сравнима с частотой возникновения сахарного диабета II типа[1]. По словам Д. Ю. Пушкаря, симптомы нижних мочевыводящих путей (СНМП) являются одной из самых главных причин снижения качества жизни у мужчин пожилого возраста. Снижение качества жизни при СНМП, вызванных ДГПЖ, вполне сравнимо с таковой при возникновении сердечно-сосудистых заболеваний.

Уже традиционно в фармакотерапии ДГПЖ принято применение альфа-адреноблокаторов или ингибиторов 5-альфа-редуктазы, а также их сочетание. Однако использование имеющейся линейки этих лекарственных препаратов в полной мере не решает существующих запросов по улучшению качества жизни таких больных. Сегодня значительно возросли ожидания самих пациентов в отношении улучшения собственного качества жизни. Этот факт диктует необходимость применения новых препаратов для лечения ДГПЖ и СНМП, отметил профессор Д. Ю. Пушкарь. Таким новым альфа-адреноблокатором, который способен улучшить качество жизни пациентов с ДГПЖ, профессор Д. Ю. Пушкарь назвал Уророк® (силодозин).

А. В. Сивков
Доказанная эффективность силодозина

Продолжая данную тему, профессор А. В. Сивков также подтвердил необходимость применения новых препаратов в лечении пациентов с ДГПЖ. Он отметил, что в России пока отсутствует четкая статистика заболеваемости ДГПЖ. Экстраполяция результатов зарубежных эпидемиологических исследований позволяет говорить о том, что в России страдают СНМП вследствие ДГПЖ от 2,2 до 6,3 млн мужчин. При этом до 30 % таких пациентов не удовлетворены результатами проведенного лечения.

По словам А. В. Сивкова, такая ситуация требует адекватного подхода. В качестве решения он предложил алгоритм дифференциальной диагностики СНМП и алгоритм выбора методов лечения ДГПЖ, которые были разработаны в ФГБУ «НИИ урологии» Минздравсоцразвития РФ. В алгоритме выбора методов лечения основное место в терапии СНМП заняли альфа1-адреноблокаторы. А. В. Сивков подчеркнул необходимость применения силодозина, который входит в последнюю редакцию рекомендаций Ассоциации европейского общества урологов (EAU) по лечению ДГПЖ.

Он подчеркнул, что результаты большого количества международных плацебоконтролируемых клинических исследований по применению силодозина у пациентов с СНМП вследствие ДГПЖ не вызывают сомнений в его эффективности.

В ФГБУ «НИИ урологии» было проведено клиническое наблюдение по применению силодозина у пациентов с выраженными СНМП из-за ДГПЖ, в котором приняли участие 30 больных в возрасте от 47 до 75 лет с выраженной симптоматикой (60 % пациентов имели ярко выраженные симптомы). Эти пациенты получали Уророк® (силодозин) в дозе 8 мг 1 раз в день одновременно с приемом пищи. В данном наблюдении было показано, что силодозин быстро оказывает выраженный эффект и уже на пятые сутки достоверно улучшает симптомы нарушения мочеиспускания и, как следствие, улучшает качество жизни больных. Причем эффективность препарата нарастала со временем.

По результатам наблюдения отмечена положительная динамика основных СНМП и параметров мочеиспускания. С точки зрения оценки симптомов по шкале IPSS в выборке пациентов, у которых начальные показатели определялись в пределах от 18 до 35 баллов (n = 18, среднее значение – 19,7 балла), на пятый день после приема силодозина сумма баллов снизилась на 10,2 % от исходного уровня, а на шестидесятый день – на 19,5 % от исходного уровня, в среднем снижение составило 20,3 и 18,2 баллов соответственно. У больных с изначальными показателями по шкале IPSS менее 18 баллов (n = 12, среднее значение – 15,4 балла) имели место еще более значительные улучшения: сумма баллов по шкале IPSS снизилась на пятый день от начала приема силодо-

«...»

ДГПЖ занимает четвертое место по диагностированным заболеваниям в США среди мужчин старше 50 лет

Таблица 1. Динамика СНМП и параметров мочеиспускания (средние значения) на фоне приема силодозина (n=30; M±m), p1 – сравнение с показателями начала лечения; p2 – сравнение с показателями 5-х суток терапии

	Скрининг	5-е сутки от начала лечения	60-е сутки от начала лечения
IPSS, баллы	19,7±0,81	16,8±1,05 p<0,001	15,6±1,50 p1<0,01 p2=0,31
QoL, баллы	4,13±0,24	3,90±0,23 p=0,07	3,63±0,25 p1<0,001 p2<0,05
Qmax, мл/с	10,8±0,52	13,7±0,99 p<0,001	16,4±1,42 p1<0,001 p2<0,01
Qave*, мл/с	6,07±0,28	8,87±1,68 p=0,12	8,50±0,67 p1<0,001 p2=0,84
Vcomp**, мл	298±11,1	297±9,51 p=0,96	326±11,8 p1<0,05 p2<0,05
Vres***, мл	60,9±9,48	45,7±7,25 p<0,03	32,6±6,90 p1<0,001 p2<0,01

* средняя скорость мочеиспускания
** объем мочеиспускания за одну микцию
*** остаточный объем мочи

[1] Issa MM et al. Am J. Manag Care 2006; 12 (4 Suppl): S. 83–9

Таблица 2. Число пациентов с выраженными симптомами до и после применения силодозина (Уророк® в дозе 8 мг 1 раз в сутки) при лечении ДГПЖ,%

	Скрининг	5 дней после начала лечения	60 дней после начала лечения
IPSS 18–35, баллы	60	50	33
QoL 4–6, баллы	63	60	50
Qmax < 10 мл/с	40	27	23
Vres > 100 мл	23	10	7

зина на 24,7 %, на шестидесятый день – на 42,9 %, что в среднем составило 11,6 и 8,8 баллов соответственно.

Кроме того, динамика Qmax показала, что увеличение этого показателя более чем на 25 % от исходного уровня на пятые сутки было отмечено у 56,6 % пациентов,

а на шестидесятые сутки – у 73,3 % пациентов. Увеличение Qmax менее чем на 25 % от исходного уровня на пятые сутки было отмечено у 43,4 % пациентов, на шестидесятые сутки – у 26,7 % пациентов.

Таким образом, профессор А. В. Сивков заключил, что:

- силодозин достоверно улучшает основные клинические параметры мочеиспускания: IPSS, QoL, Qmax, Qave, Vcomp, Vres (табл. 1);
- силодозин демонстрирует быстрый терапевтический эффект – отмечается статистически достоверное улучшение ключевых показателей мочеиспускания (IPSS, Qmax и Vres) уже через пять дней от начала лечения;
- клинически значимое улучшение симптомов отмечено у 55,3 % пациентов по шкале IPSS и у 73,3 % – по показателю Qmax;
- у больных с умеренной выраженностью СНМП и умеренными нарушениями мочеиспускания эффективность силодозина проявляется наиболее ярко.

А. Г. Мартов
Применение альфа-адреноблокаторов после ТУР

Профессор А. Г. Мартов поделился своим опытом применения силодозина после оперативных вмешательств, связанных с ДГПЖ. В настоящее время существует целый ряд трансуретральных электрохирургических методов лечения ДГПЖ: монополярная электрохирургия; резекция, инцизия; «роликовая» вапоризация; вапоризирующая резекция и проч. Трансуретральную резекцию предстательной железы (ТУР) называют «золотым стандартом», поскольку она быстро устраняет симптомы нарушений мочеиспускания при низкой частоте осложнений. Существует большое число многоцентровых исследований, в которых было продемонстрировано статистически достоверное увеличение Qmax после ТУР и уменьшение суммы баллов по шкале IPSS по сравнению с исходным уровнем.

Тем не менее один из неприятных поздних послеоперационных осложнений ТУР является стойкая дизурия наряду с нарушениями эякуляции, эректильной дисфункцией, повторными операциями, склерозом шейки мочевого пузыря, стриктурой уретры, недержанием мочи. Все это является предпосылками для применения альфа-адреноблокаторов после ТУР, подчеркнул в своем выступлении профессор А. Г. Мартов. Стандартная противовоспалительная терапия не влияет на возникновение ирритативных симптомов, которые после ТУР беспокоят пациентов значительно больше, чем обструктивные. По мнению профессора А. Г. Мартова, здесь необходимо применение альфа1-адреноблокаторов, которые хорошо работают после ТУР, что обусловлено следующим:

1. Поскольку альфа1-адренорецепторы расположены преимущественно в гладких мышцах шейки мочевого пузыря, простаты, ее капсулы и задней уретры – при выполнении стандартной ТУР простаты («тотальной ТУР»), а также «псевдо-ТУР», «парциальной ТУР» и инцизии простаты, гладкомышечные элементы этих образований частично сохраняются, причем «тотальную ТУР» в полном смысле слова сейчас почти никто не выполняет.

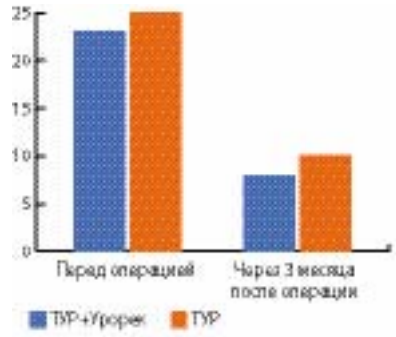
Такой тип ТУР выполняется немногими урологами и в основном при удалении злокачественных образований предстательной железы.

2. Сохранение признаков ИВО после ТУР при отсутствии механического компонента обструкции чаще всего связано с сохранением повышенного тонуса гладких мышц простаты и шейки мочевого пузыря, что обусловлено повышенной активностью симпатической нервной системы, что опосредуется через альфа1-адренорецепторы стромы и капсулы предстательной железы, а также шейки мочевого пузыря[2].

3. У больных ДГПЖ в процессе формирования ИВО и старения организма происходит изменение процессов симпатической регуляции детрузора. При этом начинают преобладать процессы сокращения, связанные с функциональной активностью альфа1-адренорецепторов. Учащенное, повелительное мочеиспускание после ТУР связано по всей видимости с повышенной активностью альфа1-адренорецепторов детрузора[3].

4. Увеличение симпатической активности в послеоперационном периоде (особенно в раннем) на фоне стресса сопровождается повышенными концентрациями в тканях адреномиметиков (в частности, норадреналина). Механизм лечебного действия альфа1-адреноблокаторов связан с воздействием на альфа1-адренорецепторы, расположенные не только в тканях нижних мочевых путей, но и в центральной нервной системе (в спинном мозге).

> «...»
>
> ***Уророк® — альфа1-адреноблокатор с самой высокой на сегодняшний день уроселективностью и высокой специфичностью к альфа1А подтипу адренорецепторов***



Сравнение динамики суммы баллов по шкале IPSS после ТУР+Уророк® и ТУР

Говоря о доступных на текущий момент альфа1-адреноблокаторах, профессор А. Г. Мартов выделил Уророк® (силодозин), который обладает самой высокой на сегодняшний день уроселективностью. Уророк® связывается преимущественно с рецепторами альфа1А подтипа и обладает намного большим сродством к ним, чем к рецпеторам подтипов альфа 1D и альфа 1B (что было достоверно продемонстрировано в исследованиях in vitro).

Таблица 3. Характеристика групп больных перед проведением ТУР

ТУР + Уророк® ТУР	ТУР + Уророк®	ТУР
Число пациентов	78	96
Возраст, годы	68,5±6,3	70,2±6,9
IPSS, баллы	24,8±4,6	25,1±5,2
QoL, баллы	4,7±1,1	4,7±1,3
Qmax, мл/сек	7,4±4,3	7,2±3,5
V простаты, см^3	59,4±25,6	60,3±32,6
V ост.мочи, мл	139,5±36,5	135,9±54,1

Уророк® обладает высокой тканевой специфичностью (сродство силодозина к ткани предстательной железы примерно в 200 раз выше, чем к ткани аорты), клинической специфичностью (силодозин быстро и стойко облегчает СНМП, редко вызывая побочные эффекты, связанные с АД). Все эти свойства Уророка® условно были обозначены профессором как концепция «3С», что включает в себя:

- селективность (избирательность действия);
- стойкость эффекта (эффективность в течение длительного периода времени);
- свобода от риска возникновения побочных действий.

Совокупность данных факторов обеспечивает высокий уровень безопасности при применении Уророка®, особенно у пациентов, которые принимают антигипертензивные препараты или ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа.

Результаты послеоперационной терапии Урореком® в дозе 8 мг 1 раз в сутки продемонстрировали существенное положительное воздействие на симптоматику заболевания, в особенности на ее ирритативный компонент; увеличение показателя Qmax и, самое главное, на улучшение качества жизни пациентов в послеоперационном периоде после проведения ТУР, отметил в заключение профессор А. Г. Мартов.

В результате послеоперационной терапии препаратом Уророк® 8 мг в сутки после проведения ТУР отмечалось положительное воздействие на симптоматику заболевания, в особенности на ее ирритативный компонент.

Юлия Кулигина

[2] P. Abrams, 1979, E. A. Gormley, 1993.
[3] Лоран О. Б. И соавт., 1998, 2001, J. Sullivan, 1999.

на правах рекламы

Резолюция экспертного собрания специалистов по лечению стрессового недержания мочи у женщин без вреда для здоровья пациента

Документ является результатом консенсуса, достигнутого на собрании экспертных специалистов, занимающихся проблемами недержания мочи у женщин, под председательством главного внештатного специалиста по гинекологии МЗ РФ академика РАМН Л. В. Адамян и главного внештатного специалиста по урологии МЗ РФ профессора Д. Ю. Пушкаря.

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

Актуальность проблемы

Лечение женщин, страдающих недержанием мочи, претерпело значительные изменения благодаря применению субуретральных синтетических слингов. Это стало особенно возможным после публикации ряда рандомизированных исследований по сравнительной оценке применения слингов TVT и кольпосуспензии. Одновременно произошел бурный рост в сфере применения синтетических материалов в области лечения пролапса гениталий у женщин на основании ранее полученных данных, подтверждающих эффективность TVT.

На сегодняшний день на российском рынке существует более 10 видов субуретральных имплантатов, которые используются на основании небольшого объема доказательных данных или вовсе без таковых.

Ситуация в нашей стране аналогична таковой в странах Европы и Северной Америки, где, начиная с 2008 г., на фоне увеличения числа сообщений об осложнениях Управление США по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) выпустило несколько уведомлений о том, что использование этих изделий сопряжено с рисками, поэтому их следует применять с осторожностью, так как это может вызывать необратимые последствия. Эта тенденция и дальнейшие возможные ограничения могут повлечь за собой ограничения и затруднения в оказании помощи больным, страдающим недержанием мочи.

В связи с этим участники встречи считают необходимым дать оценку российскому опыту коррекции пролапса органов малого таза с применением сетчатых имплантов. Для этого планируется проведение ретроспективного отечественного исследования по оценке безопасности применения сетчатых имплантов для коррекции пролапса органов малого таза у женщин с включением данных, полученных из экспертных центров России и СНГ.

Уроки ситуации, возникшей в связи с применением имплантов для кольпосуспензии, заключаются в важности определения точных показаний для слинговых операций, полного информирования пациенток о всех возможных способах коррекции патологии, а также в необходимости полноценного тренинга для врачей. Также важным представляется выбор слинга в условиях значительного разнообразия продукции.

Осложнения слинговых операций

В последние годы специализированные центры в России сталкиваются со значительным увеличением числа пациентов с различными осложнениями, связанными с применением синтетических материалов во влагалищной хирургии. В то же время недостаточность данных и отсутствие системы регистрации осложнений являются основными препятствиями для адекватного сбора и анализа информации. Таким образом, мы лишены основанного на доказательных данных подхода к контролю различных осложнений, связанных с использованием сетчатых имплантатов. Использование подобных всеобщих реестров позволит оценить исходы, связанные с развитием осложнений. Классификация осложнений, предложенная ICS-IUGA в 2010 г., позволяющая сравнивать полученные сообщения, может помочь в изучении этой проблемы. Безусловно, повышение квалификации хирурга уменьшает вероятность осложнений, однако не исключает их полностью. Считаем, что лечение осложнений слинговых операций следует выполнять только в специализированных клиниках, где есть все условия для помощи этой категории больных. Мы не рекомендуем выполнение повторных операций, например по удалению синтетических слингов, в условиях неспециализированных клиник. Необходимо рассмотреть вопрос о создании реестра аккредитованных центров, занимающихся лечением больных с осложнениями после выполнения слинговых операций, а также рецидивными формами недержания мочи.

Базы данных больных и отдаленные результаты лечения

Объем доказательных данных в области использования синтетических слингов в хирургической практике быстро увеличивается, благодаря проводимым международным мультицентровым исследованиям. Принимая решение об использовании тех или иных синтетических материалов, хирурги должны опираться на авторитетные источники, предоставляющие объективную информацию и доказательные данные. В отсутствие таких доказательных данных процедуры с использованием сетчатых имплантатов должны ограничиваться экспериментальными условиями или условиями научных исследований и клинических испытаний вплоть до того момента, пока не будет получено достаточно информации, подтверждающей целесообразность использования таких изделий в клинической практике. Учитывая быстрое введение в практику процедур с использованием сетчатых имплантатов для коррекции СНМ при наличии ограниченной информации о результатах длительного наблюдения, важно наладить непрерывную отчетность по результатам многолетнего наблюдения когорт пациентов. Для этой цели в России на федеральном уровне должны быть организованы реестры в сотрудничестве с профессиональными сообществами, включающими специалистов по всем соответствующим дисциплинам. Подобные реестры могут получать финансирование в соответствии с инновационными моделями финансирования, включающими поддержку отрасли на основе модели «за каждое изделие» без участия в сборе данных или оценке, поскольку такие реестры могут иметь независимое управление.

Особенности регистрации синтетических слингов

Однако не все синтетические изделия, предназначенные для коррекции недержания мочи, эквивалентны друг другу. Считаем, что регистрация синтетических материалов в России происходит без должного проведения полноценных клинических исследований и изучения отделенных результатов лечения, что само по себе может быть причиной прихода на рынок недостаточно изученных материалов и методик. С учетом этого при выборе медизделий стоит ориентироваться прежде всего на качество и количество клинических исследований, посвященных той или иной технологии. Примером таких исследований могут служить работы, посвященные изучению эффктивности и безопасности петель TVT. На сегодняшний день существует более 105 исследований, посвященных TVT classic, и более 63 работ, посвященных петле TVT-O.

Обучение специалистов

В настоящее время в нашей стране отсутствуют стандарты проведения трейнингов по лечению недержания мочи. Обучение установке новых имплантатов часто предусматривает однодневные курсы обучения, просмотр видеозаписей, наблюдение за установками имплантатов, выполняемых другими специалистами. Мы считаем, что врачи должны проводить хирургическую коррекцию недержания мочи только в том случае, если они имеют достаточный уровень специализации в этой области, регулярно проводят подобные операции и хорошо осведомлены обо всех возможных методах лечения, в том числе консервативных.

Дальнейшие шаги

Являемся ли мы свидетелями «начала конца» для сетчатых имплантатов? Это маловероятно, поскольку опытный специалист может получить хорошие результаты лечения с применением этих устройств. А пациент должен быть в достаточной степени проинформирован о преимуществах и недостатках использования сетчатых имплантатов, в особенности во всем, что касается осложнений, и отдаленных результатах. Конечно, это накладывает большую ответственность на врачей, занимающихся тазовой хирургией. Медицинское научное сообщество и компании-производители обязаны сохранить доверие пациентов и прояснить все оставшиеся неопределенности для обеспечения лучшей помощи больным недержанием мочи.

1. В связи с вышесказанным, коллектив экспертов считает назревшей потребность в разработке национальных рекомендаций по лечению СНМ/пролапса органов тазового дна у женщин, которые отражали бы современные подходы к диагностике и лечению данной категории больных.

2. Необходимо формирование независимого регистра пациентов, оперированных с применением слингов, для контроля за статистикой показателей эффективности лечения и осложнений.

3. В настоящей ситуации необходимо уделять самое серьезное внимание информированию пациенток об альтернативных методах лечения СНМ, дабы больная имела полное представление о преимуществах и недостатках разных подходов. В связи с этим будет разработано типовое информированное согласие пациента для операции TVT.

4. Операции должны выполняться в специализированных центрах, имеющих большой опыт влагалищной хирургии, а также обученных надлежащим образом специалистов.

5. При наличии показаний к имплантации слингов выбор устройств должен осуществляться на основании данных всесторонних научных исследований во избежание рисков, связанных с несовершенством системы регистрации медизделий.

Современные аспекты терапии мужской инфертильности

Д.А. ОХОБОТОВ,
Кафедра урологии и андрологии
ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова
(зав. кафедрой чл.-корр. РАМН,
профессор, д.м.н. А.А. Камалов)

За последние 10 лет современная диагностика и терапия инфертильности у мужчин стала активно развиваться, за счет активного использования ряда направлений, которые ранее не имели достаточного информационного доказательного объема, необходимых для их активного использования. Дело в том, что до сих пор отдельные виды стимулирующей сперматогенез терапии основаны не на доказательных клинических и теоретических аспектах, а носят эмпирический или поисковый характер.

Сейчас активно изучаются иммунологические факторы инфертильности, разрабатываются методы ультраструктурного изучения морфологии сперматозоидов, исследуются генетические факторы и хромосомные болезни. Стали разрабатываться новые тактики лечения некоторых заболеваний (варикоцеле и ретроградная эякуляция), появились новые лекарственные средства, операционное оборудование, совершенствуется система ЭКО.

Большинство современных медицинских форумов, посвященных проблемам инфертильности, построено на междисциплинарном взаимодействии и в их работе принимают участие врачи различных медицинских специальностей, интересующихся проблемами бесплодия у мужчин.

Все эти меры за 10 последних лет позволили снизить частоту встречаемости идиопатических форм мужского бесплодия более чем в 2 раза, с 70% до 35% по данным Всемирной Организации Здравоохранения.

Задачей современного специалиста по проблеме мужской инфертильности постараться четко оценить клиническую сперматологическую ситуацию у пациента. При необходимости провести определенные стимуляционные курсы для улучшения клинической картины спермограммы, оценить все возможные риски лечебной тактики в течение первых 6 месяцев наблюдения, сформулировать прогноз и дать таким пациентам четкие рекомендации по дальнейшим действиям.

Последние несколько лет в качестве средств первой линии терапии мужской инфертильности часто используются биологические активные добавки (БАД). Данные препараты юридически не являются лекарствами, но часто содержат в своем составе необходимые витамины, стимуляторы и микроэлементы, которых иногда не хватает мужчине, для того, чтобы его спермограмма приблизилась к фертильному порогу. По статистике в США более 80% населения принимает БАДы, в Японии до 90% населения, в Европе до 85%, а в России, поданным агентства Фармэксперт уже более 20% (Борисов В.В., 2012).

Почему сегодня мы столкнулись с активной популяризацией БАД? Дело в том, что БАДы чаще всего обладают более широким спектром терапевтических эффектов, хорошо переносятся, удобны для приема, особенно для длительного приема, малотоксичны, к ним редко развивается привыкание, а также они более доступны для населения по ценовой политике.

Основными средствами стимуляции сперматогенеза на этапе первичной эмпирической стимуляции сегодня являются витамины, микроэлементы, фитоэнергетики, антиоксиданты и другие естественные стимуляторы. Появившиеся на рынке такие БАДы как АндроДоз, Спермаплант, Селцинк Плюс, Профертил, Спермактин и Доппельгерц Спермактив сегодня активно используются врачами специалистами в области мужского бесплодия. Эти БАД значительно отличаются друг от друга по цене, составу и фармакологическому действию и у современного специалиста в той или иной ситуации всегда есть возможность выбора.

Не так давно на рынке появился еще один БАД – Спематон, выпускаемый компанией Аквион (Россия). Данный БАД выпускается в форме саше, то есть в виде дозированных порошков, которые растворяются в жидкости и употребляются внутрь. В состав Спематона входят следующие биологически активные компоненты: L-Карнитин – 750 мг, Витамин Е – 30 мг и Цинк – 24 мг. Карнитин – аминокислота, родственная по составу к витаминам группы В. Участвует в метаболизме жиров и обеспечении организма энергией. Карнитин переносит жирные кислоты внутрь митохондрий, где они подвергаются окислению, оказывает детоксицирующее, антигипоксическое, репаративное действие, нормализует липидный и углеводный обмены, КЩС. Витамин Е – главный пищевой антиоксидант, который участвует в пролиферации клеток, клеточном дыхании и других процессах метаболизма в клетках. Он предотвращает образование тромбов и способствует их рассасыванию, улучшает фертильность, уменьшает и предотвращает приливы в климактерический период, используется в косметологии для сохранения молодости кожи, способствует заживлению ран и уменьшает риск образования рубцовой ткани. Цинк – стимулирует производство в организме гамма-интерферона, необходимого для правильного функционирования иммунной системы, снижает уровень свободных радикалов, обеспечивает общую защиту от старения, действуя как антиоксидант. Цинк необходим для нормального функционирования мужской репродуктивной системы, а его дефицит приводит к снижению уровня тестостерона и соответственно – патозооспермии. Цинк преимущественно секретируется в предстательной железе, в большом количестве содержится в созревающих сперматозоидах, поскольку его количество коррелирует с уровнем потребления кислорода и стабильностью ядерного хроматина. Цинк является кофактором большой группы ферментов и поэтому необходим для протекания многих биохимических процессов.

Таким образом, состав Спематона сбалансирован, а концентрации его компонентов соответствуют «рабочим» терапевтическим дозам. Все его компоненты являются ключевыми метаболитами многих биохимических реакций, обеспечивающих нормальное созревание сперматозоидов и их функциональную пригодность.

Согласно результатам предварительных испытаний на фоне приема Спематона, в дозе 1–2 саше в день, отмечалось увеличение объема эякулята на 11,4 %, увеличение концентрации сперматозоидов в 1 мл на 32,5 %, повышение концентрации сперматозоидов категории А (активно подвижных) на 100 %, а количество сперматозоидов категории В уменьшилось на 34 % в пользу категории А. На фоне терапии отмечено наступление беременностей у 10% наблюдаемых пар с астенозооспермией и нарушениями гормонального цикла у женщин (Жуков О.Б., с соавт., 2012).

Конечно, сегодня с позиций доказательной медицины сложно делать заключение и формировать свое и общественное мнение на основе данных единичных исследований. Тем не менее, у Спематона есть ряд особенностей, которые заслуживают внимания. Это сравнительно невысокая курсовая стоимость, дозировка всех компонентов в оптимальных «лечебных» концентрациях, высокая комплаентность и отечественное происхождение. Все его компоненты зарегистрированы Минздравом России и входят в состав пищевых продуктов. Появление в ряду специализированных БАД еще одного препарата расширяет возможности специалиста и пациента по подбору наиболее удобного варианта коррекции сперматогенеза для решения проблемы бесплодия в супружеской паре. Будет ли Спематон достаточно эффективен для решения специфических проблем, покажет время и проведение дополнительных мультицентровых клинических исследований.

Цитратный комплекс «Уралит У» и мочекаменная болезнь

Мочекаменная болезнь (МКБ) — одно из наиболее частых урологических заболеваний, встречающееся не менее чем у 13 % населения, причем наиболее часто у людей в трудоспособном возрасте. В настоящее время в развитых странах мира из 10 млн человек 400 тыс. страдают мочекаменной болезнью. Ежегодно регистрируется 85 тыс. случаев заболевания, при этом 62 тыс. из них рецидивные камни. По данным некоторых исследователей уратный нефролитиаз составляет 20–30 % всех случаев МКБ.

А.А. КАМАЛОВ,
зав. кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, главный уролог ДЗ г. Москвы, член-корр. РАМН, профессор, д.м.н.

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

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

Д.А. ОХОБОТОВ,
старший преподаватель кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, к.м.н.

А.А. КАМАЛОВ

Увеличение заболеваемости уратным нефролитиазом объясняется возрастанием влияния неблагоприятных экологических факторов окружающей среды на организм человека, гиподинамией, ведущей к нарушению обмена веществ; повышенным потреблением белковых продуктов и алкоголя, применением лекарственных препаратов. По последним данным доказано, что ожирение считается независимым фактором развития нефролитиаза, и масса тела обратно коррелирует с pH мочи.

К факторам риска уратного нефролитиаза относят гиперурикозурию, низкий объем и pH мочи, метаболический синдром, подагру (гиперурикемию). Тареев Е.М. и соавт. доказали, что именно уровень pH имеет первостепенное значение для формирования уратных конкрементов, а именно снижение pH мочи с 6,0 до 5,0 приводит к шестикратному увеличению концентрации мочевой кислоты в моче, тогда как гиперпродукция мочевой кислоты – только к двухкратному.

Среди других факторов риска уратного нефролитиаза также обсуждаются генетические детерминанты.

Патогенез уратного нефролитиаза сложен и до конца не изучен.

Основной причиной повышения мочевой кислоты в крови и моче является нарушение пуринового обмена.

Ингибирование синтеза пуриновых нуклеотидов приводит к замедлению роста тканей. При нарушении распада пуриновых нуклеотидов накапливаются продукты их метаболизма и в первую очередь мочевая кислота.

При нарушении пуринового обмена отмечается гиперпродукция мочевой кислоты и, соответственно, ее повышение в крови (гиперурикемия) и моче (гиперурикозурия). Эти процессы лежат в основе образования камней, состоящих из мочевой кислоты, а также натриевых, аммониевых и кальциевых (крайне редко) солей этой кислоты. Гиперурикемия не всегда приводит к образованию мочевых конкрементов, так как она может быть обусловлена задержкой, а не гиперпродукцией мочевой кислоты. Обязательным условием образования уратных конкрементов является гиперурикозурия.

Причиной гиперурикемии могут быть повышенное образование мочевой кислоты (метаболическая гиперурикемия), нарушение ее выведения (почечная гиперурикемия) или сочетание этих двух механизмов. Концентрация мочевой кислоты в сыворотке зависит от пола, возраста, роста, веса, артериального давления (АД), функции почек и употребления в пищу пуринсодержащих продуктов и спиртных напитков. Ounissy и соавт. в 2010 г. опубликовали результаты гистологических исследований, которые подтверждают, что гиперурикемия может приводить к непосредственному повреждению почек, инициируя и поддерживая прогрессирование клубочковой гипертрофии, артериолопатии и артериальной гипертензии, что ведет к развитию и прогрессированию хронической почечной недостаточности до терминальной стадии.

В моче мочевая кислота присутствует в двух формах: растворимой в виде урата (ионизированная форма, не связанная с транспортными белками) и нерастворимой – собственно мочевая кислота. Они отличаются всего одним ионом водорода, который соединяется с растворимым уратом, при pH < 5,5 приводит к формированию мочекислых камней. При pH мочи >5,5 образуются уратные кальцийоксалатные камни (смешанные). Аммонийуратные камни формируются при pH мочи > 6,5, встречаются редко, менее чем в 1 % всех типов мочевых камней. В большинстве случаев инфицирование мочевых путей уреазопродуцирующими бактериями в сочетании с повышенной концентрацией уратов приводит к образованию аммонийуратных камней.

Кристаллы мочевой кислоты могут служить субстратом, на котором могут выстраиваться и расти кристаллы оксалата кальция или смешанные камни из кальция и мочевой кислоты.

Комплексная терапия пациентов с уратным нефролитиазом должна быть направлена на нормализацию pH мочи, устранение или нейтрализацию гиперурикозурии, увеличение объема мочи, выявление и коррекцию сопутствующих заболеваний.

Согласно рекомендациям Российского общества урологов, литолитическая терапия цитратными препаратами входит в состав комплексного лечения больных МКБ в сочетании с ДЛТ, чрескожной нефролитотрипсией и контактной уретеролитотрипсией для наиболее полного удаления фрагментов конкрементов, а также является терапевтической альтернативой удалению камней, состоящих из мочевой кислоты.

Особенностью мочекислых камней является их способность подвергаться растворению, а также высокая эффективность проведения профилактики и метафилактики уратного нефролитиаза (с соблюдением пуриновой диеты и коррекции метаболических нарушений).

Многие авторы в своих работах отмечают высокую эффективность монотерапии цитратными смесями – от 70 до 80 %.

> «...»
>
> ***Ежегодно регистрируется 85 тыс. случаев заболевания, при этом 62 тыс. из них рецидивные камни***

Для устранения основного фактора риска (сниженного pH) используют несколько цитратных смесей: натрия цитрат, калия цитрат, магния цитрат и их комбинации. Калия цитрат применяется при лечении пациентов только с уратными конкрементами.

Магния цитрат назначается пациентам с кальцийоксалатными камнями. Калий-натрий-цитратный комплекс («Уралит-У») и натрия цитрат – при обеих разновидностях камней.

Нейтрализация, или подщелачивание мочи, может быть достигнута при пероральном приеме щелочных цитратов и является дозозависимой.

Основная сложность назначения цитратных препаратов заключается в подборе адекватной дозы. Рекомендуется начинать лечение с назначения диеты

Л.А. ХОДЫРЕВА

и мониторинга pH мочи в течение пяти дней строго в определенное время суток. На основании полученных данных по показателям средних значений pH мочи определяется начальная доза препарата и распределение ее в течение суток. Через пять дней лечения вновь производится мониторинг pH мочи и коррекция дозировки.

Одним из известных широко применяемых и изученных цитратных препаратов является гексакалий-гексанатрий-тригидропентацитратный комплекс («Уралит У»), который применяется для растворения и профилактики рецидива образования мочекислых камней.

Клинические исследования по эффективности литолитической терапии уратных конкрементов показали, что комбинация калия цитрата с натрием в комплексе «Уралит У» имеет не только литолитический эффект, но и значительно повышает средний объем выделенной мочи, среднюю экскрецию Na и относительный риск перенасыщения мочи для кальция оксалата.

Безрецидивное течение уратного нефролитиаза составило 92,3 % при применении комплекса «Уралит У» по одной ложке 3 раза в день в течение 12 месяцев у пациентов после ДЛТ и эндоскопических операций по поводу камней почек в сравнении с 57,7 % в контрольной группе. В группе с резидуальными фрагментами полный литолитический эффект был достигнут у 30,8 %, по сравнению с 9,1 % в контрольной группе.

Также клинические данные показали более значительное снижение сывороточного уровня мочевой кислоты при длительном (12 недель) совместном применении аллопуринола и комплекса «Уралит У», чем при монотерапии аллопуринолом, что связано с увеличением экскреции мочевой кислоты с мочой.

Эффективность лечения и профилактики больных с уратным нефролитиазом зависит от трех условий: первое – длительность терапии от 4 недель до 6 месяцев и более; второе – непрерывность лечения и комплаентность больного и третье – это активное наблюдение.

«...»

Патогенез уратного нефролитиаза сложен и до конца не изучен

Применение цитратной смеси «Уралит У» в средней суточной дозе 3–6 г в течение одного месяца перед ДЛТ позволило получать лучшие результаты фрагментации конкрементов, снизить количество повторных сеансов, проводить дезагрегацию камня на меньших энергетических уровнях генератора ударных волн и снизить лучевую нагрузку на пациента.

Регулярная медикаментозная профилактика цитратной смесью «Уралит У» показана пациентам с рецидивным уратным нефролитиазом, с гиперкальциурией и гиперурикозурией. Таким образом, «Уралит У» занимает важное место в комплексной терапии и профилактике мочекаменной болезни.

Лечение мочекаменной болезни + *Растворяет уратные и смешанные камни* + Предупреждает **нефролитиаз** + Доказательства эффективности в многочисленных РКИ + **Оригинальный** препарат + *Немецкое качество* + Одобрен EAU*

ROTTAPHARM | MADAUS

От производителя оригинального лекарственного препарата ДОНА®

Полную информацию о препарате можно прочитать в инструкции по применению.
В комплекте мерная ложечка, зонды и индикаторная бумага.
Регистрационное удостоверение П N007951 от 09.06.2010
117198, г. Москва, Ленинский пр-т, 113/1, оф. 404 Б. Тел.: +7 (495) 933-67-94
www.rottapharm-madaus.ru

* EAU — Европейское общество урологов

на правах рекламы

Современный рынок медицинских мобильных приложений

Современная медицина постепенно выходит за рамки специализированных учреждений и перемещается в более привычную для обывателя среду, в частности на экраны мобильных устройств. Бурный рост и развитие мобильных технологий за последние несколько лет привели к формированию нового класса медицинских проектов – мобильных приложений в сфере здравоохранения. Возможности современных смартфонов и планшетов позволяют создавать приложения разной степени сложности – от справочников до программ, позволяющих использовать мобильный телефон для проведения медицинского анализа мочи или проверки остроты слуха.

А.Ю. Тестова, магистр бизнес-информатики (НИУ ВШЭ, выпуск 2013 г.) E-mail: altestova@gmail.com
Д.А. Кабанов, магистр бизнес-информатики (НИУ ВШЭ, выпуск 2013 г.)

Понятие mHealth и классификация проектов в сфере мобильного здравоохранения

В настоящее время в России и за рубежом активно развиваются направления на стыке медицины и информационных технологий, также называемые e-Health (Electronic Health, «электронное здравоохранение»). В частности, одним из перспективных направлений e-Health называют m-Health (Mobile Health, «мобильное здравоохранение») или использование мобильных технологий в медицине. В данном случае под мобильными технологиями понимают использование мобильных устройств для реализации разного рода программ, услуг и инициатив в области медицины и здравоохранения [1].

Компания J'son & Partners Consulting, в 2013 г. проводившая исследование «Рынок мобильной медицины в России и в мире: основные тенденции и прогнозы», выделяет следующие типы услуг, оказываемых в рамках проектов в сфере m-Health [1]:

1. Проекты, реализующие цели информационной поддержки граждан посредством SMS-рассылок на мобильные устройства.

2. Проекты в области мобильной телемедицины.

3. Мобильные приложения в сфере медицины/здравоохранения, реализуемые через магазины приложений.

4. Мобильные приложения, выступающие как часть более сложного корпоративного программного обеспечения (для больниц, медицинских центров) и приложения, требующие для корректной работы оснащения мобильного устройства дополнительным оборудованием (насадкой/устройством для снятия жизненных показателей – уровня сахара в крови и т.п.).

При этом одним из наиболее активно развивающихся направлений m-Health J'son & Partners Consulting называет именно группы 3 и 4, т.е. мобильные приложения для частного и корпоративного использования. Стоит отметить, что быстрое развитие данного направления достигается не за счет государственной поддержки, но благодаря высокому спросу на подобные разработки как на b2b-, так и на b2c-рынках.

Рынок медицинских мобильных приложений

Рынок мобильных медицинских приложений начал развиваться с ростом популярности самих мобильных устройств и продолжает неуклонно увеличиваться. Если в 2010 г., по данным MobiHealthNews, количество приложений в категории «медицина и здравоохранение» в магазинах мобильных приложений составляло чуть более 5 тыс., то в июне 2012 г., по данным Kaiser Health News, подобных приложений было уже свыше 40 тыс. (по данным MobiHealthNews, только англоязычных медицинских приложений в App Store на этот момент было около 13 тыс.). В нынешнем году их количество только увеличивается [2 – 5].

Общее число пользователей мобильных приложений на медицинскую тематику также растет. Если в 2011 г. исследовательский центр Juniper зафиксировал 44 млн пользователей мобильных приложений на медицинскую тематику, то к 2015 г., по прогнозам компании Research2Guidance, общее число пользователей медицинских приложений составит 500 млн человек из 1,4 млрд владельцев мобильных устройств [6, 7].

Объем рынка мобильных медицинских приложений, по данным Research2Guidance, в 2011 г. составил в денежном исчислении 718 млн долл. [8]. И если по примерным оценкам за прошлый год объем рынка практически удвоился и достиг 1,3 млрд долл., то, по прогнозам Global Data, в 2018 г. этот показатель превысит 8 млрд долл. [9].

Если сравнить прогнозы с объемом рынка в 2010 г. (на заре формирования рынка медицинских мобильных приложений его объем оценивался в 500 млн долл.), то по полученным данным рынок вплоть до 2018 г. продемонстрирует в среднем 40 %-ный ежегодный рост [9]. Совокупные данные по уже зафиксированным (2010–2012 гг.) и планируемым показателям (по результатам оценок ряда аналитических агентств) представлены на рисунке [6–9].

Если рынок медицинских мобильных приложений увеличивается, то их средняя стоимость постепенно снижается. Анатилики J'son & Partners Consulting и MobiHealthNews дают различные оценки в зависимости от способа подсчета (средняя стоимость приложения может вычисляться как с учетом количества бесплатных приложений в магазине, так и без учета этого показателя), однако все вычисления демонстрируют стабильное снижение средней стоимости приложения (от 13 до 45 %) во всех магазинах [1, 2].

В процессе развития рынка m-Health отмечают изменение каналов дистрибуции медицинских мобильных приложений. В частности, сейчас основным каналом дистрибуции являются магазины приложений, однако аналитики Research2Guidance прогнозируют, что к 2015 г. большая часть медицинских приложений будет распространяться через больницы и профессиональную среду (врачей) [6]. Следовательно, в ближайшем будущем произойдет существенное усиление роли корпоративных мобильных решений в сфере медицины.

Причины популярности и факторы, ограничивающие распространение медицинских мобильных приложений

Причинами растущей популярности медицинских мобильных приложений аналитики в первую очередь называют

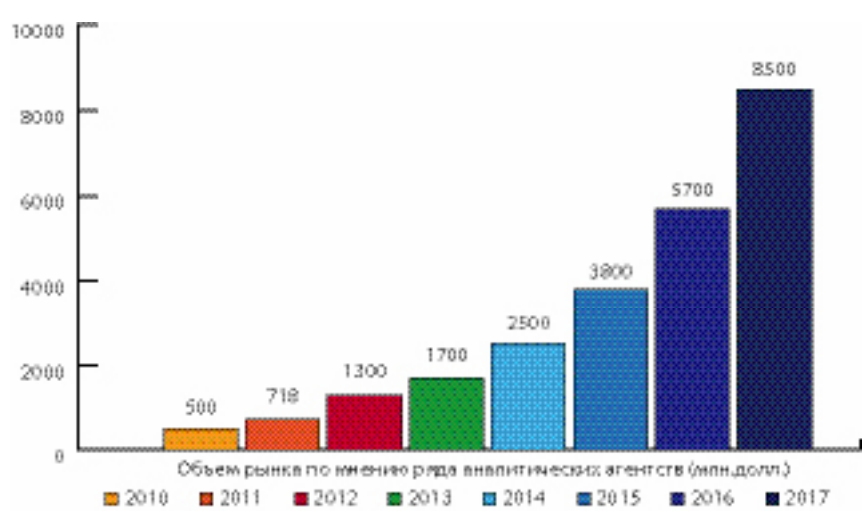


Рисунок. Прогнозируемый рост объемов рынка в 2010 – 2017 гг.

рост популярности мобильных устройств, технологические инновации, простоту доступа и снижение стоимости подобных решений. Также к числу важных факторов, определяющих популярность мобильных медицинских приложений, относят привлечение на данный рынок новых игроков: к разработкам в данной сфере все чаще присоединяются не только небольшие инновационные компании или лаборатории, но и крупные фармацевтические корпорации и производители медицинского оборудования [1].Так, разработкой мобильных приложений занимается компания Siemens, которая помимо бытовой техники производит медицинское оборудование, и компания Bayer HealthCare Pharmaceuticals, разработавшая приложения для контроля за больными гемофилией [10, 11].

Кроме того, разработку мобильных приложений на медицинскую тематику курируют и образовательные учреждения. В частности, Институт медицины и Национальная техническая академия США проводят ежегодный конкурс по разработке медицинских мобильных приложений (к участию в конкурсе допускаются команды из 2–5 человек, обязательно включающие в себя студентов и/или выпускников медицинских вузов, а также студентов/выпускников, связанных с информационными технологиями). Победители конкурса получают гранты на реализацию проектов [12].

В качестве факторов, ограничивающих развитие рынка m-Health, отмечают негатовность пользователей (как специалистов, так и пациентов) использовать мобильные устройства и их неосведомленность о существовании мобильных решений в медицинской сфере. Кроме того, проникновение m-Health решений осложняется тем, что для их внедрения зачастую необходимо обеспечение повышенной информационной безопасности в части хранения и передачи конфиденциальных данных. Осложняющим фактором также считают и то, что смартфоны и, как следствие, решения в сфере мобильной медицины слабо распространены среди пожилого населения, которое является целевой аудиторией рынка m-Health [1].

Основная часть существующих решений в сфере m-Health строится на возможности отслеживать базовые биометрические показатели и сохранять историю наблюдений. К этой категории относятся приложения, отслеживающие активность пациента. В качестве примера можно привести мобильное приложение Baby Sprout, позволяющее, с одной стороны, сохранять общую информацию о ребенке (рост, вес, фото в первые месяцы/годы жизни), с другой стороны, хранить и отслеживать данные о болезнях, посещениях врача, календаре профилактических прививок и т.д. [13].

Классификация и примеры современных медицинских мобильных приложений. Перспективы их развития

Наиболее популярной областью для создания приложений в настоящее время является мониторинг состояния пациентов с хроническими заболеваниями, в этих категориях лидируют приложения для пациентов с сахарным диабетом и заболеваниями сердечно-сосудистой системы [2]. Например, приложение Cardiograph от компании MacroPinch Ltd. фотографирует кончик пальца пользователя встроенной камерой смартфона и по результатам вычисляет его сердечный ритм [14]. А приложение iBGStar Diabetes Manager от Sanofi–Aventis в сочетании с глюкометром iBGStar, подключаемым к мобильному устройству, позволяет замерять уровень сахара в крови и собирать данные о состоянии пациента для его лечащего врача [15].

Однако решения, использующие описанные механики (отслеживание заданных показателей и сохранение истории наблюдений), применяются и в других сферах. В частности, беспроводные датчики, замеряющие электрический потенциал кожи, могут быть полезны при отслеживании эмоционального статуса детей, больных аутизмом [16].

Следующим шагом развития приложений по мониторингу состояния пациента являются приложения, ведущие регистрацию состояния человека (в том числе с помощью беспроводных датчиков или подключаемых к мобильному устройству гарнитур). По результатам показателей регистрации определяется диагноз пациента и при приближении показателей к их критическому уровню отправляется уведомление владельцу устройства и/или его лечащему врачу.

Приложение Siemens Hearing Test позволяет проверить качество слуха, используя мобильное устройство и подключенные к нему наушники: пользователь слышит как шумы, так и некоторые сочетания звуков и пытается выбрать из предложенных вариантов наиболее точный эквивалент услышанному. По точности выбора приложение оценивает остроту слуха (отдельно для правого и левого уха), ставит предварительный диагноз и предлагает обратиться к ближайшему (относительно геопозиции пользователя) специалисту по нарушениям слуха [11].

Другой показательный пример: приложение uCheck, которое по замыслу разработчиков будет проводить медицинский анализ мочи. Специальные тест-полоски для исследования мочи буду сканироваться мобильным устройством по принципам сканирования QR-кодов, после чего на экране устройства будут отображаться результаты анализа химического состава мочи [17].

Кроме того, как отдельную группу выделяют мобильные игры на медицинскую тему. Считается, что приложения, включающие в себя игровые механики, позволяют собрать гораздо более полную информацию о пациенте, поскольку так он дает ответы на необходимые вопросы в более дружественной, расслабленной атмосфере.

Еще одной категорией медицинских мобильных приложений являются приложения, информирующие пациентов и стимулирующие их вести более здоровый образ жизни. Немалое количество подобных приложений посвящено организации курсов по укреплению сердечной мышцы, организации здорового питания и помощи при стрессах. Также к этой группе можно отнести приложения, информирующие пользователя о ближайших медицинских учреждениях по его геопозиции, а также медицинские справочники (в том числе профессиональные) для мобильного устройства [1, 16].

Например, приложение Caffeine Zone 2 позволяет, указав объем и скорость употребления кофе или чая, рассчитать примерный график содержания кофеина в организме на ближайшие 24 часа. В соответствии с графиком пользователь может оценить степень стимулирующего воздействия на организм с момента употребления кофе/чая и вероятное воздействие кофеина на качество работы и сна [18].

По прогнозам Ли Риттербэнда, профессора психиатрии и нейробихевиоральных наук Университета Вирджинии (University of Virginia Health System), США, занимающегося, в частности, вопросами проникновения интернет-технологий в сферы здравоохранения и медицины, будущее медицинских мобильных приложений лежит в сочетании функций мониторинга состояния пациента, контроля за течением заболеваний с персонализированным обучением пользователя ведению здорового образа жизни [2, 19].

Кафедре урологии МГМСУ 40 лет

В связи с 40-летием сердечно приветствую коллекти в кафедры урологии нашего университета, руководимой профессором Д. Ю. Пушкарем, от имени всех сотрудников и себя лично.

Отдельные этапы жизни кафедры имеют отличительные черты, но неизменными остаются постоянное развитие, совершенствование, высокая ответственность. В настоящее время кафедра является важным подразделением МГМСУ и одной из ведущих урологических клиник нашей страны. Избрав в качестве приоритетных направлений, помимо общих аспектов урологии, проблемы урогинекологии, онкоурологии и андрологии, коллектив кафедры продолжает успешно трудиться над их решением. Последнее десятилетие клиника одной из первых в России стала широко использовать хирургическую робототехнику. Хочу подчеркнуть, что студенты, ординаторы, курсанты факультета усовершенствования врачей весьма высоко оценивают уровень преподавания на кафедре.

Руководство университета с удовлетворением отмечает интенсивную научную деятельность профессора Д. Ю. Пушкаря и других сотрудников, а также их активное участие в деятельности иностранных научных сообществ и организаций. Результатом является большое число докладов и публикаций, в том числе за рубежом, диссертационных работ, издание ряда монографий.

В связи с юбилеем кафедры урологии ректорат МГМСУ желает ее сотрудникам новых успехов и благополучия.

Ректор МГМСУ
им. А. И. Евдокимова
профессор О.О. Янушевич

От коллектива городской клинической больницы № 50 и себя лично приветствую и поздравляю кафедру урологии МГМСУ с 40-летним юбилеем.

Тесное сотрудничество коллективов клиники и больницы, начавшееся в 1972 г., постоянно развивается и способствует повышению эффективности оказания лечебной помощи больным урологического профиля. Это во многом определяется лидирующими позициями коллектива, руководимого главным урологом Минздрава России профессором Д. Ю. Пушкарём, по таким актуальным направлениям, как онкоурология, урогинекология, андрология. Пациентам четырех урологических отделений нашей больницы проводится современное, высокотехнологичное лечение, включая роботассистирумые хирургические пособия, криоабляцию простаты, реконструктивно-пластические операции при сочетанных поражениях мочевой и половой систем у женщин.

Хочу с удовлетворением отметить, что сложившийся стиль отношений между сотрудниками кафедры и урологами больницы, отличающийся коллегиальностью, уважением и взаимопомощью, фактически превращает их в единый коллектив.

Желаю кафедре урологии МГМСУ дальнейшего развития и успехов.

Главный врач ГКБ № 50
профессор С.Н. Переходов

1 сентября 1971 г. на лечебном факультете Московского медицинского стоматологического института им. Н.А. Семашко организован курс урологии, преобразованный в 1973 г. в кафедру урологии. Ее руководителем был избран профессор Д.В. Кан (1925 – 1989).

Основным направлением деятельности клиники стали проблемы реконструктивно-пластической хирургии органов мочеполовой системы и урогинекологии, а с 1975 г. – и андрологии (создано профильное отделение).

Накопленный огромный опыт ведения больных обобщался сотрудниками кафедры в докладах, научных статьях, диссертационных работах. Это «Восстановительная хирургия мочеточников» (Д.В. Кан, 1973). Было издано «Руководство по акушерской и гинекологической урологии» (Д.В. Кан, 1978, 1986). В клинике сформировалась активная позиция относительно кишечной пластики мочеточника, мочевого пузыря и формирования мочевого пузыря из изолированных сегментов кишечника после цистэктомии.

С 1989 г. заведующим кафедрой стал проф. О.Б. Лоран. Являясь носителем уникального опыта пластических оперативных пособий в урологии и урогинекологии и обладая незаурядными способностями, он смог обеспечить преемственность стиля руководства клиникой, развитие и углубление всех направлений ее деятельности. Отражением развития реконструктивной хирургии в урологии стала изданная в 1995 г. монография О.Б. Лорана «Посттравматическая деструкция мочеиспускательного канала у женщин». В этот период продолжается изучение проблемы недержания мочи у женщин. Особое внимание уделяется тяжелым воспалительным поражениям мочевого пузыря; накопленный опыт был обобщен в монографии «Диагностика и лечение интерстициального цистита у женщин». С периода появления современных технологий трансуретральных вмешательств, литотрипсии, лазерных и других энергетических воздействий они стали широко использоваться в клинике. Одними из первых в стране О.Б. Лоран и Д.Ю. Пушкарь начали выполнять при раке простаты радикальную простатэктомию. Изучались роль определения и клиническая трактовка ПСА. Результатом явилось написание монографии «Простат-специфический антиген и морфологическая характеристика рака предстательной железы». Возможностям медикаментозного лечения ДГПЖ посвящена монография «Лечение расстройств мочеиспускания у больных доброкачественной гиперплазией простаты α-адреноблокаторами».

В октябре 2001 г. профессор О.Б. Лоран был избран заведующим кафедрой урологии РМАПО. Новым заведующим кафедрой урологии, третьим за ее историю, ученый совет МГМСУ избрал проф. Д.Ю. Пушкаря – воспитанника кафедры, что явилось в определенной степени гарантией сохранения традиций и направлений научно-практической деятельности коллектива.

Последнее десятилетие отмечено значительным обновлением и прогрессом во всех сферах деятельности кафедры. Ее коечный фонд увеличился до 230 коек, и в настоящее время она является одной из самых крупных в стране. При кафедре создана морфологическая лаборатория, располагающая самым современным оборудованием. Продолжились интенсивные исследования нарушений мочеиспускания у женщин. Накоплен огромный опыт успешного использования различных синтетических материалов и протезирующих устройств при недержании мочи у женщин, несостоятельности структур тазового дна и пролапсе гениталий.

Проблемы онкоурологии, в частности рака предстательной железы, окончательно закрепились в качестве приоритетного направления. В последние годы внедрен и успешно используется способ криоаблации при раке простаты. Сегодня клиника имеет наибольший опыт данных вмешательств.

Клиника стала одним из пионеров использования роботической хирургической техники в нашей стране, широко применяя систему «Да Винчи» с 2008 г. На сегодняшний день роботассистированная радикальная простатэктомия полностью освоена на экспертном уровне не только руководителем коллектива, но и многими сотрудниками. Кафедра урологии МГМСУ явилась первым коллективом в РФ, полностью интегрированным в Европейское урологическое сообщество, принимая активное участие в работе Европейской школы урологов.

За последнии 10 лет сотрудниками кафедры опубликовано более 1 тыс. статей и 40 монографий и глав в России и за ее пределами.

Полноценной работе кафедры во многом способствует атмосфера внимания и поддержки со стороны ректора МГМСУ профессора О.О. Янушевича, а также сотрудничество, сложившиеся с коллективом и главным врачом ГКБ № 50 профессором С.Н. Переходовым.

Имея 40-летний опыт работы, коллектив кафедры урологии МГМСУ нацелен на успешное выполнение своих обязанностей в будущем.

Мужское бесплодие: аспекты решения проблемы

Мужское бесплодие – проблема сложная, многогранная и далеко не однозначная с точки зрения подходов к ее решению. Об особенностях диагностики и лечения мужского бесплодия нам рассказал Владимир Александрович 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, уролог-андролог высшей категории.

— Владимир Александрович, демографическая ситуация в целом постоянно меняется. И сейчас мы уже говорим о старении популяции. Связана ли эта ситуация с бесплодными браками? Есть какие-то статистические данные по этому поводу?

— Когда упоминают данные о 15 % бесплодных пар, забывают сказать, что они были получены уже лет 20 назад, включая развивающиеся страны мира, где тогда были значительно распространены ЗППП. В США, например, в 70-е гг. было около 9 % бесплодных пар, в 90-е гг.— около 8 %, по последним данным — 5,6 %. Это связано с более здоровым образом жизни, с широкими медицинскими возможностями быстрой диагностики и лечения половых инфекций. К тому же времена сексуальной революции прошли, пары стали более стабильными.

В целом процент бесплодных пар снижается, если не делать поправку на возраст. Проблема как раз не в том, что потенциал фертильности резко снизился, а в том, что люди собираются рожать детей, когда их репродуктивные функции уже угасают. И это, к сожалению, беда всех развитых стран Европы.

— Бытует мнение, что в большинстве бесплодных браков причина заключается именно в женской фертильности. Насколько это мнение достоверно?

— Концепция последних лет такова, что ключевым является парный фактор. Нарушения каждого из партнеров по отдельности могут быть взаимно компенсированы. Просто диагностика женского бесплодия более очевидна, за исключением таких нарушений, как эндометриоз, непроходимость труб, олигоменорея.

Если женщине, к примеру, поставили диагноз эндометриоз, или повышенный тестостерон, или пролактин, это не значит, что она бесплодна. В равной степени, если у мужчины олигозооспермия или астенозооспермия, это тоже не означает, что он бесплодный. И даже если у него в норме показатели стандартной спермограммы, это не значит, что он фертилен: могут присутствовать многочисленные функциональные нарушения сперматозоидов. На сегодняшний день доказано: около 40 % выкидышей на ранних сроках связано не с женским фактором, а с мужским — низким качеством сперматозоида.

— Какие методы диагностики позволяют оценить этот функциональный аспект?

— Один из таких новых методов — оценка акросомной реакции сперматозоидов, которая связана с капацитацией. Сейчас особый интерес проявляется к структуре хромосом: оценен допустимый процент содержания сперматозоидов с фрагментацией ДНК. Данный показатель должен составлять не более 20 %. С одной стороны, это явление может возникать по причине оксидативного стресса (при варикоцеле, воспалении, перегревании, при аутоиммунных заболеваниях), с другой — может быть признаком апоптоза, следствием того, что данный сперматозоид был генетически дефектным. Повышенная фрагментация ДНК увеличивает не только риск выкидыша, но и риск развития врожденных аномалий у детей, и что совсем страшно — детских раков.

— Что с точки зрения диагностики мужского бесплодия может дать спермограмма?

— Она включает оценку объема и некоторых физических свойств эякулята, концентрацию и подвижность сперматозоидов, их морфологические характеристики, наличие лейкоцитов и некоторые другие параметры. Такие показатели коррелируют с продолжительностью вынужденного бесплодия пары. Однако эти показатели спермограммы как раз не отвечают на вопрос, способен ли мужчина иметь детей.

Даже от тех мужчин, у которых отдельные параметры спермы ниже нормы по ВОЗ, наступают беременности. И наоборот — показатели могут быть совершенно нормальными, но мужчина бесплоден, потому что имеет место повышенное содержание антиспермальных антител (АСАТ). И без специального анализа он об этом не узнает. Аналогичная ситуация может быть с акросомной реакцией. Часто недостаточное обследование мужчин является причиной неправильного лечения пары.

Морфология — наиболее важный прогностический показатель. Она в решающей степени зависит от генетики. Есть корреляционная связь: чем больше патологических форм, тем чаще наблюдается фрагментация ДНК, нарушения акросомальной реакции. Однако здесь есть проблема: сам метод диагностики очень субъективный. В разных лабораториях результаты по морфологии могут не совпадать. Очень важны опыт и квалификация врача-лаборанта, использование специальных способов окраски сперматозоидов.

— Владимир Александрович, а какие неблагоприятные факторы могут влиять на репродуктивную способность мужчин, сперматогенез?

— Перегревание, приводящее к ухудшению качества спермы до трех месяцев, бытовые и пищевые интоксикации, неумеренное употребление алкоголя, все наркотические препараты, курение, которое не только снижает подвижность сперматозоидов, но и провоцирует фрагментацию ДНК (это чаще приводит к выкидышу, особенно если у мужчины диагноз варикоцеле), инфекции — вот те факторы, которые нужно по возможности устранять. Качество спермы ухудшается на фоне стрессов, как хронических, так и кратковременных, но сильных — во многом сперматогенез зависит от состояния нервной системы. На биологическом уровне стресс регулирует рождаемость. Поэтому стрессовая для организма ситуация служит сигналом к выключению репродуктивного процесса.

Сбалансированное питание, физические нагрузки улучшают кровообращение. Иногда достаточно просто ориентировать пациента на здоровый образ жизни, поговорив с ним, и уже в половине случаев мы получаем улучшение качества спермы без всякого лечения.

— Какие критерии определяют основное направление в лечении мужского бесплодия? В каких случаях целесообразно применять препараты, содержащие карнитины, витамин Е, коэнзим Q10, фолиевую кислоту?

— Если бесплодие связано с оксидативным стрессом, то, назначив антиоксиданты, мы действительно получим положительный эффект. Без специальных анализов, определяющих количество активных форм кислорода, окислительную емкость спермы, предсказать это невозможно. То же самое касается карнитина. Подобные препараты очень полезны, но только после соответствующей диагностики. К примеру, если наблюдается снижение карнитина и альфа-гликозидазы, общепризнанных маркеров функции придатка, назначение препаратов, содержащих карнитины, даст эффект улучшения подвижности и нормализует акросомную реакцию. Однако опять же сначала нужно установить нарушение последней.

Что касается фрагментации ДНК, возможности лечения тоже могут быть совершенно разные. Если повышенная фрагментация ДНК связана с оксидативным стрессом, то здесь возможно применение подобных препаратов. Если же причиной служит генетический фактор, то назначение антиоксидантов не решит проблему. Здесь уже могут быть полезны гонадотропины.

СПРАВКА

«Ультрафертил Плюс» — это оптимизированный комплекс витаминов, микроэлементов и аминокислот.

- Увеличивает объем (+24 %), концентрацию (+80,5 %) и оплодотворяющую способность спермы.
- Способствует созреванию здоровых сперматозоидов на 25 %, увеличивает количество и подвижность сперматозоидов (+49 %), снижает количество неполноценных сперматозоидов.
- Уменьшает вредное воздействие свободных радикалов на процесс созревания сперматозоидов.
- Улучшает репродуктивную способность у мужчин, что способствует зачатию ребенка естественным путем.
- Повышает процент успеха процедуры экстракорпорального оплодотворения.

Урологическая онкология: актуальные публикации

Злокачественные новообразования составляют существенную часть урологической практики. В приведенных ниже публикациях отражены наиболее обсуждаемые в последнее время вопросы диагностики и лечения новообразований почек, мочевого пузыря и предстательной железы. Это лечение опухолей единственной почки, МРТ в диагностике рака простаты, выбор оптимального лечения рецидивных опухолей мочевого пузыря и др. Коллеги, надеюсь получить ваши отзывы и пожелания на электронную почту urorec@gmail.com

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

Рак почки

Во все времена серьезную проблему для урологов представляло лечение опухолей единственной почки. Статья C. B. Ching et al. (J. Urol., 2013, Vol. 190, N8, pp. 470–474) приводит результаты долгосрочного наблюдения (более 5 лет после открытой парциальной нефрэктомии/резекции почки с опухолью) 282 пациентов, из которых 87,1 % имели стадию заболевания T 1, 12,9 % – T 2 и выше. Пятилетняя общая выживаемость у всех пациентов в среднем составила 78,5 %, 10-летняя – 59,5 %. При этом такие факторы, как стадия T 2 или выше, лимфоваскулярная инвазия, предшествовавшая нефрэктомии по поводу рака контрлатеральной почки, а также позитивный хирургический край, не оказывали существенного влияния на общую выживаемость, хотя у большинства пациентов наблюдалось нарушение функции почки в легкой и умеренной степени, постоянный диализ потребовался только 6 % пациентов. Авторы делают вывод, что парциальная нефрэктомия/резекция почки с опухолью должна быть основным методом лечения опухолей единственной почки. Мы совершенно согласны с авторами, что в настоящее время нет причин переводить таких больных в ренопривное состояние в подавляющем большинстве случаев.

Весьма актуальна и интересна дискуссия на страницах августовского Journal of Urology, 2013, Vol. 190, N 2, p. 386–388, посвященная роли циторедуктивной нефрэктомии при метастатическом раке почки. Нужна ли циторедуктивная нефрэктомия в эпоху эффективной таргетной терапии, обладающей «излечивающим» действием при метастатическом раке? Д-р C. G. Wood (кафедра урологии медицинского факультета Техасского университета, Хьюстон, США), поддерживавший позицию «за», привел следующие аргументы, ссылаясь на ряд исследований последних лет. Все семь одобренных Food and Drug Administration (FDA, США) в последние годы таргетных препаратов изучались в рамках клинических исследований в основном в качестве средств адьювантной терапии, т.е. у пациентов, которым ранее была выполнена циторедуктивная нефрэктомия. Эта операция по данным ряда ретроспективных исследований показала свою дополнительную пользу для больных с локализованной опухолью, которые позже получали таргетную терапию. Сколь либо значимое воздействие таргетной терапии на первичную опухоль, уменьшение ее размеров, смещение стадии в сторону менее распространенной не находит подтверждения в литературе. Конечно, не всем пациентам показана циторедуктивная нефрэктомия. Наилучшими кандидатами являются пациенты с удовлетворительным общесоматическим статусом, отсутствием метастазов в печень и головной мозг, а также массивных метастазов в кости, светлоклеточным гистологическим вариантом опухоли и отсутствием саркоматоидного компонента. Автор заключает, что вопрос о применении циторедуктивной нефрэктомии должен состоять не в том, стоит ли ее применять в принципе, а в том, когда и у каких пациентов ее применять оптимальнее. Для снижения риска резкого послеоперационного прогрессирования возможно использование неоадьювантной (предоперационной) таргетной терапии. Важнейшим принципом онкологии остается уменьшение объема первичной опухоли, которая является источником метастазирования. Подход д-ра Wood представляется нам весьма логичным и обоснованным. Противоположную (достаточно условно по нашему мнению) точку зрения высказал д-р J. McKiernan (кафедра урологии Колумбийского университета, Нью-Йорк, США). Им не были приведены значимые литературные данные против использования циторедуктивной нефрэктомии. Единственное цитированное исследование, показавшее отсутствие преимуществ данного подхода, включало всего 78 пациентов (You et al., 2010). Автор выразил надежду, что стартовавшее в 2011 г. и завершающееся в 2017 г. исследование CARMENA (Clinical Trial to Assess the Importance of Nephrectomy) покажет преимущество, которое дает циторедуктивная нефрэктомия в сочетании с ингибитором тирозин-киназы Сунитинибом по сравнению с монотерапией этим препаратом у больных метастатическим раком почки. Несмотря на разницу отстаиваемых позиций, авторы фактически выразили общее мнение о том, что циторедуктивная нефрэктомия все же должна занять свое место в лечении метастатического рака почки, но она будет выполняться по четко сформулированным показаниям в строго определенные сроки и сопровождаться адъювантной, а возможно, и неоадъювантной таргетной терапией. Интересным, с нашей точки зрения, является подход, когда циторедуктивная нефрэктомия выполняется только у тех больных, которые положительно отреагировали на неоадъювантный этап терапии таргетными препаратами и сохранили при этом удовлетворительный общесоматический статус.

Рак мочевого пузыря

Наверное одним из самых актуальных вопросов в лечение рака мочевого пузыря остается его прогрессирование, развитие инвазивной формы заболевания и выбор дальнейшего лечения. Как лучше поступать? Сразу предлагать пациенту выполнить радикальную цистэктомию или использовать другие опции? Доказано, что чем раньше выполняется радикальная цистэктомия, тем дольше выживаемость и ниже риск прогрессии. Однако пациент всегда заинтересован в сохранении мочевого пузыря, тем более что далеко не везде есть возможность выполнить радикальную цистэктомию с хорошими результатами и оставлением больным высокого шанса на приемлемое качество жизни. Каким же должен быть следующий шаг после неудачи БЦЖ терапии, имеющей место в 40–50 % случаев, анализирует Y. Lotan (J. Urol., 2013, Vol. 190, N8, pp. 832–833). Очевидно, что необходимо анализировать риск прогрессии заболевания по таким факторам, как наличие карциномы ин ситу, стадии заболевания T1b и выше, лимфоваскулярная инвазия, мультифокальность опухоли, возраст и пол. Однако, прежде чем принимать решение, необходимо знать сегодняшний статус методов лечения, сохраняющих мочевой пузырь. Единственным на сегодняшний день одобренным FDA методом лечения при неудачном применении БЦЖ является внутрипузырное введение валрубицина, однако его эффективность находится на уровне 21 % вероятности полного успеха. Сегодня применяются внутрипузырно и такие препараты, как гемцитабин и таксаны (доцетаксел и паклитаксел). Однако их эффективность еще досконально не подтверждена. Разрабатываются методы усиления эффективности внутрипузырной химиотерапии, включая гипертермию и электрофорез. Внутрипузырная иммунотерапия интерферона IFN- α2b совместно с БЦЖ также рассматривается как перспективная. Однако рецидив у большинства пациентов наступает уже в первый год от начала лечения. Изучается и интравезикальная генная терапия аденовирусом (Ad) -IFN-α, идут клинические исследования второй фазы. В заключение автор отметил, что после появления БЦЖ терапии около 30 лет назад в лечении неинвазивного рака мочевого пузыря был лишь минимальный прогресс. Требуется дальнейшее изучение методов лечения этого заболевания с сохранением мочевого пузыря в случаях неэффективности терапии БЦЖ.

Рак простаты

Не вызывает сомнений все более возрастающее значение МРТ в определении показаний как к первичной, так и к повторной биопсии простаты. В исследовании японских авторов N. Numao et al. (J. Urol., 2013, Vol. 190, N8, pp. 502–508) включен 351 больной, которые были разделены на две группы: низкого риска с ПСА менее 10 нг/мл и негативным пальцевым ректальным исследованием (ПРИ) и группу высокого риска с ПСА более 10 нг/мл и/или с позитивным ПРИ. Для диагностики использовался 1,5T МРТ, снабженный ректальной катушкой с использованием режимов T 2-взвешенных изображений с диффузным и динамическим контрастным усилением. Результаты исследования были разделены на 5 категорий: 1 – полное отсутствие признаков рака, 2 – возможное отсутствие, 3 – возможно наличие, 4 – наличие весьма вероятно, 5 – несомненное присутствие рака. Позитивным результатом МРТ были оценки 3–5, негативным – 1–2. Всем больным выполнялась трансректальная или трансперинеальная биопсия простаты, схема которой и количество столбиков варьировались индивидуально в зависимости от возраста и уровня ПСА. Из выявленных при МРТ подозрительных участков дополнительно брали от 1 до 3 столбиков. Далее сравнивались результаты МРТ с данными гистологического исследования полученных биоптатов. В результате получилось, что у больных с отрицательным МРТ частота выявления рака в группе низкого риска составила от 9 до 13 %, высокого риска – от 47 до 51 %. При наличии позитивных признаков на МРТ в группе низкого риска рак выявлялся с частотой 43–50 %, высо-

кого – 68–71 %. Результаты исследования показали, что в группе низкого риска отсутствие признаков рака простаты (РП) на МРТ при объеме простаты более 33 мл может служить надежным признаком отсутствия РП примерно у каждого третьего больного, которому биопсия не показана. В группе больных высокого риска биопсия простаты должна делаться всем больным, т.к. корреляция МРТ признаков с результатами биопсии не столь высока. Таким образом, авторы рекомендуют включать МРТ в обследование пациентов низкого риска, что поможет, с одной стороны, исключать ненужные биопсии, а с другой – более точно выявлять клинически значимый РП, опираясь на находки МРТ.

Достижения оптимальных результатов радикального лечения РП в виде трифекты (радикальное удаление рака, сохранение удержания мочи и сексуальной потенции) остается весьма важной задачей для хирургов, выполняющих радикальную простатэктомию (РПЭ). В идеале после удаления простаты хирургический край резекции должен быть негативен, а сфинктерный комплекс и сосудисто-нервные пучки сохранены. Теоретически достижению этого результата должно способствовать выполнение гистологических исследований замороженных секций соответствующих тканей, выполняемое непосредственно в ходе операции. Группой авторов из Германии и США были проанализированы результаты 559 РПЭ (435 позадилонных и 124 лапароскопических), во время которых удаленная предстательная железа целиком подвергалась систематическому патоморфологическому исследованию методом замороженных срезов. Подготовка и проведение патоморфологического исследования занимали 35 минут. В результате позитивный хирургический край (ПХК) был выявлен у 22 % прооперированных. Его преимущественной локализацией была зона сосудисто-нервного пучка (56,9 %), затем следовал апекальный отдел простаты (34,5 %) и реже всего он наблюдался в базальном отделе предстательной железы (8,6 %). После обнаружения ПХК выполнялось иссечение зоны его выявления, что снижало частоту ПХК с 22 до 3 %, ложно отрицательный результат исследования замороженных срезов был в 3 % случаев. У 14,8 % пациентов изначально сохраненный сосудисто-нервный пучок (сохранение при стадии T 2–96,5 % пациентов, T 3a – 85,4 %, T 3b – 81,8 %) был после гистологического исследования резецирован. Это, безусловно, интересное исследование, учитывая тот факт, что подавляющее большинство известных работ, описывающих результаты исследования замороженных срезов, изучали лишь отдельные подозрительные кусочки ткани из зоны исследования, а не всю поверхность предстательной железы. Анализируя существующие исследования, можно заметить, что если авторы изучали подозрительные, по мнению хирурга, кусочки тканей, выводы исследователей были против рутинного использования замороженных срезов в процессе интраоперационной диагностики. Если же систематическому исследованию подвергалась вся предстательная железа, большинство исследователей высказывались о том, что результат исследования замороженных срезов позволяет произвести корректирующую резекцию, снизить частоту позитивного края, а значит, и оправдать использование замороженных срезов для получения наилучшего онкологического результата. Авторы также отмечают, что любые предоперационные обследования не могут предсказать вероятность позитивного края в той или иной области и только интраоперационные гистологические исследования методом замороженных срезов могут быть «навигатором» высокоэффективной операции с сохранением сосудисто-нервных пучков. Не менее важным, по нашему мнению, является тот факт, что гистологическое исследование замороженных срезов может расширить группу кандидатов на нейросохранение до стадии T 3, когда только под контролем этого исследования можно абсолютно оправданно сделать попытку сохранения сексуальной функции прооперированному. Безусловно, доступность методики исследования замороженных срезов можно считать сегодня важной составляющей высокого качества работы центров, где проходят хирургическое лечение пациенты с РП.

Заслуживает внимания с точки зрения значимости патоморфологических исследований в определении тактики дальнейшего лечения работа D. Botke et al. (Eur. Urol., 2013, Vol. 164, pp. 193–198), анализирующая гистологические результаты в ходе 3-й фазы рандомизированного сравнительного исследования эффективности динамического наблюдения против обязательной наружной лучевой терапии у больных РП со стадией T 3. Ранее опубликованные результаты (T. Wiegel et al., 2009) показали, что выполнение адъювантной наружной лучевой терапии (аНЛТ) у пациентов с патологической стадией T 3, еще не продемонстрировавших послеоперационный рост ПСА, дает лучшие отдаленные результаты в плане безрецидивной выживаемости. Однако в реальной клинической практике решение о проведении аНЛТ чаще всего принимается более осознанно и уверенно, если у пациента имелся документированный положительный хирургический край (ПХТ), инвазия семенных пузырьков и другие известные факторы риска рецидива заболевания. Так вот авторы данной работы показали, что результаты гистологического исследования, выполненного местным патологоанатомом и экспертом-уропатологом, довольно часто расходятся, особенно в части, касающейся экстракапсулярной инвазии и еще чаще относительно градации Глисона. Подобные результаты еще раз говорят о необходимости рутинного использования второго мнения опытного уропатолога при определении показаний к аНЛТ у больных РП стадии T 3.

«Мудрый Арам»

Всемирно известный хирург, блестящий клиницист, внедривший несколько методик лечения, один из создателей советской школы урологии, руководитель крупнейшего научно-исследовательского института, первый из двух урологов, удостоившихся звания Героя социалистического труда (второй — Н. А. Лопаткин), доктор медицинских наук, профессор, лауреат государственных премий, кавалер орденов Ленина, Октябрьской революции, Трудового Красного знамени, тонкий ценитель и знаток русского искусства — все это об одном человеке, личности выдающейся и неординарной. Об Араме Яковлевиче Абрамяне рассказала его любимая ученица Маргарита Федоровна Трапезникова, профессор, академик, руководитель урологической клиники МОНИКИ. Это было последнее интервью в ее жизни.

Маргарита Федоровна приехала из Нижнего Новгорода (тогда г. Горького) вместе с мужем, известным в будущем онкологом Н. Н. Трапезниковым, которого вызвал в Москву Н. Н. Блохин, руководитель 2-й хирургической клиники МОНИКИ. О том, чтобы поступить в ординатуру по урологии, она тогда и не думала. Проработав год в роддоме в Горьком, мечтала продолжать развиваться как акушер-гинеколог. Сначала попыталась поступить в МОНИИАГ, но набор уже был закончен. В это же время на базе МОНИКИ существовала клиника урогинекологии известного ученого, профессора Д. Н. Атабекова. Располагалась она в 20 корпусе института на первом этаже — там же, где и урологическое отделение. Во многом это и предопределило встречу с Арамом Яковлевичем Абрамяном. Только приехав, Маргарита Федоровна узнала, что клиника закрывается. В это время в урологическом отделении проводился обход больных. Случайная встреча в коридоре клиники с Арамом Яковлевичем и его группой… завязавшийся диалог … и предложение поступить в ординатуру по урологии. Так в 1954 г. М. Ф. Трапезникова попала в клинику к профессору Абрамяну.

Учебный курс по урологии в медицинском институте в Горьком читался ровно неделю. Но было огромное желание профессионально развиваться и приобретать знания и практические навыки. Были учителя, которые преподносили основы урологии. Арам Яковлевич — непререкаемый авторитет, не только хирург и ученый, но в первую очередь клиницист с огромным опытом, проводил блестящие разборы случаев различных заболеваний и патологий. Это служило примером того, насколько глубоко нужно изучить историю болезни пациента, чтобы поставить правильный диагноз. Арам Яковлевич вкладывал в своих учеников любовь к профессии, способность относиться к каждому случаю как к чему-то личному, а не просто «хватать верхи». Он был очень требовательным человеком. Это относилось не только к работе, но и к внешнему виду, манере общения. Он как-то мягко, исподволь говорил, что непозволительно появляться в неопрятном виде, громко разговаривать с пациентом, обращаться друг к другу на «ты». Вместе с тем до панибратства профессор Абрамян не опускался. Он мог легко найти общий язык и с трехлетним ребенком, и с высокопоставленными лицами. В 1949 г. Арам Яковлевич стал главным

Президиум торжественного заседания, посвященного 30-летию урологической клиники МОНИКИ (март 1981 г.). Слева направо: директор Киевского НИИ урологии и нефрологии, проф. В.С. Карпенко; академик РАМН Н.А. Лопаткин; директор МОНИКИ, проф. А.М. Сазонов; проф. М.Ф. Трапезникова; проф. А.Я. Абрамян

урологом Лечебно-санитарного управления Кремля. Высокий профессионализм (ведь что такое консилиум в 4 управлении — нужно выслушать несколько мнений и выработать единую позицию. От этого решения иногда зависел вектор исторического развития государства или политической системы в целом) и врожденное чувство такта снискали ему авторитет среди высшего партийного руководства.

Человек с огромным жизненным опытом, он вкладывал все в своих учеников и заложил основы уникальной школы урологии. Сейчас ядро коллектива МОНИКИ — группа ученых, которые пришли в клинику в 70-е гг. Это талантливые, трудоспособные специалисты, их главной целью было освоение профессии, они стремились не только к повседневной практике, но и к научной работе. Благодаря этому они достаточно быстро завоевали авторитет в профессии.

МОНИКИ — институт научно-исследовательский. Располагая достаточным штатом опытных научных сотрудников, институт развил интенсивную научную, лечебную и педагогическую работу. Среди приоритетных направлений научных исследований — проблема мочекаменной болезни, вопросы патогенеза и географической эпидемиологии заболеваний, онкоурология, врожденные аномалии развития мочеполовой системы у детей и взрослых и др. Были разработаны, клинически испытаны и внедрены в отечественную и зарубежную урологическую практику комплексы «Урат –1» и «Урат-М» для цистолитотрипсии, «Байкал» — для лечения больных с камнями терминального отдела мочеточника. Это предвестники современных малоинвазивных методов лечения уролитиаза. Также среди достижений коллектива клиники под руководством профессора Абрамяна:

- применение методов функциональной диагностики верхних и нижних мочевых путей, рентгенокинематографии, радиоизотопной диагностики;
- оснащение эндоскопического кабинета современным инструментарием. В дальнейшем это позволило сотрудникам урологической клиники МОНИКИ применить и широко внедрить трансуретральную резекцию;
- создание кабинета ангиографии. Исследования проводились как с диагностической, так и лечебной (эмболизация почечных артерий) целью.

В урологической клинике МОНИКИ детская урология как самостоятельное направление получила развитие с середины 70-х гг. В СССР в то время лечением детей, которые родились с врожденными пороками мочевой системы, не занимался никто. Не знали, как классифицировать эти заболевания, а самое главное — не было стройной системы лечения, учебных программ. Основные методологические и организационные вопросы оказания урологической помощи детям, подготовки кадров, особенности выбора методов лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса были изложены в программных докладах на урологических конгрессах в СССР и за рубежом.

А. Я. Абрамян воспитал кадры, составляющие на сегодняшний день основное звено коллектива. Авторитет, который имеет урологическая клиника МОНИКИ не только в Москве и Московской области, но и в России,— это во многом его заслуга.

Широко образованный талантливый человек профессор Абрамян был большим ценителем искусства. Он собирал живопись, полотна, созданные на переломе веков, когда менялось человеческое сознание,— в конце XIX — начале XX в. Это был период, когда многие новые художественные направления находились в опале, даже запрещались. Те направления, для которых Н. С. Хрущев нашел весьма емкую и неприличную фразу — определение их творчества.

Арам Яковлевич обладал тонким художественным вкусом и, в силу своего положения, общался со многими экспертами и знатоками искусства. Он находил, отбирал, организовывал экспертизу и реставрацию. В его собрание вошли картины А. Архипова, М. Нестерова, В. Сурикова, Б. Кустодиева, А. Фонвизина, А. Головина. «Мир искусства» представлен Бенуа, Бакстом, Рерихом, Серовым; «Союз русских художников» — К. Коровиным; «Бубновый валет» — русскими сезанистами П. Кончаловским, А. Лентуловым, И. Машковым, Р. Фальком. Представлено творчество Врубеля, Крымова, Грабаря, Тышлера и многих других мастеров. В конце своей жизни Арам Яковлевич понимал, что это не может принадлежать одному человеку, понимал, что все должны иметь возможность познакомиться с его коллекцией. Она была передана в дар народу Армении. 19 ноября 1984 г. был открыт Музей русского искусства в Ереване (коллекция А. Абрамяна).

«Мудрый Арам» — так, с подачи Н. А. Лопаткина, называли профессора Абрамяна современники. Сейчас трудно представить время, когда не было современных методов диагностики, технологий оперативного и медикаментозного лечения. Но были великие учителя, которые заложили структурные и методологические основы современной урологии, реализовали главное дело своей жизни — создали школы. Одним из них, вне всяких сомнений, был Арам Яковлевич Абрамян.

Юлия Головина

Трапезникова Маргарита Федоровна (1929–2013)

7 декабря 2013 г. на 85-м году ушла из жизни Маргарита Федоровна Трапезникова – крупный ученый с мировым именем, талантливый организатор , блестящий хирург.

С 1954 г. ее деятельность была неразрывно связана с Московским областным научно-исследовательским клиническим институтом им. М.Ф. Владимирского (МОНИКИ), где она прошла путь от клинического ординатора до руководителя одной из ведущих урологических клиник страны. В 1957 г. блестяще защитила кандидатскую, а в 1969 г. – докторскую диссертацию. В 1976 г. ей было присвоено звание профессора. В 1995 г. избрана чл.-корр. Российской академии медицинских наук, а в 2000 г. первая женщина-уролог стала действительным членом РАМН.

Основными научными приоритетами академика М.Ф. Трапезниковой являлись проблемы онкоурологии, врожденных аномалий развития мочеполовой системы у детей и взрослых, мочекаменной болезни, аденомы предстательной железы, стриктур и облитераций мочеиспускательного канала, урологических осложнений после трансплантации почки, современных технологий в диагностике и лечении урологических заболеваний и ряд других. Ею опубликовано более 600 научных трудов, получено 12 патентов на изобретения. Из 11 монографий до настоящего времени остаются актуальными труды, посвященные опухолям яичка, опухолям почек, единственной почке у детей, раку предстательной железы, кистам почек, применению стентов в урологии, диагностике и лечению урологических осложнений после пересадки почки. Несомненным признанием заслуг стало присвоение коллективу клиники гранта Президента Российской Федерации «В поддержку ведущих научных школ» (1996 г.). Она автор действующей с 1978 г. отечественной классификации аномалий. 32 кандидатских и 5 докторских диссертаций защищены под ее руководством.

С 1991 г. М.Ф. Трапезникова возглавляла кафедру урологии ФУВ МОНИКИ. Ее ученики с честью развивают традиции школы в различных регионах России, в ближнем и дальнем зарубежье.

Академик М.Ф. Трапезникова долгие годы являлась заместителем председателя Российского общества урологов, была почетным членом Международного и Российского обществ урологов, действительным членом Европейской ассоциации урологов, членом редакционной коллегии журнала «Урология», главным внештатным урологом Министерства здравоохранения Московской области, председателем Московского областного общества урологов. Она награждена многими правительственными наградами и знаками отличия губернатора Московской области. В 1988 г. ей присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки Российской Федерации». М.Ф. Трапезникова являлась почетным гражданином Московской области.

Маргарита Федоровна была красивой и обаятельной женщиной, любящей и любимой женой, матерью, тещей, бабушкой.

Пугачев Анатолий Георгиевич (1929–2013)

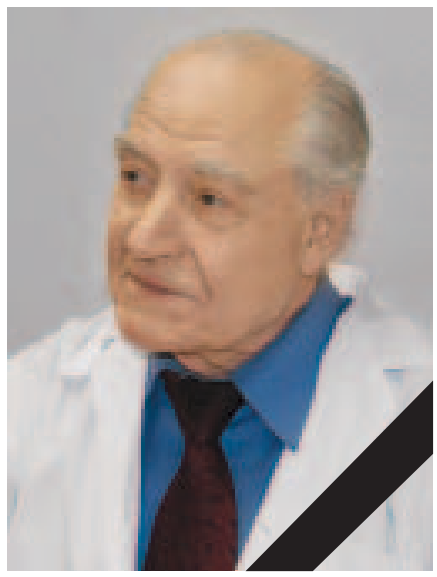
22 сентября 2013 г. на 84-м году жизни скоропостижно скончался известный российский уролог Пугачев Анатолий Георгиевич.

В 1947 г. Анатолий Георгиевич Пугачев поступил во 2-й Московский медицинский институт. В 1961 г. А.Г. Пугачев возглавил клинику детской хирургии Института педиатрии Академии медицинских наук СССР, в 1964 г. получил научную степень доктора медицинских наук, а в 1965 г.— звание профессора.

Под его руководством защищено 17 докторских диссертаций и 61 кандидатская.

А.Г. Пугачев активно участвовал в создании первого центра хирургии новорожденного ребенка и НИИ педиатрии АМН СССР, отдела детской хирургии и детской урологии в России.

Анатолий Георгиевич внес значительный вклад в развитие отечественной детской хирургии, урологии, анестезиологии и травматологии.



Талантливый ученый модифицировал и внедрил в педиатрическую практику оперативные методы лечения при гидронефрозе, пузырно-мочеточниковом рефлюксе, обструктивном мегауретере, тотальном недержании мочи и других заболеваниях, а также участвовал в разработке метода дистанционной литотрипсии у детей.

А.Г. Пугачев создал аппарат для наложения механического межкишечного анастомоза у новорожденных, усовершенствовал методы оперативного лечения атрезий тонкой, толстой и прямой кишки у новорожденных, внедрил собственную методику лечения повреждений сухожилий пальцев у детей и многое другое.

Последние годы он занимался изучением компенсаторных возможностей организма и их коррекцией в разных возрастных группах после оперативного лечения на органах мочеполовой системы в детском возрасте.

А.Г. Пугачев был членом Высшей аттестационной комиссии (ВАК), членом диссертационного совета, главным научным сотрудником НИИ урологии Минздрава РФ и председателем координационного совета НИИ урологии. В течение 35 лет он являлся научным редактором журнала «Урология», а в последние годы — научным редактором журнала «Экспериментальная и клиническая урология». Заслуженно был почетным членом Российского общества урологов и зарубежных научных обществ. А.Г. Пугачев до последних дней — председатель Московского общества урологов и главный научный сотрудник НИИ урологии МЗ РФ. Анатолию Георгиевичу было присвоено звание заслуженного деятеля науки, он награжден орденом Почета, орденом «За заслуги перед Отечеством», орденом Дружбы, знаком «Отличник здравоохранения», медалями, почетными грамотами Верховного Совета СССР, РСФСР, Минздрава СССР и РФ, Академии медицинских наук.

Перестало биться сердце выдающегося уролога Пугачева Анатолия Георгиевича, но в сердцах его учеников, коллег и пациентов всегда будет жить светлая память о нем.

Авдошин Владимир Павлович (1951–2013)

14 ноября 2013 г. на 63 году жизни скончался доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии и оперативной нефрологии Российского университета дружбы народов, академик Лазерной академии Российской Федерации Владимир Павлович Авдошин.

В 1974 г. окончил 2-й Московский государственный медицинский институт им. Н.И. Пирогова. С 1974 по 1975 г. проходил интернатуру по хирургии. С 1977 по 1979 г. работал врачом-хирургом в Городской клинической больнице № 29 Москвы. С 1979 по 1981 г. обучался в клинической ординатуре по урологии на медицинском факультете Университета дружбы народов им. П. Лумумбы. В 1981 г. был избран на должность ассистента кафедры урологии РУДН. В 1985 г. успешно защитил кандидатскую диссертацию и в том же году получил должность доцента кафедры урологии РУДН. В 1992 г. защитил докторскую диссертацию: «Этиопатогенетическое обоснование применения низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении больных острым пиелонефритом». С 1993 г. стал работать в должности профессора кафедры и тогда же получил ученое звание профессора. Продолжил свою профессиональную деятельность уже в качестве руководителя (с 2002 г.) кафедры урологии и оперативной нефрологии РУДН. Под его руководством в клиническую практику больницы внедрены новые виды оперативных вмешательств и современные методики консервативного лечения различных урологических заболеваний. В.П. Авдошин — автор более 250 печатных научных работ, 6 монографий, 12 учебно-методических пособий для врачей и студентов, им получено 5 патентов на изобретения. Под его руководством были защищены 17 кандидатских и 1 докторская диссертации.

Будучи прекрасным клиницистом и педагогом, профессор В.П. Авдошин внес большой вклад в развитие кафедры урологии и оперативной нефрологии РМАПО.

В течение многих лет В.П. Авдошин являлся заместителем Председателя диссертационного Совета РУДН, членом диссертационного Совета МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского и проблемной комиссии по уронефрологии РАМН и Минздравсоцразвития России, входил в состав редколлегий журналов «Лазерная медицина», «Трудный пациент», на протяжении многих лет избирался в Правление Всероссийского общества урологов.

В 1999 г. В.П. Авдошин награжден Серебряной медалью ВВЦ, а в 2010 г. — Почетной грамотой Министерства здравоохранения и социального развития России.

Владимир Павлович ушел из жизни в самом расцвете сил. Он был истинным интеллигентом, открытым, отзывчивым и мудрым человеком, преданным служителем идеалов гуманизма, человеколюбия и выбранной им профессии врача. Был прекрасным , верным мужем и любящим отцом. Светлая память о В.П. Авдошине будет жить не только в сердцах его родных и близких, но и коллег, благодарных учеников и пациентов.

Омник® Окас® для лечения СНМП/ДГПЖ®

Когда поход
в туалет может стать
ночным кошмаром

реклама

Омник® Окас®

тамсулозин

Заряд силы на следующий день

* в соответствии с инструкцией по медицинскому применению препарата Омник Окас

Представительство компании «Астеллас Фарма Юроп Б.В.» (Нидерланды) г. Москва
119147, Россия, Москва, ул. Мосфильмовская, д. 16 Тел. +7(495) 737-07-55, Факс +7(495) 737-07-53.

astellas
Сила, вдохновляющая к жизни

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА