стр. 2
К 90-летию Н.А. Лопаткина – великого ученого и человека. «...Спешите делать добро – жизнь коротка!»

стр. 5
Пилотный проект по ранней выявляемости заболеваний мочеполовой системы

стр. 14
Интервью с профессором В.Б. Матвеевым: Урология и онкология: точки соприкосновения

ГАЗЕТА ВЫХОДИТ ПРИ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКЕ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

№ 1
ФЕВРАЛЬ 2014 г.

В НОМЕРЕ

ИНТЕРВЬЮ
И.А. Назарова: Лечение стало более качественным и современным
стр. 4

ПРАВОВОЙ АСПЕКТ
Об Аттестационной комиссии Департамента здравоохранения города Москвы
стр. 6

РЕГИОНЫ
Состояние урологической службы Северо-Кавказского федерального округа
стр. 10

ПРАКТИКА
Микрохирургия в урологии – неотъемлемая часть оперативной урологии
стр. 11

В весенний праздничный день

8 марта газета «Московский уролог» от всей души поздравляет женщин-врачей!

Дорогие женщины!
Женщина и весна – это начало жизни, продолжение рода, красота мира – все лучшее, что есть у человечества.
Вы выбрали для себя сложную, но прекрасную профессию Доктора, Врачевателя, Целителя, дав клятву Гиппократа. Вы возвращаете жизнь заболевшим, помогаете людям обретать радость жизни, достойно несете звание Врача.
Желаем вам крепкого здоровья, профессиональных успехов, уважения коллег, благодарных пациентов, счастья, радостных будней и веселых праздников, верных друзей, любви родных и близких.
Главный редактор А.А. Камалов

Впервые 8 марта в 1917 г. русские женщины вышли на улицы, основным их требованием было – прекращение войны. Эта демонстрация вылилась во всеобщую забастовку и массовые стачки, что спровоцировало в итоге февральский переворот – вот какова была сила женского протеста.

В России после революции женщины получили равные права с мужчинами, 8 марта был объявлен государственным праздником, а с 1965 г. еще и официальным выходным днем. В этот день женщины получают заслуженные поздравления, цветы, подарки и комплименты. Забота о близких и помощь страдающим людям заложена в женщине природой. Именно женщина является источником покоя и счастья, доброты и милосердия, мягкости и тепла. Мы видим женщину-маму первой, когда рождаемся, мы думаем о женщине – жене, маме, бабушке, когда нуждаемся в любви и поддержке.

Роль женщины в обществе всегда была особой. Женская мудрость является источником равновесия в семье, обществе и мире.

Дорогие женщины!

Компания «Астеллас Фарма Юроп Б.В.» искренне поздравляет вас с праздником весны, нежности и любви с – 8 Марта!!!

Сегодня роль женщин становится все более значительной во всех сферах: медицинской, экономической, социальной, политической, культурной. На ваши хрупкие плечи ложатся нелегкие заботы, и в то же время вы всегда остаетесь женственными и очаровательными, веселыми и нежными…

Невозможно представить себе профессию без волшебных улыбок, заботливых рук и небезразличных женских сердец. Ваши звонкие голоса и добрые глаза меняют наш Мир к лучшему, наполняют жизнь новым содержанием. Земной поклон вам за добросовестный труд, понимание, сердечность, милосердие, которыми преисполнены ваши нежные души!

Позвольте в этот светлый, весенний день пожелать вам крепкого здоровья, мира, добра, благополучия, пусть вас окружают любящие и заботливые люди, а начало весны принесет вам радость и удачу, надежду на лучшее, мир и покой в ваши семьи, пусть женское очарование никогда не покидает вас.

С праздником весны вас!

на правах рекламы

Везикар®
солифенацин
Контроль ургентности – контроль ГМП!

Представительство компании «Астеллас Фарма Юроп Б. В.» (Нидерланды) г. Москва.
109147, Россия, Москва, ул. Марксистская, д. 16. Тел. +7(495) 737-07-55. Факс +7(495) 737-07-53.

astellas
Свет, ведущий к жизни

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
Анна Анатольевна ДУДАРЕВА, сотрудник организационно-методического отдела по урологии Департамента здравоохранения города Москвы, 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

РЕДАКЦИЯ ГАЗЕТЫ «Московский уролог»
Адрес: 117420 Москва, ул. Профсоюзная, 57, под. 3
Телефон: (495) 786–25–57 (доб. 189)
E-mail: polaykova@bionika-media.ru

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

Размещение рекламы:
Директор по рекламе – Дина КОРЕПАНОВА
Руководитель департамента по рекламе в медицинской прессе – Ольга КРЕКШИНА
Менеджеры по работе с клиентами
Наталья ДИВЛЕКЕЕВА,
Анна ДОНСКИХ
Маргарита ПЕТРОВА
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
83693 – п/г подписка в каталоге «Почта России»

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 28 февраля 2014 г. в 10:00

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

К 90-летию Н.А. Лопаткина – великого ученого и человека

Значение такой фигуры, как Николай Алексеевич Лопаткин в советской, а позже и российской урологии невозможно переоценить. За большой вклад в развитие отечественной медицины он был удостоен высших государственных званий и наград. Указом Президиума Верховного Совета СССР от 27 июня 1978 г. Н.А. Лопаткину присвоено звание Героя Социалистического Труда с вручением ордена Ленина и золотой медали «Серп и Молот». Николай Алексеевич – трижды лауреат Государственной премии СССР (1971, 1984, 1990), лауреат премии Совета Министров СССР (1981), Заслуженный деятель науки РФ, награжден двумя орденами Ленина, орденом Октябрьской Революции, орденом Трудового Красного Знамени, орденом «За заслуги перед Отечеством» III степени, орденом Дружбы народов, многими медалями и памятными знаками.

Николай Алексеевич Лопаткин родился в семье врача 18 февраля 1924 г. в Москве. Отец – Лопаткин Алексей Евгеньевич (1899–1967). Мать – Лопаткина Александра Александровна (1899–1992).

В 1928 г. семья переехала в город Елец, куда был направлен на работу отец. Дедом Николая Алексеевича был Евгений Иванович, православный священник. В семье всегда с уважением относились к христианскому мировоззрению. Отец и мать придерживались строгого подхода к воспитанию детей. Здесь ценилась интеллигентность, духовность. Можно только догадываться, как тяжело пришлось всем членам этой семьи в тот период, потому что именно в 1928 г. повсеместно в СССР и в Ельце, в частности, началась травля священнослужителей. Спасало то, что отец был занят любимой работой, и в доме, где часто собирались его коллеги, разговоры велись чаще всего о медицине. Обсуждались клинические случаи, истории из врачебной практики. С детства маленький Николай привык слышать медицинские термины, название болезней, вдыхать больничные запахи, которые приносил в дом отец, что и предопределило выбор профессии.

В Ельце он окончил начальную школу № 7 и два класса полной средней школы № 13. В 1937 г. семья вернулась в Москву, где Николай Алексеевич продолжил учебу в школе № 15. Из-за начавшейся Великой отечественной воины десятый класс он закончил экстерном. Уже в молодости у Н.А. Лопаткина проявились такие качества, как высокая работоспособность, энергичность, целеустремленность и преданность своему делу. Трудовую деятельность он начал в 1941 г., работал санитаром и фельдшером скорой помощи. В 1942 г. поступил в 1-й Московский медицинский институт им. И.М. Сеченова, из которого в 1943 г. был переведен во 2-й Московский медицинский институт им. Н.И. Пирогова.

В военном Ельце в 1943 г., проходя по улице, молодой студент Николай Лопаткин услышал чарующие звуки фортепьяно. Мысли вихрем умчали его в довоенные годы, в пору отрочества и первой влюбленности. Еще во времена учебы

в начальной школе в его сердце поселилось прекрасное, нежное чувство к однокласснице Тамаре. Девочка так глубоко тронула сердце будущего академика, что он написал на листке бумаги, вырванном из школьной тетради слова «я тебя люблю». Это было в 1934 г., а в 1937 г. их развела судьба. Николай с семьей уехал в Москву, а Тамара осталась в Ельце. Прошли годы, грянула война, но ничто не могло стереть из памяти Николая светлый образ девочки Тамары. В деловых поездках в Елец он часто мысленно возвращался в детские годы.

И вот однажды, в городском парке они снова встретились, чтобы не расставаться уже никогда. Семья всегда занимала особое место в жизни Николая Алексеевича. В 1950 г. родилась старшая дочь – Житникова (по мужу) Людмила Николаевна, а в 1962 г. младшая дочь – Щепина (по мужу) Ольга Николаевна. В атмосфере любви и взаимоуважения росли дети, внуки. Вначале мать, а потом и жена провожали Николай Алексеевича на работу, а это всегда был торжественный момент, таковы были семейные обычаи. После ухода из жизни Тамара Александровна продолжала незримо присутствовать в жизни Николая Алексеевича. Любовь к ней академик сохранил до конца своей жизни.

Во время Великой отечественной войны отец Николая Алексеевича, работал хирургом во фронтовом эвакогоспитале, оперировал в тяжелейших условиях по 10–12 часов под бомбежками. Во время одной такой операции получил тяжелую контузию. И молодому студенту долго определяться с выбором специальности хирурга не пришлось.

Безусловно, большой след в душе Николая Алексеевича оставило общение с другом отца, а впоследствии и учителем Александром Николаевичев Бакулевым – человеком подчас жестким, решительным, несклонным к компромиссам. В 1947 г. Николай Алексеевич окончил лечебный факультет и был зачислен в ординатуру на кафедру факультетской хирургии 2-го Московского медицинского института, возглавляемой академиком А.Н. Бакулевым.

В 1950 г., после ее окончания, Н.А. Лопаткин был избран на должность ассистента кафедры. В 1953 г. защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «Проникновение пенициллина через плевральные листки».

Особое место в душе Николая Алексеевича занимал профессор Антон Яковлевич Пытель. С этим замечательным врачом связаны первые шаги в урологии будущего академика. Под его руководством и покровительством Н.А. Лопаткин начал научные изыскания, а впоследствии развил и приумножил направления научных поис-

«...»

Н.А. Лопаткин впервые в СССР применил аппарат «искусственная почка» (1958)

ков и их практическое внедрение. С 1958 г. Николай Алексеевич работал на кафедре урологии 2-го Московского медицинского института под руководством профессора А.Я. Пытеля на базе Городской больницы №1 им. Н.И. Пирогова в качестве ассистента, доцента, профессора кафедры.

В 1959 г. он защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему «Почечная ангиография». Именно здесь окончательно раскрылся талант Николая Алексеевича как крупнейшего ученого, хирурга-уролога и организатора здравоохранения. С 1967 г. он стал заведующим кафедрой урологии. Руководимая им кафедра стала не только ведущей в стране, но и получила широкую известность за рубежом.

Именно в эти годы произошел расцвет отечественной урологии, была создана урологическая служба страны, которая ни в чем не уступала таковой в ведущих западных странах, что снискало заслуженный авторитет и уважение к личности Н.А. Лопаткина. По его инициативе при кафедре урологии 2-го Московского медицинского института им. Н.И. Пирогова были открыты отделения гемодиализа и оперативной нефрологии.

С деятельностью Н.А. Лопаткина на кафедре связаны значительные научно-практические достижения в области урологии и оперативной нефрологии: разработка принципов ангиографических методов диагностики заболеваний почек и их сосудов, внедрение оригинальных операций при патологически подвижной почке, при дисплазии мочеточников, стенозах почечных сосудов, методы формирования пузырно-мочеточникового анастомоза, операции при коралловидном нефролитиазе, внедрение эндоскопических методов лечения урологических больных и многие другие.

Н.А. Лопаткин внес огромный вклад в решение проблемы лечения больных хронической почечной недостаточностью. В 1958 г. он впервые в СССР применил аппарат «искусственная почка». Николай Алексеевич является инициатором создания отделений хронического гемодиализа. С 1966 г. он возглавлял исследование вопросов оперативного лечения больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности, а также трансплантации трупной почки. Его вклад в изучение данных проблем в 1971 г. был удостоен Государственной премии СССР. За эти достижения в составе группы медиков во главе с Б.В. Петровским ученому вручили звезду Героя Социалистического труда. Н.А. Лопаткин изучал вопросы патогенеза нефрогенной гипертонии и методы ее терапии, предложил принципиально новый метод лечения венозной гипертензии. Впервые в СССР он разработал и внедрил в клиническую практику экстракорпоральные операции на почке, оригинальную методику аутотрансплантации.

По праву, инициатором и основателем первого в СССР Научно-исследовательского института урологии является академик Н.А. Лопаткин, который с момента его создания 10 апреля 1979 г. и до 2007 г. был его директором.Приказом Правительства г. Москвы (Приказ ГУЗМ № 14 от 14.01.1981) на базе 47-й многопрофильной больницы была создана специализированная урологическая клиника.

25 мая 1984 г. Совет Министров издает распоряжение № 655-р «О преобразовании научно-исследовательского института урологии Минздрава РСФСР при 2-м Московском медицинском институте им. Н.И. Пирогова в самостоятельное медицинское учреждение», тем самым делая институт головным лечебным учреждением страны в области урологии.

«...»

Инициатором и основателем первого в СССР Научно-исследовательского института урологии является академик Лопаткин

История создания института неразрывно связана с кафедрой урологии и оперативной нефрологии 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова. К началу 1980 г. в НИИ урологии перешел основной костяк кафедры – профессора и ведущие научные сотрудники А.Ф. Даренков, А.Л. Шабад, В.Г. Горюнов, Э.К. Яненко, В.Я. Симонов, И.С. Ярмолинский, М.В. Чудновская, Б.М. Крендель, Н.В. Махлин, Б.С. Гусев, Н.К. Дзеранов, Л.Г. Кульга, А.П. Данилков, Е.А. Стецюк, А.С. Ларионов, Н.П. Ненашева и др. Николай Алексеевич Лопаткин сделал Институт флагманом отечественной урологии. С момента его основания начинается дальнейшее развитие научных исследований на уровне мировых достижений того времени.

Инициатива, преданность своему делу позволили Н.А. Лопаткину ввести в эксплуатацию еще три корпуса института: лабораторно-экспериментальный, корпус гемодиализа и трансплантации почки, корпус детской урологии. Решению проблем детской урологии он придавал особое значение, способствовал углубленному изучению особенностей лечебной тактики у детей различных возрастных групп от новорожденных до подростков. С учетом этого фактора были разработаны оригинальные и эффективные операции. Открыта новая глава в детской урологии – изучение особенностей течения компенсаторных процессов после коррекции врожденных заболеваний.

Под руководством академика Лопаткина активно разрабатывались и внедрялись новые способы малоинвазивных методов диагностики и лечения. Институт урологии в СССР стал пионером в лечении урологических заболеваний с использованием эндоскопических методов при опухолях и обструктивных заболеваниях верхних и нижних мочевых путей: доброкачественной гиперплазии простаты, стриктурах и облитерации уретры, рака мочевого пузыря. Была создана экспериментальная лаборатория для изучения патогенеза различных заболеваний, их моделирования на животных и разработки новых методов лечения и профилактики.

После многолетних исследований внедрили методы ранней диагностики и скрининга рака предстательной железы, мочевого пузыря, принципы их медикаментозной терапии. В 1981 г. Н.А. Лопаткину (в составе исследовательского коллектива) за создание, экспериментальное и клиническое изучение нового противоопухолевого препарата (дибунол) при лечении опухолей мочевого пузыря, лучевых и ожоговых циститов, разработку его лекарственных форм и технологии промышленного производства была присуждена премия Совета Министров СССР.

В функции головного учреждения входила координация научной деятельности по урологии в масштабах страны. Большое внимание уделялось межведомственным научно-техническим связям с другими институтами и учреждениями Минздрава, РАМН, РАН в сфере разработки новых методов диагностики и лечения. Благодаря этой инициативе и большой организационной работе, в Советском Союзе был создан первый отечественный литотриптер «Урат-П» для дистанционной литотрипсии с использованием сфокусированных ударных волн.

Внедрение последнего (в т.ч. и его модификаций) практически во всех регионах страны позволило значительно сократить число открытых оперативных вмешательств у детей и взрослых с мочекаменной болезнью. Данная разработка была отмечена Государственной премией СССР в 1990 г.

Современная урология органично связана с достижениями технического прогресса в хирургии. У истоков этого направления в нашей стране стоял Н. А. Лопаткин. Он сыграл значительную роль в разработке оригинальных и эффективных операций, которые вошли в число широко применяемых не только в нашей стране, но и за рубежом.

Перечисленные аспекты научных разработок нашли отражение в более чем 800 печатных работах. Вклад Н. А. Лопаткина в теорию и практику урологии невозможно переоценить. Он во многом определил развитие отрасли. Его публикации – материал, на который опираются урологи нескольких поколений в своих научных изысканиях. Наиболее важные труды: «Современное состояние вопроса о почечной ангиографии» (1956, 1969), «Искусственная почка и ее практическое применение» (1956), «Интубационный наркоз в урологии» (1959), «Транслюмбальная аортография» (1961), «Уход за урологическими больными» (1963), «Гидронефроз» (1965), «Общее обезболивание в урологии» (1966), «Учебник урология» (1971), «Лечение острой и хронической почечной недостаточности» (1971), «Мочекаменная болезнь» (1972), «Диагностика вазоренальной гипертензии и выбор метода ее лечения» (1975), «Учебник урология» (1977), «Экстракорпоральная хирургия почек» (1979), «Об осложнениях аденомэктомии простаты и способах их лечения» (1982), «Основные итоги и задачи научно-исследовательской и практической деятельности советских урологов» (1983), «Стеноз почечной вены» (1984), «Урологические заболевания почек» (1985), «Оперативная урология» (1986), «Экстракорпоральное дробление камней» (1986), «Аномалия мочеполовой системы» (1987), «Дистанционная литотрипсия аппаратом «Урат-II» (1988), «Доброкачественная гиперплазия предстательной железы» (1999).

Николай Алексеевич большое внимание уделял педагогической деятельности: читал лекции, проводил показательные операции для студентов, ординаторов и аспирантов. Он неоднократно подчеркивал высокую ответственность педагогов в деле формирования нового поколения врачей. Еще во времена работы на кафедре в 1-й градской больнице Николай Алексеевич Лопаткин организовал кружок, в котором вел подготовку молодых врачей по специальности урология. На занятиях члены кружка, наряду с теоретическими знаниями, имели возможность получить и практические навыки – к каждому занятию профессор готовил профильных больных. Также он обучал специалистов из других регионов России по программе послевузовского дополнительного профессионального образования. Под его руководством защищено 23 докторских и 36 кандидатских диссертаций.

Николай Алексеевич воспитал плеяду блестящих ученых, последователей своей школы, которые в настоящее время руководят Институтами, научными кафедрами в ВУЗах, крупными клиниками и медицинскими центрами, его учениками являются ведущие специалисты многих регионов РФ и стран СНГ: Э.К. Яненко, С.П. Даренков, Н.К. Дзеранов, А.Г. Мартов, А.Ю. Павлов, А.А. Камалов, Т.С. Перепанова, О.И. Аполихин, Л.А. Ходырева и другие. Многие урологи, воспитанники Николая Алексеевича Лопаткина, работают за рубежом: в США, Германии, Израиле и т.д. Это самая большая урологическая школа, созданная когда-либо.

Н.А. Лопаткин занимался и общественной, организационно-методической деятельностью. Под его руководством в СССР и России было организовано 35 кафедр урологии и 20 доцентских урологических курсов в медицинских ВУЗах. Он добился того, что урология стала самостоятельной медицинской дисциплиной.

В 1972 г. Николай Алексеевич организовал Всесоюзное общество урологов СССР и провел четыре Всесоюзных съезда урологов СССР. Он являлся его председателем (до 2012 г.), почетным членом международного Европейского, Болгарского, Немецкого, Югославского и других обществ. С 1976 г. и до последних дней своей жизни Николай Алексеевич был главным редактором журнала «Урология».

В 1969 г. Н.А. Лопаткин был избран членом-корреспондентом АМН СССР, а в 1974 г.– академиком АМН СССР.

Н.А. Лопаткин член КПСС с 1962 г. Избирался депутатом Московского городского совета народных депутатов, был делегатом XXVI и XXVII съездов КПСС.

Среди представителей Российской врачебной школы безусловным примером для себя Николай Алексеевич считал Федора Петровича Гааза. Этот великий врач, известный в народе под именем «святой доктор», произнес теперь уже крылатую фразу «Спешите делать добро». Н.А. Лопаткин постоянно повторял ее с высоких трибун и в частных беседах. Эти слова стали девизом на медали Фонда «За вклад в развитие отечественной урологии», основанного Николаем Алексеевичем.

Лечение стало более качественным и современным

В городской клинической больнице №57, крупнейшем медицинском учреждении столицы, прошла реорганизация, в результате которой значительно улучшились возможности для лечения больных, в т. ч. с урологическими и онкологическими заболеваниями. Эту тему корреспондент газеты Александр Рылов обсудил с И.А. НАЗАРОВОЙ, главным врачом больницы, председателем совета главных врачей Департамента здравоохранения г. Москвы (ДЗМ), заслуженным работником здравоохранения РФ, к.м.н.

- Ирина Александровна, в 2012 г. Вы были избраны председателем совета главных врачей при ДЗМ. Каковы его функции?

–Совет появился по инициативе Л.М. Печатникова, когда он был министром Правительства Москвы, руководителем ДЗМ. Первым председателем совета был избран Г.Н. Голухов. Но в мае 2012 г. он стал новым руководителем ДЗМ, тогда я сменила Георгия Натановича на посту председателя совета. Его членами сегодня являются 15 главных врачей крупнейших многопрофильных клиник Москвы. На заседаниях Совета обсуждаются важнейшие вопросы: как согласовать дальнейшее развитие медицины в городе и преодолеть все трудности на этом пути. Мы давали свои рекомендации и делились опытом по установке наиболее сложного оборудования при модернизации. По инициативе Совета главных врачей был проведен первый фестиваль «Формула жизни».

Мы решили, что хорошо бы нам в столице ввести свой аналог премии лучшим врачам России «Призвание», ведь у нас более 800 медучреждений, работают более 50 тыс. врачей, 90 тыс. медицинских сестер и нашим врачам и медсестрам тоже нужен подобный стимул. С инициативой мы вышли к мэру Москвы Сергею Собянину, который поддержал нас. Фестиваль уже проходит три года подряд, последний раз его финал прошел в Крокус-Сити, где собрались 6 тыс. членов медицинской общественности, представители Минздрава РФ, правительства Москвы, руководители министерств и ведомств. Были выделены 33 номинации – лучший педиатр, терапевт, анестезиолог, гематолог, уролог и т.д.

По рекомендации главных врачей, победителей утверждает специальная комиссия, каждый победитель получает премию 260 тыс. рублей. Но главное – не деньги, а огромный стимул к дальнейшему совершенствованию. Определяются и лучшие медучреждения года – роддом, многопрофильная больница, поликлиника, научно-практический центр и т.д.

По инициативе Совета уже 280 московских врачей прошли стажировку за границей, где не только смогли перенять опыт зарубежных коллег, но и поделиться своим. Первые группы наших стажеров учились в университетских клиниках Израиля и Швейцарии. Сегодня география таких командировок расширилась за счет Бельгии и Германии.

- Расскажите, пожалуйста, о том, что по инициативе совета делается непосредственно для пациентов

–Совместно с комиссией по здравоохранению Общественной палаты Москвы и при поддержке ДЗМ мы организовали дни здоровья. Цель этих мероприятий – заставить каждого москвича задуматься о необходимости проверки своего здоровья. Ведь обычно человек не обращается к врачу, пока его

ничего не беспокоит. Но потом может быть уже поздно. Первый День открытых дверей для старшего поколения – ветеранов Великой отечественной войны – был проведен 20 апреля прошлого года. Предварительно мы собрались с руководителями медкомиссий ветеранов различных округов и управ города. Члены комиссий представили свои предложения и пожелания. И хотя все ветераны наблюдаются в поликлиниках и лечатся в специализированных госпиталях, мы решили привлечь ведущих специалистов города. И вот в субботу, 10 ведущих клиник Москвы, лучшие врачи, научные сотрудники кафедр провели консультации, обследования, организовали тесное общение за накрытым столом со старшим поколением. Во время первого Дня открытых дверей было проведено более полутысячи консультаций и более 700 исследований на компьютерных и магнитно-резонансных томографах, ультразвуковых аппаратах экспертного класса, после чего пожилые люди получили рекомендации и при необходимости были прооперированы. А в День старшего поколения в октябре мы уже задействовали более 50 поликлиник во всех округах.

Следующим этапом стала акция День женского здоровья. Ее проводили по субботам с 19 октября по 16 ноября специалисты-маммологи из стационаров и поликлиники №5. Всего было выполнено 2361 маммографическое исследование, а также ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез, консультации маммологов, гинекологов и врачей других специальностей. По результатам этой работы у 14 пациенток был выявлен на ранних стадиях рак молочных желез, у 167 – доброкачественные образования. Эти женщины прошли дообследование в условиях стационара 57-й больницы, где они были прооперированы с проведением интраоперционной лучевой терапии, при необходимости была проведена химиотерапия.

- А какие дни здоровья запланированы в этом году?

–В 2014 г. снова состоятся Дни здоровья для женщин и пожилых москвичей. Расскажу теперь и о Дне мужского здоровья. Его проводили с 25 января по 15 февраля на базе поликлиники №5 по инициативе Совета, а также главного уролога ДЗМ и президента российского общества «Мужское здоровье», профессора А.А. Камалова. Профилактика и ранняя диагностика заболеваний предстательной железы у мужчин старше 40 лет – такова главная цель этой акции. Учитывая опыт дней здоровья в 2013 г., мы выбрали субботние дни в качестве основного времени ее проведения. Мужчины заполняли анкеты, им измеряли рост, массу тела, артериальное давление, уровни глюкозы и холестерина крови, внутриглазное давление. Обязательным было определение простатспецифического антигена, проведение клинических анализов крови и мочи. В консультациях участвовали лучшие урологи столицы – профессора А.А. Камалов и А.Г Мартов, заведующие и врачи отделений урологии ГКБ №31 и ГКБ №57. По состоянию на 11 февраля обследования прошли 958 человек.

Хотя главным контингентом Дней мужского здоровья были москвичи старше 40 лет, в них мог участвовать также и любой мужчина, возраст которого подлежит диспансеризации в 2014 г. Подчеркну, что в результате этой работы мы стремимся повысить как доступность высококвалифицированной урологической помощи, так и престиж амбулаторной службы у населения; улучшить здоровье москвичей за счет организации диспансерного обследования с выявлением группы риска по заболеваниям предстательной железы и последующим направлением на дообследование или стационарное лечение. В рамках Дней мужского здоровья прошли образовательные школы по профилактике аденомы и рака предстательной железы.

- В 2012 г. к ГКБ №57 были присоединены онкодиспансер №3 и городская клиническая урологическая больница №47. Какую пользу такое объединение принесло больным?

–В результате присоединения 47-й урологической больницы на базе ГКБ №57 функционируют отделения экстренной и плановой урологии, онкоурологии, литротрипсии, брахотерапии, что дает возможность проводить диагностику и лечение пациентов с любой урологической патологией. Отделения оснащены самым современным оборудованием для выполнения высокотехнологичных малоинвазивных операций.

В результате перепрофилирования 47-й больницы в онкологический стационар на базе объединенной 57-й больницы создан онкологический центр на 450 коек с различными профилями (урологии, гинекологии, абдоминальной онкологии, колопроктологии, молочной железы, кожи, общей хирургии), в котором оказывают специализированную медицинскую помощь больным как на ранних стадиях заболевания, так и с распространенным онкопроцессом.

По программе модернизации здравоохранения получены, установлены и введены в работу аппараты КТ, эндоУЗИ, эндовидеохирургические комплексы, электрохирургическое оборудование (в т. ч. энергетические платформы Force Triade, ультразвуковые диссекторы, аргоноплазменное оборудование и т. д.), аппарат для конфокальной микроскопии (*in vivo*), аппараты для микроволновой и радиочастотной аблации опухолей, аппарат для интраоперационной лучевой терапии.

После обучения персонала стало возможным выполнение высокотехнологичных и малоинвазивных вмешательств: аблации первичных и метастатических опухолей печени и почек, лапароскопические операции при опухолях органов брюшной полости, эндомукозальные резекции при «ранних» раках пищевода, желудка и толстой кишки, интраоперационная лучевая терапия при опухолях молочной железы и мягких тканей. Активно проводится эндоскопическое стентирование стенозирующих опухолей пищевода, желудка, толстой кишки и билиарной системы.

Применение высокотехнологичного оборудования уменьшает операционную травму, кровопотерю, сокращает сроки пребывания в стационаре и, соответственно, уменьшает сроки ожидания госпитализации больных, которые в настоящее время уже не превышают 7–9 дней. Тесная взаимосвязь онкологического стационара с онкодиспансером позволяет наладить четкую маршрутизацию больных на этапах амбулаторного и стационарного лечения, обеспечить строгую преемственность на этапах хирургического, лучевого и лекарственного лечения с соблюдением оптимальных сроков госпитализации в профильные отделения, что было практически невозможно реализовать раньше.

Кроме того, в ГКБ №57 имеются отделения химиотерапии и суперсовременное отделение лучевой терапии, что позволяет проводить больным онкологическими заболеваниями не только хирургическое, но и комбинированное и комплексное лечение. Радиологическое отделение оснащено высокоэнергетическим линейным ускорителем, аппаратами дистанционной гамма-лучевой терапии, контактной лучевой терапии, широкоаппертурным компьютерным томографом с системой топометрии, современными системами дозиметрического планирования, аппаратом интраоперационной рентгенотерапии и др.

В результате реорганизации сформированы мощные центры по урологии и онкологии, отвечающие самому современному уровню. В ближайшее время мы планируем впервые в Москве внедрить суперселективную химиоэмболизацию опухолей печени и интраоперационную лучевую терапию.

Пилотный проект по ранней выявляемости заболеваний мочеполовой системы

А.А. ТРЕТЬЯКОВ,
главный врач ГП №3 ДЗМ, врач-уролог высшей категории, к.м.н.

А.Ю. КОБЫШЕВ,
заведующий урологическим отделением ГП №3 ДЗМ, врач-уролог высшей категории

Заболевания мочеполовой системы – одна из наиболее распространенных причин обращения пациентов за медицинской помощью в амбулаторной практике. Имеющиеся эпидемиологические данные свидетельствуют о большой социальной значимости этой патологии. Она приводит к снижению качества жизни, трудоспособности, инвалидизации и, в результате, к экономическим потерям в связи с увеличением затрат на лечение пациентов в случаях хронизации заболеваний и выявлении их на более поздних стадиях.

С учетом значимости данной проблемы под руководством главного уролога Москвы А.А. Камалова совместно с организационно-методическим отделом по урологии Москвы был запущен «пилотный проект» по выявлению урологических заболеваний на ранних стадиях на базе ГБУЗ №3 ДЗМ. В рамках проводимого «пилотного проекта» при первичном обращении в ГБУЗ ГП №3 пациентам предлагалось пройти анкетирование на предмет выявления урологических заболеваний. В случае положительного ответа на один из вопросов анкеты пациенты могли обратиться к урологу без предварительной записи в системе ЕМИАС (Единая медицинская информационно-аналитическая система). В исследовании принимали участие мужчины и женщины всех возрастных групп, ранее не проходившие обследование у уролога.

А.А. Третьяков

Анкета по проекту			
Городская поликлиника №3, Москва.			
ФИО			
№ амбулаторной карты			
контактный телефон			
№	Вопрос	Да	Нет
1.	Отмечаете ли Вы подтекание мочи?		
2.	Была ли у Вас примесь крови в моче?		
3.	Отмечаете ли Вы снижение качества Вашей сексуальной жизни?		
4.	Отмечали ли Вы чувство боли в области промежности?		
5.	Встаете ли Вы ночью помочиться или испытываете ли Вы затруднения при мочеиспускании?		
6.	Испытываете ли Вы боль, чувство жжения в уретре при мочеиспускании?		
В случае хотя бы одного положительного ответа обратитесь к врачу урологу в обязательном порядке.			

За 6 месяцев исследования (июль – декабрь 2013) было предложено к заполнению 2800 анкет. Число корректно заполненных анкет составило 2587 штук. Уролога посетили 1902 человека. Данной группе пациентов на основании их жалоб было проведено урологическое обследование. По результатам обследования, заболевания мочеполовой системы выявлены у 534 пациентов. В основную группу вошли 446 пациентов, обратившихся с различными расстройствами функций нижних мочевых путей. Среди них выявлены: доброкачественная гиперплазия предстательной железы – у 205 человек, хронический бактериальный простатит – у 22 человек, острый простатит – у 2 человек, синдром хронической тазовой боли – у 57 пациентов, недержание мочи – у 102 человек (в данную группу вошли женщины преимущественно со стрессовой формой недержания мочи, из которых 78 имели пролапс гениталий), инфекции нижних мочевых путей (цистит) – у 52 человек, уретрит – у 6 человек.

Из числа обследованных мужчин у 34 пациентов отмечался повышенный уровень простатического специфического антигена. Этим пациентам проведена биопсия предстательной железы, у 15 из них был выявлен рак предстательной железы (12 человек 1–2 стадии, 3 человека – 3 стадия).

У остальных пациентов выявлены следующие диагнозы:

- мочекаменная болезнь – у 47 человек (из них 12 человек имели осложненное течение с явлениями пиелонефрита);
- кисты почек – у 22;
- нефроптоз – у 7;
- рак мочевого пузыря – у 3;
- варикоцеле – у 6;
- фимоз – у 3.

Из числа мужчин, посетивших уролога 68 предъявили жалобы на нарушение эректильной функции. Средний возраст пациентов, обратившихся к врачу, составил 62 года. Из них 41 человек наблюдался у терапевта, кардиолога и эндокринолога. Указанные пациенты получали терапию в связи с наличием ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, атеросклероза, дислипидемии, сахарного диабета, депрессивного синдрома. По результатам проведенного урологического обследования, на консультацию к терапевту в связи с выявленной дислипидемией направлены 3 человека, эндокринологической дисфункцией – 2 человека, с подозрением на заболевания сердечно-сосудистой системы – 22 человека. При оценке результатов, полученных при проведении «пилотного проекта», по сравнению с результатами программы «Целевая диспансеризация мужского населения» за июль – декабрь 2012 г. получены следующие данные (*см. таблицу*). Таким образом, результаты проведенного «пилотного проекта» позволили сделать следующие выводы:

- проведение анкетирования позволило выявить пациентов с патологией мочеполовой системы на ранних стадиях заболевания;
- проведенное клинико-лабораторное обследование в рамках выявления урологической патологии позволило диагностировать сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, эндокринологические дисфункции и метаболические нарушения;
- результаты выявления заболеваний мочеполовой сферы у мужчин (в т. ч. рака простаты) в рамках «пилотного проекта» сопоставимы с результатами программы «Целевая диспансеризация мужского населения», действовавшей до июля 2013 г.

А.Ю. Кобышев

В настоящее время в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения РФ от 03.12.2012г. №1006 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» предусматривается проведение диспансеризация населения в возрасте от 21 года с интервалом 1 раз в три года.

Первый этап диспансеризации включает проведение анкетирования пациента. Анкета состоит из 43 вопросов, из которых только 3 могут указывать на возможную урологическую патологию, связанную с расстройствами функций нижних мочевых путей. При анкетировании взрослого населения в рамках диспансеризации отсутствуют вопросы, способствующие выявлению воспалительных заболеваний мочеполовой системы, эректильной дисфункции и онкологической патологии.

Программа диспансеризации предусматривает направление на обязательный медицинский осмотр к врачу-урологу только мужчин в возрасте от 51 года. Урологический осмотр женщин при проведении данной диспансеризации не предусмотрен.

В число проводимых диагностических исследований не включено УЗИ нижних отделов мочеполовой системы. Определение простатспецифического антигена в крови мужчин в возрасте от 51 года производится один раз в три года. Все вышеуказанное снижает вероятность выявления рака предстательной железы и другой онкопатологии мочеполовой системы на ранней стадии. Результаты «Пилотного проекта» показали, что внедрение дополнительного анкетирования может позволить выявить более широкий спектр урологической патологии на ранних сроках заболевания.

Таблица. Результаты программы «Целевая диспансеризация мужского населения» за июль – декабрь 2012 г.

Диагноз	«Целевая диспансеризация мужского населения» июль – декабрь 2012 г.	«Пилотный проект» июль – декабрь 2013 г.
Аденома предстательной железы, n	194	205
Простатит, n	75	81
Рак предстательной железы, n	18	15

Об Аттестационной комиссии Департамента здравоохранения города Москвы

(Приложение №1 к приказу Департамента здравоохранения г. Москвы от 03.12.2013 № 1174)

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

Аттестационная комиссия Департамента здравоохранения г. Москвы осуществляет свою деятельность по присвоению квалификационных категорий медицинским и фармацевтическим работникам (далее – специалистам) на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 апреля 2013 г. № 240н «О порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории» (вступил в силу с 4 августа 2013 г.). Аттестационная комиссия в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента РФ, постановлениями и распоряжениями Правительства РФ, ведомственными нормативными правовыми актами, нормативными правовыми актами органов государственной власти субъектов РФ и настоящим Положением.

Цель аттестации специалистов с медицинским и фармацевтическим образованием на присвоение квалификационной категории – стимулировать рост повышения квалификации специалиста, улучшение подбора, расстановки и использования кадров в системе здравоохранения, повышение персональной ответственности за выполнение профессиональных и должностных обязанностей.

Кто может получить категорию?

1. Аттестационная комиссия Департамента здравоохранения г. Москвы обеспечивает процесс получения квалификационных категорий специалистами медицинских организаций государственной системы здравоохранения г. Москвы, учреждений ведомственного подчинения (по согласованию), не имеющих в своем составе аттестационных комиссий, частных медицинских структур.

2. Медицинские и фармацевтические работники, состоящие в трудовых отношениях с учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения Российской Федерации, проходят аттестацию в Центральной аттестационной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Что включают в себя квалификационные процедуры получения категорий?

Оценки соответствия профессиональных знаний и навыков специалистов включают написание отчета о проделанной работе, заключение эксперта по представленному отчету, тестовые задания, собеседование по аттестуемой специальности (квалификационный экзамен) и итоговое заключение по присвоению квалификационной категории, утверждаемой приказом Департамента здравоохранения г. Москвы.

Кто входит в Аттестационную комиссию Департамента здравоохранения г. Москвы?

Экспертные группы, соответствующие специальностям, по которым проводится квалификационный экзамен.

Состав Аттестационной комиссии Департамента здравоохранения г. Москвы:

- председатель Аттестационной комиссии Департамента здравоохранения г. Москвы – профессор Л.Г. Костамарова
- заместитель председателя – Т.Р. Мухтасарова
- заместитель председателя – профессор Н.А. Малышев
- ответственные секретари – И.П. Ипатова, И.Е. Сокорева, И.М. Солдатова
- члены аттестационной комиссии

Экспертные группы по специальностям имеют аналогичную структуру:

- председатель экспертной комиссии по урологии – главный внештатный специалист по урологии Департамента здравоохранения г. Москвы, член корреспондент РАМН, профессор, д.м.н. А.А. Камалов
- заместитель председателя – к.м.н., врач-уролог высшей категории В.И. Борисик
- секретарь – к.м.н. А.А. Дударева
- члены экспертной группы.

А.А. Дударева

Правила присвоения квалификационных категорий медицинским и фармацевтическим работникам Аттестационной комиссией Департамента здравоохранения г. Москвы

Квалификационные требования

1. Аттестация на присвоение квалификационной категории является добровольной и проводится аттестационной комиссией по трем квалификационным категория: вторая, первая, высшая.

1. Квалификационные категории присваиваются специалистам с высшим медицинским, фармацевтическим, средним профессиональным образованием и специалистам с немедицинским образованием, занимающим должности в медицинских организациях в соответствии с действующими нормативными актами, имеющим достаточный уровень теоретической подготовки и практических навыков, соответствующий квалификационным характеристикам специалистов, и стаж работы по специальности.

В стаж по специальности для получения квалификационной категории засчитывается только работа по данной специальности после получения сертификата специалиста.

Интернатура и ординатура относятся к формам последипломного обучения и в стаж работы по специальности не засчитываются.

Квалификационная категория, присвоенная по результатам квалификационного экзамена, действительна в течение пяти лет со дня издания приказа Департамента здравоохранения г. Москвы о ее присвоении

Специалист имеет право получить квалификационную категорию как по основной специальности, так и по совмещаемой специальности при наличии у аттестуемого действующего сертификата по данной специальности. Специалисты могут претендовать на присвоение более высокой квалификационной категории не ранее чем через три года со дня издания распорядительного акта о присвоении категории.

Аттестации на присвоение квалификационной категории подлежат только медицинские работники, имеющие Российское гражданство.

Квалификационные категории, полученные специалистами в иностранных государствах (в т. ч. Белоруссии), оплате не подлежат.

После года работы в медицинской организации специалист может подать документы на присвоение квалификационной категории, при этом учитывается стаж работы по специальности в учреждениях иностранных государств (стран СНГ).

Квалификационные категории, присвоенные специалистам до вступления в силу приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 апреля 2013 г. № 240н «О порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории», сохраняются в течение срока, на который они были присвоены.

Женщинам, находящимся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им воз-

раста трех лет, сохраняется и оплачивается квалификационная категория в течение одного года после выхода на работу.

Для оформления продления срока действия квалификационной категории, срок действия которой закончился во время отпуска по уходу за ребенком, необходимо подать в экспертную группу по специальности личное заявление о продлении категории, приложив к нему копию свидетельства о рождении ребенка и копию имеющегося квалификационного удостоверения. По истечении года работы они могут ее подтвердить с предоставлением отчета о работе по специальности за указанный период.

Квалификационная документация

Специалисты, изъявившие желание получить (подтвердить) квалификационную категорию, представляют в аттестационную комиссию:

• заявление специалиста на имя председателя аттестационной комиссии, в котором указывается квалификационная категория, на которую он претендует, наличие или отсутствие ранее присвоенной квалификационной категории, дату ее присвоения, личная подпись специалиста, дата, а также сведения о согласии на обработку персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152ФЗ «О персональных данных»;

• заполненный в печатном виде Аттестационный лист, включающий характеристику профессиональной деятельности и компетентности специалиста, заверенную подписью руководителя и отдела кадров (с расшифровкой Ф.И.О.) и печатью учреждения (приложение – образец аттестационного листа). Руководитель и отдел кадров медицинской организации несут персональную ответственность за достоверность предоставляемой в аттестационном листе информации;

• отчет о профессиональной деятельности специалиста, согласованный с руководителем организации и заверенный ее печатью, включающий анализ профессиональной деятельности за последние три года работы – для специалистов с высшим профессиональным образованием и за последний год работы – для работников со средним профессиональным образованием с их личной подписью. Отчет должен содержать выводы специалиста о своей работе, предложения по улучшению организации оказания и качества медицинской помощи населению. Отчет должен содержать достоверные данные в описании работ, выполненных специалистом, рационализаторских предложений, патентов. При отказе руководителя медицинской организации в согласовании отчета о профессиональной деятельности специалиста, руководитель выдает письменное разъяснение причин отказа, которое прилагается к остальной экзаменационной документации. Если специалист в отчетный период менял место работы, то предоставляется либо два отчета по каждому учреждению, либо один отчет, утвержденный руководителями обеих организаций;

• копии документов об уровне образования, последипломном образовании (диплом, удостоверение, свидетельства, действующий сертификат специалиста по аттестуемой специальности, трудовая книжка, заверенные в установленном порядке). При необходимости могут быть запрошены дополнительные документы;

• в случае смены фамилии, имени, отчества – копия документа, подтверждающего факт смены фамилии, имени, отчества;

• подлинник и копию удостоверения о присвоении квалификационной категории (при наличии) или копию приказа о присвоении квалификационной категории.

Квалификационная документация представляется в экспертную группу непосредственно специалистом.

В целях сохранения ранее присвоенной квалификационной категории специалист направляет квалификационную документацию в аттестационную комиссию не позднее четырех месяцев до окончания срока действия квалификационной категории. При направлении экзаменационной документации позднее указанного срока дата квалификационного экзамена может быть назначена после окончания срока действия квалификационной категории.

• по результатам рассмотрения квалификационной документации председатель экспертной группы определяет членов экспертной группы для рецензирования отчета о профессиональной деятельности.

Квалификационное тестирование

• тестирование специалиста с использованием системы компьютерных квалификационных тестов предусматривает выполнение тестовых заданий, соответствующих специальности и заявленной квалификационной категории;

• тестирование признается пройденным специалистом при условии не менее 70 % правильных ответов на тестовые задания;

• тестовые задания утверждаются председателями экспертных групп, корректировка тестовых заданий осуществляется не реже одного раза в 3 года.

Собеседование

• дата проведения собеседования по специальности, заявленной в квалификационной документации, назначается председателем экспертной группы. Секретарь экспертной группы уведомляет специалиста о дате и времени заседания;

• собеседование предусматривает опрос специалиста членами экспертной группы по теоретическим и практическим вопросам, соответствующим специальности, заявленной в квалификационной документации.

Экспертная группа аттестационной комиссии на заседании принимает одно из следующих решений:

• присвоить вторую квалификационную категорию;

• повысить вторую квалификационную категорию с присвоением первой;

• повысить первую квалификационную категорию с присвоением высшей;

• подтвердить присвоенную ранее квалифицированную категорию;

• снять первую (высшую) квалификационную категорию с присвоением более низкой квалификационной категории;

• лишить квалификационной категории (второй, первой, высшей);

• перенести сроки аттестации;

• отказать в присвоении квалификационной категории.

При лишении, понижении или отказе в присвоении более высокой квалификационной категории в индивидуальном протоколе специалиста указываются причины, по которым экспертная группа аттестационной комиссии приняла соответствующее решение.

Оценка квалификации специалиста принимается открытым голосованием при наличии на заседании не менее 2/3 числа членов экспертной группы аттестационной комиссии. Решение принимается большинством голосов. При равенстве голосов решение считается принятым в пользу специалиста.

При принятии решения о присвоении квалификационной категории специалисту, являющемуся членом аттестационной комиссии, последний не участвует в голосовании.

Решение Координационного комитета аттестационной комиссии о присвоении квалификационных категорий

Заседание аттестационной комиссии назначается в срок, не превышающий трех месяцев с момента регистрации квалификационной документации.

На заседании Координационного комитета аттестационной комиссии рассматриваются индивидуальные результаты аттестации специалистов экспертными группами и принимаются итоговые решения о присвоении квалификационных категорий специалистам. Квалификационные листы заверяются председателем, ответственным секретарем аттестационной комиссии и всеми членами Координационного комитета.

Проект приказа о присвоении квалификационной категории готовится ответственным секретарем аттестационной комиссии на основании ее решения. В течение одного месяца издает приказ Департамента здравоохранения о присвоении специалисту квалификационной категории.

В течение недели со дня издания приказа о присвоении квалификационной категории ответственный секретарь аттестационной комиссии оформляет документ (удостоверение утвержденного образца) о получении квалификационной категории, который подписывается председателем аттестационной комиссии, руководителем Департамента здравоохранения г. Москвы и заверяется печатью.

Права аттестуемого специалиста

Документ (удостоверение) о присвоении квалификационной категории выдается специалисту при предъявлении документа, удостоверяющего личность получателя. Факт выдачи документа о присвоении квалификационной категории заносится в журнал регистрации.

В случае утери документа о присвоении квалификационной категории на основании письменного обращения специалиста на имя председателя аттестационной комиссии в течение месяца выдается дубликат. При его оформлении на левой стороне пишется слово «Дубликат».

Квалификационная документация, копии приказов о присвоении квалификационных категорий и иных организационно-распорядительных документов, касающихся работы аттестационной комиссии, передаются на хранение в Объединенный медицинский архив Департамента здравоохранения, где они хранятся в течение 5 лет, после чего подлежат уничтожению в соответствии с установленным порядком.

Специалист имеет право ознакомиться с представленными на него в аттестационную комиссию документами.

Специалист имеет право претендовать на присвоение более высокой квалификационной категории не ранее чем через три года со дня издания приказа о присвоении квалификационной категории.

Решения аттестационных комиссий в тридцатидневный срок со дня их вынесения могут быть обжалованы посредством направления заявления с обоснованием причин несогласия на имя руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы, а также в Координационный комитет аттестационной комиссии.

В конфликтных случаях работник может обжаловать решение аттестационной комиссии в соответствии с законодательством РФ.

Информация (справка, выписка из протокола и др.) о специалистах, получивших квалификационную категорию, может быть выдана по письменному обращению самого специалиста или запросу правоохранительных органов.

Приказом от 01.10.2012 №1053 руководителем Департамента здравоохранения г. Москвы утвержден новый состав экспертной группы по аттестации врачей по специальности «Урология». За этот период аттестованы 142 врача-уролога, присвоена высшая квалификационная категория – 83, первая – 13, вторая – 46 специалистам.

Полную информацию о нормативных актах по аттестации специалистов можно получить на сайте Департамента Здравоохранения г. -Москвы mosgorzdrav.ru

«...»

Информацию о датах проведения Аттестационной комиссии по урологии можно узнать на сайте glavurolog.msk.ru

Учиться, учиться, учиться всю жизнь…

Сегодня ни у кого не вызывает сомнения, что непрерывное медицинское образование (НМО) – это процесс, включающий такие элементы, как оценка индивидуальной профессиональной практики врача с последующей проверкой приобретенных навыков и знаний. Профессиональная подготовка врача, с одной стороны, является индикатором состояния здравоохранения в целом, а с другой – отражает престиж профессии врача.

Прогресс знаний – это постоянный пересмотр предыдущих точек зрений.
Жан Пиаже

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

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

Л.А. Ходырева

Медицинское последипломное образование превратилось в единую государственную систему в нашей стране в 1964 г. В 1965 г. все институты усовершенствования врачей были переданы Минздраву СССР, а в 1968 г. была введена интернатура.

Поиск оптимальной модели врачебной подготовки привел в конце 90-х гг. XX века к признанию необходимости непрерывного медицинского последипломного образования, что выразилось в изменении парадигмы от «образование на всю жизнь» на «образование через всю жизнь».

Медицинское последипломное образование можно разделить на несколько видов:

- Получение основной специальности (интернатура, клиническая ординатура, аспирантура).
- Повышение квалификации (усовершенствование).
- Профессиональная переподготовка.
- Самообразование.

Получение основной специальности

Федеральным законом от 22.08.1996 № 125 «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» определено, что для лиц, завершивших обучение в медицинском высшем учебном заведении, основанием для занятия ими должностей является годичная последипломная подготовка (интернатура), подтверждаемая удостоверениями установленного образца, или клиническая ординатура и аспирантура.

Повышение квалификации

Медицинское последипломное образование в виде повышения квалификации (усовершенствования) — это обновление теоретических и практических знаний по уже приобретенной специальности.

Постановлением Правительства РФ № 610 от 26.06.95 «Об утверждении Типового положения об образовательном учреждении дополнительного образования (повышения квалификации) специалистов» утверждено, что последипломное образование в виде повышения квалификации проводится по мере необходимости, но не реже одного раза в пять лет.

Медицинское последипломное образование на данном уровне проходит в виде циклов общего или тематического усовершенствования и подтверждается документами:

- удостоверением о повышении квалификации — для врачей, прошедших краткосрочное обучение или участвовавших в работе тематических и проблемных семинаров по программе в объеме от 72 до 100 часов;
- свидетельством о повышении квалификации — для слушателей, прошедших длительное обучение по программе в объеме свыше 100 часов.

Профессиональная переподготовка

Профессиональная переподготовка специалистов является еще одним видом медицинского последипломного образования и проводится на основании установленных квалификационных требований к конкретным профессиям.

Нормативный срок прохождения профессиональной переподготовки должен составлять более 500 часов. В конце обучения пишется дипломная работа и сдается государственный итоговый экзамен, вручается диплом о профессиональной переподготовке, который удостоверяет право (соответствие квалификации) специалиста на ведение профессиональной деятельности в определенной сфере.

Исторически сложилось так, что модель учебы в рамках НМО рассматривается большинством врачей как дополнительная и/или обязательная нагрузка к их повседневной работе, а основная стратегия образовательных технологий НМО направлена на поддержание базисного уровня знаний. При этом традиционном подходе к образовательному последипломному пространству в основном оценивают приобретенные врачами знания, а не профессиональные компетенции, востребованные практикой здравоохранения.

Однако до настоящего времени традиционное последипломное непрерывное медицинское профессиональное образование в России как система получения знаний отстает от реальных потребностей современной медицинской науки и требований международной практики, поэтому считается, что в этой области назрела необходимость существенных перемен.

> «…»
>
> ***В конце 90-х годов XX века была признана необходимость непрерывного медицинского последипломного образования, что выразилось в изменении парадигмы от «образование на всю жизнь» на «образование через всю жизнь»***

Самообразование

Перманентное самообразование является ключевым моментом медицинского последипломного образования. Именно регулярные самостоятельные усилия (в идеале — ежедневные), а не прохождение, раз в пятилетку циклов усовершенствования, служат залогом профессиональной компетентности.

Более того, невозможно оказывать качественную медицинскую помощь, не будучи в курсе последних достижений медицинских знаний.

К сожалению, исследования в сфере как образования, так и здравоохранения фиксируют негативные процессы в уровне оценки профессиональных качеств практикующих врачей.

«Концепция обучения человека в течение всей его профессиональной жизни» стала одной из основных доктрин организации и развития профессионального образования во второй половине XX – начале XXI веков.

В настоящее время все развитые государства мира реализуют программы непрерывного профессионального образования, т.е. обучение на протяжении всей жизни – life-long learning.

В повседневную практику врача приходят новые высокие технологии, требующие для их эффективного использования новых знаний и навыков, арсенал лекарственных средств исчисляется тысячами. Поток медицинской информации напоминает лавину. В настоящее время число издаваемых медицинских журналов достигает 2 000. Компьютер и интернет в руках врача стали необходимыми инструментами в повседневной практике. Медицинский мир использует язык и принципы доказательной медицины. В этих условиях становиться очевидным, что современному врачу уже недостаточно знаний, усвоенных на студенческой скамье, полученных в ординатуре или аспирантуре. Подготовка врача должна быть

непрерывной и соответствовать запросам современного здравоохранения. Сегодня мировое научное сообщество предложило новые, эффективные методы обучения. В настоящее время общество интересуют не только потраченные часы и время на обучение, но и приобретенные профессиональные навыки и знания, которые должны быть качественными, разносторонними, основанными на современных технологиях непрерывного обучения.

«...»

Eric R. Korb в 1998 г. зарегистрировал термин «webinar», что впоследствии было оспорено компанией InterCall, которая владеет этой торговой маркой на сегодняшний день

В июне 1997 г. в итальянском городе Болонья была подписана декларация, которая предусматривала создание к 2010 г. гармонизированного общеевропейского образовательного пространства. А в 2009 г. на конференции министров высшего образования европейских стран в Берлине Россия присоединилась к Болонской декларации.

Болонская декларация предусматривает решение нескольких задач:

- Формирование системы зачетных единиц (кредитов).
- Создание единой системы, контролирующей качество образования.
- Введение единого общеевропейского приложения к диплому.
- Создание условий для свободного обмена студентами и специалистами.
- Возможность перехода на двухступенчатую модель обучения в вузах, бакалавр – магистр.

Высшая медицинская школа разработала основные стратегические подходы к реализации процессов непрерывного обучения врачей. В первую очередь в этом плане следует выделить две модели: обучающую и оценочную. Если обучающие программы позволяют повысить уровень клинической компетентности, но не выявляют врачей с низкими показателями профессиональной деятельности, то программы оценочной модели позволяют оценить и подтвердить профессиональную квалификацию врача.

Социологическое исследование, проведенное сотрудниками Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» совместно с кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», показало, что состояние организации медицинской помощи населению и ее качество являются тем фоном, который отражает уровень квалификации врача.

В ходе исследования было установлено, что каждый четвертый врач и каждый третий преподаватель медицинского вуза заявляли о неудовлетворительной подготовке медицинских кадров, недостаточности профессионального роста, а 2/3 респондентов отметили неудовлетворенность качеством и доступностью медицинской помощи.

К основным причинам снижения качества медицинского образования были отнесены:

- низкий уровень оснащенности учебного процесса;
- снижение образовательного уровня абитуриентов;
- недостаточная клиническая профессиональная подготовка врача;
- низкая мотивация врачей к повышению профессионального уровня.

Для обучения квалифицированных практикующих врачей необходимо использовать инновационные методики, такие как интегрированное обучение (например, во время клинических обходов) или короткие курсы тематического усовершенствования с применением, в частности, дистанционных методов обучения, а также семинары, научно-практические школы и вебинары, что, действительно, позволит улучшить знания, навыки и практику врачей.

За последние несколько лет, вебинары (webinar) вошли в число средств дистанционного обучения. Они используются для повышения квалификации, достижения маркетинговых целей и для обучения в рамках среднего и высшего образования.

Первоначально возникло понятие семинар, берущее начало еще со времен первых школ Рима и Греции как метод обучения, основанный на взаимодействии обеих сторон: преподавателя и аудитории, обмена мнениями и информацией в процессе работы. Вебинар – это семинар в процессе эволюции.

- В 1957 г. правительство США, опасаясь войны с Россией, принимает решение о необходимости создания надежной системы, передающей информацию. DARPA предлагает провести разработку компьютерной сети.
- В 1969 г. появилась ARPANET – родоначальница компьютерных сетей. Объединив компьютеры четырех университетов-создателей, она начала свое активное развитие в качестве средства информационного обмена между учеными из различных областей науки.
- В 1971 г. создана программа для передачи электронных сообщений, электронная почта.
- В 1973 г. сеть становится международной посредством связи через трансатлантический телефонный кабель.
- В 1988 г. создана IRC – система общения посредством текста в режиме реального времени. Данную систему разработал финский студент Jarkko Oikarinen.
- В 1990 г. Тим Бернерс-Ли сотрудник CERN (Европейский центр ядерных исследований) публикует описание технологии WWW (World Wide Web).
- В конце 1990 г. история вебинаров ознаменована появлением первых веб-страниц.
- Eric R. Korb в 1998 г. зарегистрировал термин «webinar», что впоследствии было оспорено компанией InterCall, которая владеет этой торговой маркой на сегодняшний день. Западные компании при обучении в 25 % случаев использовали web-семинары в 2006 г., а в 2007 г. процент использования вебинаров вырос в два раза.

Вебинары появились не так давно, но их использование настолько интенсивно, что уже сейчас накоплено огромное количество инструментов и средств, которые могут быть использованы при проведении дистанционного обучения с их использованием.

Крайне эффективным средством проведения вебинаров являются голосования и опросы, позволяющие в реальном времени собрать информацию от слушателей по тому или иному вопросу.

Многие из программных продуктов и сервисов, предназначенных для проведения вебинаров поддерживают большинство существующих на сегодня мобильных устройств (iOS, Android, BlackBerry и т.п.).

Пользователям вебинаров предоставляется возможность записи вебинаров, в которых они участвуют, чтобы впоследствии они могли их повторно просмотреть.

Вебинары могут быть использованы для проведения виртуальных лекций с возможностью взаимодействия всех участников дистанционного обучения; проведения кратковременных семинаров; проведения опросов; выступления с докладами и защиты выполненных работ; презентации продуктов и услуг коммерческими компаниями; проведения тренингов; организации коллективной работы.

Обучение, проводимое с использованием вебинаров, имеет свои характерные особенности, которые обязательно необходимо учитывать при проведении обучения. К таким характерным особенностям следует отнести:

- сложность контроля поведения слушателя дистанционного обучения, вплоть до определения его присутствия на вебинаре (может включить компьютер и уйти);
- отсутствие непосредственного визуального контакта между преподавателем и слушателями;
- недостаточная подготовка слушателей для пользования программным обеспечением с помощью которого проводится вебинар;
- высокие требования к технической инфраструктуре (в первую очередь к пропускной способности каналов передачи данных);
- большее время, требующееся на взаимодействие по сравнению с традиционным очным обучением.

В настоящее время Главный уролог Москвы и организационно-методический отдел по урологии при поддержке Департамента здравоохранения г. Москвы расширяют возможности НМО, и с марта 2014 г. начинается проведение вебинаров по актуальным вопросам урологии в виде лекций, тренингов, разборов клинических случаев, прямых трансляций операций в режиме *on-line*, с последующим тестированием врачей урологов и предоставлением им сертификатов.

Большую помощь и поддержку в реализации программ по непрерывному образованию оказывают фармакологические фирмы и особенно фирма Astellas Pharma, Япония.

«...»

Вебинары – это семинары в процессе эволюции. Они появились недавно, но эта практика настолько широко применяется, что уже сейчас накоплено огромное количество инструментов и средств, которые используются при проведении дистанционного обучения

Фирма Astellas Pharma Europe B.V. является партнером и главным спонсором многих урологических зарубежных и российских форумов, съездов, конгрессов. Компания активно поддерживает развитие непрерывного образования в урологической среде, что способствует укреплению и развитию профессиональных знаний амбулаторных и стационарных врачей. Важность этого процесса не вызывает сомнений. Благодаря современным тенденциям старинная пословица «век живи – век учись» обрела новый смысл – прямой и буквальный.

Проведение обучающих программ различных форматов, мы надеемся, повысит как уровень образования наших врачей урологов, так и уровень оказываемой ими специализированной медицинской помощи населению г. Москвы. Дорогие друзья, учиться, учиться и еще раз учиться!

Состояние урологической службы Северо-Кавказского федерального округа

Общество урологов Северо-Кавказского федерального округа (СКФО) существует с марта 2010 г., с того времени, когда эта территория, включающая Ставропольский край и шесть республик: Кабардино-Балкарию, Карачаево-Черкессию, Чеченскую республику, Дагестан, Ингушетию, Северную Осетию-Аланию, стала единым федеральным субъектом. За это время было проведено три съезда Общества, множество других образовательных мероприятий, создана и запущена в эфир телевизионная программа «Территория здоровья».

Т.И. Деревянко
д.м.н., профессор, председатель Правления Общества урологов СКФО

В марте 2010 г. на объединенном собрании было официально создано Общество урологов Северо-Кавказского федерального округа. Председателем его был избран А.А. Третьяков, ученым секретарем – Н.И. Рязанцев. Пост заместителя председателя заняла я, на тот момент председатель Общества урологов Ставропольского края. В Правление вошли председатели Обществ урологов республик, входящих в Северо-Кавказский федеральный округ (республика Ингушетия – О.А. Яндиев, к.м.н., доцент, председатель общества урологов; республика Дагестан – М.Г. Арбулиев, председатель общества урологов, А.П. Азизов, д.м.н., профессор, член правления; республика Кабардино-Балкария – З.И. Кильчуков, к.м.н., председатель общества урологов; республика Карачаево-Черкессия – М.А. Узденов, к.м.н., председатель общества урологов; Чеченская республика – Б.В. Мовсаров, председатель общества урологов; республика Северная Осетия-Алания – Ф.Б. Фидаров, д.м.н., профессор, председатель общества урологов).

До момента организации объединенного Общества урологов Северо-Кавказского федерального округа на территории Ставропольского края и каждой из республик существовали и активно функционировали территориальные объединения как субъекты Российского общества урологов. Велась активная общественно- профессиональная работа среди специалистов региона.

С момента объединения работа пошла активнее, особое внимание стало уделяться территориальной (аридной) патологии – мочекаменной болезни и врожденным аномалиям развития органов мочеполовой системы у жителей Северного Кавказа.

На настоящий момент были проведены три съезда урологов Северо-Кавказского федерального округа (первый – в г. Ставрополе в 2011 г., второй – в г. Пятигорске в 2012 г., третий – в г. Есентуки в 2013 г.). 13 сентября 2013 г. состоялась третья конференция, посвященная проблемам мочекаменной болезни в регионе, которая одновременно являлась и отчетно-перевыборной. На ней утвержден новый состав правления и кандидатура нового председателя Общества урологов Северо-Кавказского федерального округа. Им стала я, Деревянко Татьяна Игоревна, д.м.н, профессор, заведующий кафедрой урологии, детской урологии-андрологии с курсом рентгенологии Ставропольского государственного медицинского университета.

Съезды проводятся с участием ведущих урологов Северного Кавказа и приглашенных известных деятелей научно-практической урологии России. За время существования Общества урологов Северо-Кавказского федерального округа в этих мероприятиях участвовали: А.А. Камалов, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАМН, главный уролог Москвы; Н.К. Дзеранов, д.м.н., профессор; В.В. Борисов, д.м.н., профессор; Х.С. Ибишев, д.м.н., профессор; Е.И. Велиев, д.м.н., профессор; З.К. Гаджиева, д.м.н.; С.Л. Манкеев, к.м.н.; О.Б. Жуков, доцент; Т.С. Перепанова, д.м.н., профессор; С.Д. Дорофеев, д.м.н., профессор; Э.К. Яненко, д.м.н., профессор; А.З. Винаров, д.м.н., профессор; В.Л. Медведев, д.м.н., профессор, главный уролог ЮФО; С.Н. Калинина, д.м.н., профессор и многие другие.

На этих мероприятиях поднимаются и активно обсуждаются наиболее актуальные для врачей региона урологические и андрологические вопросы. Путем обмена мнениями находятся совместные решения основных проблем урологической службы Северного Кавказа, что в целом, по мнению главных специалистов республик, уже позитивно влияет на ее состояние.

Многие конференции Общества урологов Северо-Кавказского федерального округа проходят с участием врачей других специальностей: эндокринологов, гинекологов, нефрологов, учитывается тематика мероприятия и целесообразность междисциплинарного диалога в обсуждении урологических и андрологических проблем.

Ежеквартально проводятся мастер-классы и видеоконференции по эндоурологии и другим актуальным современным направлениям.

Территория Северо-Кавказского федерального округа, особенно Кавказские Минеральные Воды, не раз являлась гостеприимной площадкой для проведения всероссийских урологических форумов по программе РОУ. Первый съезд андрологов России (2000 г.), III Российский конгресс «Мужское здоровье» (2007 г.), V Российский конгресс «Мужское здоровье» с международным участием (2009 г.), Пленум Правления РОУ (сентябрь 2011 г.) прошли в Кисловодске. Члены правления Общества урологов Северо-Кавказского федерального округа принимали участие в их организации и проведении.

Кафедра Урологии, детской урологии-андрологии с курсом рентгенологии СтГМУ организует постоянное непрерывное последипломное образование врачей региона по специальностям: «Урология» и «Детская урология-андрология», проводя выездные циклы усовершенствования в республиках Северного Кавказа и принимая специалистов на своих клинических базах. Кстати, одной из них является Центр Охраны Мужского Здоровья в г. Ставрополе. Это государственное бюджетное медицинское учреждение амбулаторного типа, иными словами, долгожданная «мужская консультация».

Наличием такого урологического учреждения может похвастаться далеко не каждый регион России. Здесь, совместно с урологами проблемы мужского здоровья решают врачи смежных специальностей: эндокринологи, лабораторные диагносты, сексопатологи, кардиологи и др.

Общество урологов Северо-Кавказского федерального округа активно занимается общественно-просветительской деятельностью. Была создана телевизионная программа «Территория здоровья», которая дважды в неделю выходит на эфирном канале РЕН-Ставрополь и транслируется на весь Северо-Кавказский федеральный округ. Желающие могут найти выпуски на YOU TUBE в свободном доступе под названием «Территория здоровья РЕН-Ставрополь». Этот проект посвящен не только вопросам мужского здоровья, но и различным урологическим проблемам. В ней так же освещаются вопросы экстрагинетальной патологии и репродукции с учетом особенностей Северокавказского региона. «Территория здоровья» имеет высокие рейтинги.

Сегодня общество объединяет около 200 врачей-урологов Северного Кавказа, 11 из которых являются членами Правления РОУ. Многие, включая и молодых специалистов, активно участвуют в научно-практических мероприятиях РОУ в качестве докладчиков, модераторов секций и участников мастер-классов, а также работают в оргкомитетах этих мероприятий.

Общество урологов Северо-Кавказского федерального округа является консолидирующей организацией для всех практикующих специалистов региона. А в целом его деятельность направлена на внедрение новых технологий, что способствует повышению общего уровня урологической службы Северного Кавказа.

«...»

Общество урологов Северо-Кавказского федерального округа является консолидирующей организацией для всех практикующих специалистов региона

Микрохирургия в урологии

Микрохирургия – это эффективный и высокотехнологичный метод, хорошо зарекомендовавший себя не только в пластической и реконструктивно-восстановительной хирургии, а практически во всех смежных хирургических специальностях (общая хирургия, травматология, гинекология, кардиохирургия, нейрохирургия, офтальмология и урология). Микрохирургические вмешательства являются неотъемлемой частью оперативной урологии и продолжают активно развиваться.

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

М.М. ЭХОЯН,
врач-уролог ГКБ №31

В.Н. МАМЕДОВ,
клинический ординатор кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова

Развитие микрохирургии в нашей стране неразрывно связано с именем выдающегося отечественного хирурга — Виктора Соломоновича Крылова, который в 1973 г. организовал первую в стране экспериментально-клиническую лабораторию по микрососудистой хирургии при Всесоюзном НИИ клинической и экспериментальной хирургии, отделение микрохирургии сосудов Научного центра хирургии АМН СССР, первым в СССР выполнил микрохирургические вмешательства. Продолжателем дела микрохирургии, ее популяризацией и развитием в нашей стране является академик РАМН, профессор Николай Олегович Миланов, заведующий кафедрой пластической хирургии ФППОВ ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, создавший профессиональную ассоциацию микрохирургов в 1990 г. и общество пластических хирургов в 1994 г.

Развитие микрохирургии в мире началось с построения прибора типа микроскопа Zachariah Jacnseen в 1590 г. В клинике впервые простой бинокулярный микроскоп применил для лечения хронического отита шведский профессор — отоларинголог К. Нилен осенью 1921 г. В дальнейшем микрохирургический метод пересадки лоскутов был разработан R.M. Goldwin, D.L. Lamb, W.L. White в 1963 г. и впервые применен в 1972 г. K. Harri, K. Ohmari, S. Ohmari. Для выполнения одномоментной фало- и уретропластики впервые свободный кожно-фасциальный лоскут из тканей предплечья был применен в Китае в 1978 г.

Впервые микрохирургический метод пластики функционально активного неофаллоса разработали в 1995 г. Н.О. Миланов и Р.Т. Адамян с помощью реваскуляризируемого и реиннервируемого торакодорзального аутотрансплантата. И тогда же ими была разработана и впервые успешно осуществлена изолированная уретропластика с использованием лучевого лоскута у пациента с транссексуализмом, «ядерной» формой женского транссексуализма (смена пола с женского на мужской).

Благодаря многолетнему и плодотворному сотрудничеству сотрудников кафедры урологии МГУ им. М.В. Ломоносова и сотрудников кафедры пластической хирургии №1 ММА им. И.М. Сеченова накоплен громадный опыт реконструктивно-пластических, восстановительных операций на урогенитальной зоне с использованием микрохирургической технологии. В настоящее время с появлением соответствующего оборудования микрохирургические методы в лечении пациентов с врожденными и приобретенными заболеваниями мочеполовой системы успешно внедряются в отделении урологии ГКБ №31. Основное отличие данного направления – это использование операционного микроскопа, специальных инструментов и супертонкого шовного материала. Микрохирургия – это эффективный и высокотехнологичный метод, хорошо зарекомендовавший себя не только в пластической и реконструктивно-восстановительной хирургии, но практически во всех смежных хирургических специальностях (общей хирургии, травматологии, гинекологии, кардиохирургии, нейрохирургии, офтальмологии и урологии).

Благодаря введению в урологию высокотехнологичных методов микрохирургии, появилось целое направление – реконструктивно-восстановительная урология, что позволило оказывать помощь даже неоперабельным, с позиции классической урологии, пациентам. Эффективность микрохирургических операций основана на двух очень важных аспектах:

- прецизионность, т. е. выполнение операций с использованием операционного микроскопа под многократным увеличением, что позволяет максимально деликатно обращаться с тканями и выполнять операцию топографически грамотно, используя специальные инструменты и шовный материал (8/0–11/0);

- микрохирургическая аутотрансплантация свободных лоскутов (известны и активно используются более 20 различных свободных микрохирургических лоскутов), применение которых позволяет не только перемещать хорошо васкуляризируемые ткани в зону хирургического вмешательства, но и эффективно выполнять поставленные функциональные и эстетические задачи. Преимущество также заключается в быстрой послеоперационной реабилитации, уменьшении времени нетрудоспособности больных.

Слева направо: Р.Т. Адамян, М.М. Эхоян

В отделении урологии ГКБ №31 возможно лечение таких заболеваний, как варикоцеле, мужское бесплодие вследствие обтурации семявыводящих протоков, протяженных стриктур и облитерации уретры различной этиологии.

Как известно, для лечения варикоцеле мы используем не только метод прецизионной надапоневротической перевязки вен семенного канатика, но и микрохирургическую веношунтирующую операцию, в результате которой снижается давление в системе яичковой вены (в случае явно выявленного градиента давления в системах донорских и реципиентных вен). Чаще всего в этих случаях мы используем различные разгружающие венозные анастомозы с системой эпигастральных вен.

Несмотря на значительные успехи методов всмогательных репродуктивных технологий (ВРТ), необходимость эффективного лечения мужского бесплодия при обтурационных азоспермиях различного генеза остается высоко актуальной. Микрохирургическая методика в этих случаях позволяет эффективно восстановить проходимость семявыводящих протоков (в т.ч. после вазорезекции), а наложение вазоэпидидимоанастомоза при обтурационной азоспермии в пределах придатков яичка с использованием нитей 11/0 позволяет восстановить проходимость семявыносящих путей в 40–45 % случаев. Сочетание данной микрохирургической операции с ВРТ почти вдвое повышает шанс лечения мужского бесплодия (в случаях, когда хирургическое лечение не помогло вернуть фертильность пациенту, остается возможность проведения ВРТ).

Метод микрохирургической аутотрансплантации тканей в реконструктивно-восстановительной урологии в наибольшей степени зарекомендовал себя в лечении пациентов с тотальными стриктурами и облитерациями уретры, а также в лечении пациентов с утратой полового члена. Для восстановления утраченного органа мы используем микрохирургический кожно-мышечный аутотрансплантат на основе широчайшей мышцы спины, что позволяет достичь функциональной имитации эрекции получившегося неофаллоса за счет напряжения мышечной основы лоскута.

Хорошо зарекомендовал себя метод восстановления уретры при ее протяженных стриктурах и облитерациях в сочетании с дефицитом местных тканей с помощью изолированного микрохирургического лучевого лоскута.

Таким образом, микрохирургические вмешательства являются неотъемлемой частью оперативной урологии и продолжают активно развиваться.

«...»

Впервые микрохирургический метод пластики функционально активного неофаллоса разработали в 1995 г. Н.О. Миланов и Р.Т. Адамян

Окислительный стресс и эндотелиальная дисфункция: две стороны одной медали

С.Ю. КАЛИНЧЕНКО,
профессор кафедры клинической андрологии ФПКМР РУДН, заведующая кафедрой эндокринологии ФПКМР РУДН, научный руководитель Клиники профессора Калинченко, д.м.н.

Л.О. ВОРСЛОВ,
профессор кафедры эндокринологии ФПКМР РУДН, заведующий кардиологическим отделением и главный врач Клиники профессора Калинченко, к.м.н.

И.А. ТЮЗИКОВ,
профессор РАЕ, врач уролог-андролог высшей категории Клиники «Гармония», к.м.н.

З.Ш. ПАВЛОВА,
врач андролог-эндокринолог Клиники профессора Калинченко, к.м.н.

Неуклонный рост частоты сахарного диабета (СД) и эректильной дисфункции (ЭД) в популяции современных мужчин достоверно указывает на общность патогенетических механизмов обоих заболеваний, вышедших сегодня по своей медико-социальной значимости в число лидеров.

Не вызывает сомнений факт, что заболеваемость СД и ЭД с возрастом неуклонно растет. Современные теории старения по-разному объясняют этот процесс. В частности, теория оксидативного стресса объясняет процессы клеточного старения и клеточного апоптоза чрезмерной активацией окислительных процессов, что в условиях функциональной недостаточности антиоксидантной системы стареющего организма с увеличением возраста оказывает все более негативное влияние на весь клеточный, тканевой и органный метаболизм. Именно оксидативный стресс выступает связующим звеном между ЭД, СД и старением. В настоящее время имеются уникальные препараты, корректирующие выраженность оксидативного стресса, использование которых в клинической практике позволяет эффективно влиять на процессы возрастного старения и успешно лечить возраст-ассоциированные заболевания. Среди них особая роль принадлежит α-липоевой (тиоктовой) кислоте (Эспа-липон).

Ускоренное старение населения и приобретаемый с возрастом неблагоприятный коморбидный фон достоверно повышают риск развития у современных мужчин эректильной дисфункции (ЭД), которая сегодня рассматривается как клинический симптом, а не самостоятельное заболевание с доказанной общностью патогенеза с кардиоваскулярной патологией. В свою очередь современная высокая распространенность кардиоваскулярных заболеваний, рост частоты ЭД, социальный и психологический дискомфорт современного мира обозначили эту «Mutually reinforcing triad» – «взаимно потенцирующую триаду» – главной проблемой здоровья мужчин в XXI веке. В настоящее время ЭД, согласно общепринятым воззрениям, – это полиэтиологическое органическое прогрессирующее хроническое заболевание кавернозных тел полового члена с многофакторным нейро-васкуло-гормональным патогенезом, в основе которого лежит эндотелиальная дисфункция. ЭД сегодня широко известна врачам всех специальностей как ранний маркер сердечно-сосудистых заболеваний и СД, и ее выявление должно сопровождаться обязательными тестами для каждого пациента. Проблема ЭД является междисциплинарной и не может рассматриваться в отрыве от общесоматического состояния пациента как изолированная урологическая проблема. Несмотря на то, что с возрастом частота и степень тяжести ЭД у мужчин имеет тенденцию к отягощению, возраст сам по себе не является прямым фактором риска развития ЭД (исследование MMAS, 2004). С возрастом усиливаются соматическая и эндокринологическая коморбидность, что приводит к развитию эндотелиальной дисфункции, лежащей в основе патогенеза ЭД и сердечно-сосудистых заболеваний.

Многие тысячелетия человечество задается одними и тем же вопросом: почему мы стареем? На сегодняшний день существует около 200 теорий, но наиболее аргументированными представляются эндокринная, теломеразная и теория оксидативного стресса.

Окислительный стресс – ключевой фактор возраст-ассоциированных заболеваний

Окислительный стресс – несостоятельность антиоксидантной системы организма – неизбежно возникает при нарастающем поступлении (экология, курение, консерванты) и/или нарастающем образовании *in vivo* (при инсулинорезистентности, гипергликемии, ожирении, снижении секреции половых гормонов у мужчин и женщин) свободных радикалов и преобладании окислительных реакций над восстановительными.

Образование свободных радикалов и свободно радикальные реакции – физиологический процесс: некоторые свободные радикалы (активные формы кислорода, перекиси) образуются при окислении жирных кислот и нейтрализуются антиоксидантной системой; перекисное окисление липидов – необходимый процесс обновления клеточных мембран; индукцию локального окислительного стресса иммунокомпетентные клетки используют для разрушения антигенов. Физиологичность «прекращается» при лавинообразном нарастании окислительных процессов. Классическими примерами такого «патофизиологического перехода» являются инсулинорезистентность и ожирение, гипергликемия («глюкозотоксичность») и физиологическое старение. Окислительный стресс следует рассматривать как неизбежный для каждого человека процесс – основную причину старения и возраст-ассоциированных заболеваний, в т. ч. СД и ЭД, имеющих много общих патогенетических связей, которые четко прослеживаются через призму метаболической невропатии, индуцируемой системным окислительным стрессом.

Роль окислительного стресса и метаболической невропатии в патогенезе эндотелиальной дисфункции

Оксид азота (NO) является универсальным и самым мощным вазодилататором. Следует иметь в виду, что только 10 % NO синтезируется из L-аргинина в эндотелии сосудов, 90 % NO имеет нейрональное происхождение, поэтому негативную роль любой невропатии, закономерно заканчивающейся дефицитом вазодилатирующих эффектов NO, никак нельзя игнорировать. По данным отечественных исследователей, в настоящее время независимо от этиологии ЭД практически у каждого третьего больного ЭД имеется невропатия полового члена, которая клинически не диагностируется, но является одной из ведущих причин неэффективности ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа при лечении ЭД.

Невропатия – это дистрофически-дегенеративные изменения нервной ткани, развивающиеся вследствие различных процессов, в т. ч. старения, приводящие к нарушению функции центральной, периферической (чувствительной и двигательной) и вегетативной нервных систем и гармоничной работы всех органов и систем. Невропатия затрагивает всю нервную ткань, включая рецепторы – сложные образования нервной ткани, обеспечивающие взаимодействие всех органов и систем. Независимо от своей этиологии невропатия развивается в результате нарушения энергетического обмена и окислительного стресса. Учитывая чрезвычайно высокую «тропность» окислительного стресса к нервной ткани, в задачи врача любой специальности должна входить тщательная и ранняя диагностика невропатии, ее активное лечение и профилактика, т. к. клинически вегетативная невропатия проявляется значительно раньше периферической, поэтому ее можно рассматривать как метаболическую невропатию. Вегетативная метаболическая невропатия развивается неизбежно (т. к. она всегда имеет место при физиологическом старении) и парадоксально игнорируется во врачебной практике. Препаратами первой линии терапии метаболической невропатии являются современные и эффективные антиоксиданты и нейропротекторы на основе α-липоевой кислоты (АЛК).

Клиническая фармакология α-липоевой кислоты

АЛК является дисульфидным производным октановой кислоты. Она была выделена в клетках аэробов и изначально носила название «витамин N», что подчеркивало ее незаменимость и важность для функции нервной ткани (витамины – незаменимые вещества, поступающие с пищей, N – «невро»). Однако витамином она не является по химической структуре, к тому же в небольшом количестве образуется в организме (показана способность *Escherichia coli* к синтезу этой кислоты), что не позволяет отнести ее к «абсолютно» незаменимым жирным кислотам. Тем не менее стоит отметить крайне низкое ее содержание в продуктах питания, которые мы обычно ежедневно используем.

АЛК является коферментом как минимум двух дегидрогеназных комплексов цикла трикарбоновых кислот (цикла Кребса); необходимым компонентом в рецикле основных антиоксидантов, таких как витамины Е, С, убихинон (коэнзим Q10), глутатион; веществом, непосредственно обладающим собственной антиоксидантной и липотропной активностью, т. к. способствует образованию коэнзима А, облегчает перенос ацетата из цитозоля в митохондриальный матрикс, ускоряя окисление жирных кислот и способствуя снижению липидов в плазме крови.

Структурная формула и свойства АЛК были открыты в 1951 г., в том же году были проведены ее первые клинические испытания, применение АЛК у людей начато в 1970 г.

АЛК является одновременно жиро- и водорастворимой, поэтому она может проникать в любые ткани организма, оказывая антиоксидантное действие не только вне, но и внутри клетки. Уникальные свойства АЛК позволяют использовать ее для лечения и профилактики широкого спектра заболеваний, связанных в первую очередь с периферической и центральной нервными системами. Традиционно АЛК используется в терапии диабетической полиневропатии. Однако токсическое действие свободных радикалов, приводящее к развитию невропатии и одного из ранних проявлений невропатии – нейрогенной ЭД, наблюдается не только при СД, но и при целом ряде других состояний, таких как гипогонадизм, ожирение, длительный прием лекарственных препаратов (токсическая невропатия), метаболический синдром.

При любом способе введения (внутривенном или пероральном) максимальная концентрация АЛК наблюдается в печени, миокарде, легких и почках. Ввиду отсутствия депо через 24 часа в плазме не остается АЛК (выводится с мочой). Пища значительно снижает концентрацию АЛК в плазме, в связи с чем ее необходимо принимать за 30–40 минут до еды. В России имеется несколько препаратов α-липоевой кислоты, в т. ч. Эспа-липон, который одним из первых появился на российском рынке (1995) и отлично зарекомендовал себя с позиции эффективно-

сти. Благодаря оптимальным дозировкам, наличию пероральной и инфузионной форм выпуска, немецкому качеству и доступной цене, Эспа-липон может максимально широко использоваться в современной медицине.

Патогенетическое обоснование применения Эспа-липона при лечении ЭД на фоне СД

Ключевое значение в патогенезе развития ЭД и СД имеет оксидативный стресс, приводящий к развитию дефицита АЛК как кофермента важнейших биохимических процессов. Дефицит возникает из-за того, что в отличие от других коферментов (витамины группы В, пантотеновая кислота) алиментарный способ поступления необходимых доз АЛК невозможен из-за крайне малой концентрации в продуктах.

АЛК – самый эффективный из всех известных антиоксидантов, но ее терапевтическая ценность недооценена, а показания к назначению необоснованно сужены до диабетической полиневропатии и, отчасти, хронической неврологической боли.

Мы считаем, что показания к применению АЛК должны быть значительно расширены, прежде всего, для лечения ЭД у больных СД, поскольку метаболические эффекты АЛК в данном случае позволяют фармакологически «перекрывать» ключевой фактор патогенеза обоих заболеваний, а именно – корректировать и ликвидировать окислительный стресс.

АЛК является мощным нейропротектором, защищая клетки нервной системы от окислительного стресса, аутоиммунных воспалительных реакций (АЛК ингибирует миграцию Т-клеток в структуры центральной нервной системы), увеличивает в головном мозге продукцию ацетилхолина за счет активации холинацетилтрансферазы.

Применение Эспа-липона очень перспективное и патогенетически обоснованное направление современной полимодальной фармакотерапии ЭД, т. к. во всех ее случаях имеет место выраженный оксидативный стресс, индуцирующий и поддерживающий эндотелиальную дисфункцию.

Одно из перспективных направлений использования α-липоевой кислоты, которое мы широко используем в своей работе, – нейрогенная ЭД на фоне ожирения и метаболического синдрома. Диагностика нейрогенной ЭД, которую можно считать ярким клиническим проявлением негативного действия окислительного стресса, приводящего к снижению секреции NO кавернозными нервами, достаточно проста (метод Калинченко–Роживанова). Определение невропатии полового члена проводится с помощью прибора Тиотерм, у которого имеются два разных конца – металлический (холодный) и пластмассовый (теплый). Пациенты с невропатией не различают разницы между холодным и теплым концами. Согласно нашим исследованиям, наиболее ранним проявлением диабетической невропатии является ЭД, которая значительно ухудшает качество жизни не только мужчины, но и семейной пары, а также является причиной развития депрессии, негативно влияющей и на возможность достижения компенсации углеводного обмена.

СД является не единственной причиной развития нейрогенной ЭД. Когда определение чувствительности полового члена вошло в нашу рутинную практику, мы стали выявлять достаточную ее распространенность и у мужчин без СД. Нам удалось выделить несколько причин развития нейрогенной ЭД, на основании чего мы предлагаем следующую классификацию нейрогенной ЭД:

1. Диабетическая нейрогенная ЭД.
2. Травматическая нейрогенная ЭД (нередко наблюдается после операций на органах малого таза и половом члене).
3. Токсическая нейрогенная ЭД (развивается на фоне приема алкоголя, длительного приема лекарственных препаратов, уремии, поражения печени, авитаминоза; невропатия, развившаяся на фоне инфекций, системных заболеваний, аллергических заболеваний).
4. Возрастная нейрогенная ЭД (развивается на фоне снижения секреции тестостерона).

Своевременное применение АЛК при нейрогенной ЭД любой этиологии является профилактикой развития эндотелиальной дисфункции, лежащей в основе развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Заключение

Болезни XXI века, которым подвержены жители мегаполиса, мешают человеку жить долго и качественно. Термин «горожанин» должен стать синонимом болезней, включающих дефицит витамина D, дефицит половых и других гормонов и, конечно же, сам окислительный стресс.

Врач каждой специальности должен ориентироваться в понятии возрастная эндокринология. Раннее выявление и активная коррекция оксидативного стресса сегодня рассматривается как насущная потребность клинической медицины. У всех возрастных пациентов с любой патологией, но, прежде всего, с нейрогенной ЭД (независимо от наличия или отсутствия СД) применение АЛК должно носить характер постоянного пожизненного приема, т. к. с возрастом интенсивность окислительного стресса и его негативных последствий усиливаются. Отменять препараты АЛК возможно только при полном восстановлении половой функции и устранении причин окислительного стресса (ликвидации ожирения, метаболического синдрома, устранении токсических факторов, курения и т. д.). Но чем старше мужчина, тем тяжелее это сделать. Поэтому в XXI веке прерогативой клинической возрастной медицины становится ранняя профилактика и своевременная коррекция всех патологических механизмов, ускоряющих старение, среди которых одним из ключевых является окислительный стресс, для патогенетического фармакотерапевтического управления и профилактики которого сегодня есть уникальные, эффективные и безопасные препараты α-липоевой кислоты.

реклама на правах рекламы

ЭСПА-ЛИПОН

Тиоктовая (альфа-липоевая) кислота

НАСТОЯЩЕЕ НЕМЕЦКОЕ КАЧЕСТВО

Всё в наших руках!

Алкогольная полинейропатия *
Диабетическая полинейропатия **

- доза таблетки 600 мг соответствует терапевтической***
- раствор в виде этилендиаминовой соли альфа-липоевой кислоты имеет доказанный эффект при клиническом применении****
- привлекательные фармакоэкономические показатели

* исследования ALADIN, ALADIN III, SYDNEY и NATHAN II
** Министерство Здравоохранения РФ утвердило в стандартах лечения наркологических больных приказом №140 от 28 апреля 1998 года применение альфа-липоевой (тиоктовой) кислоты
*** Ziegler D, Nowak H, Kempler P, et al. Treatment of symptomatic diabetic polyneuropathy with antioxidant α-lipoic acid: a meta-analysis. Diabetic Medicine 2004; 21:114–21
Oral treatment with alpha-lipoic acid improves symptomatic diabetic polyneuropathy: the SYDNEY 2 trial, Diabetes Cares, 2006 Nov;29(11):2365-70.
**** Альфа-липоевая кислота (Эспа-липон) в комплексном лечении диабетической нейропатии М.И. Балаболкин, Э.Р.Хасанова, А.М.Мкртумян, В.М.Креминская, «Клиническая фармакология и терапия», 1998, т.7, №2

Представительство Эспарма ГмбХ в России
115114, г. Москва, ул. Летниковская, д.16, оф. 306. Тел.: 8 (499) 579-33-70; факс: 8 (499) 579-33-71

esparma®
www.esparma-gmbh.ru
www.esparma.ru

реклама

Урология и онкология: точки соприкосновения

Свое мнение об этой проблеме, а также о профилактике онкоурологических заболеваний в беседе с корреспондентом газеты Александром Рыловым высказал заведующий клиникой урологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, профессор В.Б. МАТВЕЕВ, президент Российского общества онкоурологов

- Всеволод Борисович, существуют ли сегодня методы профилактики рака предстательной железы, эффективность которых была бы подтверждена в рамках доказательной медицины?

– Таких методов не существует. Все исследования, где для подобной профилактики применялись лекарственные препараты, витамины, зеленый чай, БАДы, другие биологически активные вещества пока оказались безуспешными. Поэтому я не могу рекомендовать ни одного лекарственного, диетологического или другого способа воздействия на организм, который бы убедительно снижал заболеваемость раком простаты.

- Распространенными заболеваниями предстательной железы является простатит и аденома простаты. Есть ли надежные данные в пользу того, что на фоне этих патологий рак предстательной железы развивается чаще?

–Поскольку убедительных данных о патогенетической связи этих заболеваний простаты нет, то их настойчивое лечение, хотя оно может быть необходимо, не может рассматриваться как метод предупреждения рака.

- Рационально ли проводить программы по раннему выявлению рака предстательной железы или достаточно общей диспансеризации?

–В развитых странах по этому вопросу идут бурные дебаты. Еще в прошлом десятилетии широкомасштабные скрининговые исследования мужчин старше 40–45 лет с использованием ПСА считались относительно надежным «сторожем» для начала этого онкологического заболевания. Однако завершенные в 2012 г. крупные рандомизированные исследования, в том числе в США и России, продемонстрировали, что скрининг с применением данного биохимического теста, если и уменьшает смертность от рака предстательной железы, то незначительно и у отдельных категорий больных. Поэтому сегодня признано бесполезным проводить подобные обследования в тех объемах и по тем схемам, которые использовались ранее.

- А что предлагается взамен?

–Считается целесообразным регулярный скрининг с применением ПСА только для двух групп риска. Итак, первая группа – это мужчины старше 45 лет с наличием в семейном анамнезе случаев рака предстательной железы, а вторая – это мужчины с уровнем ПСА свыше 1 нг/мл в возрасте 40 лет, либо ПСА больше 2 нг/мл в возрасте 60 лет. У остальных мужчин, если уровень ПСА был выявлен ниже 1 нг/мл, то следующее измерение можно проводить не раньше, чем через 8 лет, поскольку риск развития рака в данном интервале крайне низок.

- А если соединить определение уровня ПСА с УЗИ предстательной железы или какими-то другими диагностическими методами, то можно ли повысить эффективность скрининга?

–Это признано бесполезным. Поэтому сегодня, за исключением названных мной групп риска, скрининговые обследования в этом направлении сокращаются. В то же время считается, что нужно уделять больше внимания ранней диагностике рака предстательной железы.

-Онкоурологи и урологи производят одинаковые оперативные вмешательства. А при необходимости химио- или лучевой терапии это выполняют другие специалисты. Как вы относитесь к такому распределению ролей?

–При лечении онкоурологических пациентов некоторые вмешательства проводят и общие урологи, причем весьма успешно, насколько я могу судить по практике в нашем отделении РОНЦ. Но это касается неосложненных стандартных ситуаций. Когда же речь идет о трудных клинических случаях, урологи не могут проводить такие вмешательства в силу отсутствия и соответствующего опыта, и необходимого сопровождения, в том числе анестезиологического, реанимационного, лекарственного в обычном урологическом отделении. Поэтому неверно говорить, что урологи осуществляют те же самые вмешательства, что и онкоурологи. Основная проблема в лечении таких больных не в том, чтобы выполнить какую-то операцию и кто этим займется, а в том, чтобы, как только диагноз установлен, определить основную тактику борьбы с онкологическим заболеванием. Уролог не может решить эту проблему, так как он не знает ее в целом. Сравнил бы подобную ситуацию с тем, как участвуют в создании пьесы работники театра. Здесь есть режиссер, «конструирующий» всю пьесу и выбирающий актеров, участвующих в ней. Причем среди них и очень талантливых, занятых в главных ролях. То есть каждый занимается своим делом, и любой по-своему незаменим. В борьбе же с онкологическим заболеванием – режиссер это только онкоуролог, но привлекающий по необходимости общих урологов, лучевых и химиотерапевтов, или других специалистов.

- Онкоурология – это часть урологии или общей онкологии?

–Медицина развивается семимильными шагами, и в той же урологии становятся все более самостоятельными такие ответвления, как детская урология, андрология, эндоскопическая урология и так далее. Да и в онкоурологии выделяются дисциплины лекарственного лечения, лапароскопическая онкоурология и другие. Но в целом, я считаю, что сейчас онкоурология ближе к онкологии в целом, чем к урологии.

- Почему осложнения у онкоурологических пациентов лечат урологи, например, установка и смена дренажей, лечение лучевого цистита и так далее?

–Это происходит либо потому, что в клиниках еще не хватает квалифицированных онкоурологов, либо из-за того, что осложнение, действительно, должен лечить уролог, обладающий соответствующим опытом в борьбе с подобными расстройствами.

Например, часто урологи лечат различные поражения мочеточников после лучевой терапии при раке шейки матки, причем если женщина вылечена от рака, то вопрос уже не имеет к онкологии никакого отношения, это вопрос реконструктивной хирургии. Больная всецело переходит под наблюдение уролога или онкоуролога, неважно как он называется, главное, чтобы он был специалистом в своем вопросе. В заключение нашей беседы подчеркну, что за исключением главенствующей роли онкоуролога в определении тактики лечения рака, роли в этой работе не могут быть жестко регламентированы, тем более с учетом дефицита онкоурологических специалистов. Чем сложнее лечение, тем больше специалистов необходимо привлекать, и каждый из них должен внести свой вклад в борьбу за жизнь и здоровье пациента.

ПОДПИСКА

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

www.bionika-media.ru

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

Стоимость подписки: на 2014 г. (6 выпусков) - **811 руб. 80 коп.**

Для оформления подписки обратитесь по телефону: **8 (495) 332-02-63.**
Или по e-mail: **subscription@bionika-media.ru** Наши менеджеры подберут удобную для вас форму доставки издания, а так же выставят счет.

16+ реклама

bionika media

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

Наши поздравления Ольге Александровне Икан

Роскошь жизни не для нас оплачена.
Наш удел чужую боль делить.
Видно так судьбою нам назначено.
Бога и судьбу за Вас просить.

Говорят, с годами мы черствеем.
Каждый день страдания и боль.
Это правда, мало мы имеем,
Но зато, так много отдаем.

Вот уже в висках седые лучики,
Чертят жизнь, у каждого свою.
С болью и надеждою обручены.
Гимн своей профессии пою.

Окружной уролог Зеленоградского Административного округа города Москвы Икан Ольга Александровна, имеющая огромный опыт работы в профессии, недавно отметила свой юбилей. Редколлегия журнала «Московский уролог» решила рассказать об этой неординарной женщине-уологе.

О.А. Икан родилась 28 февраля 1954 г. в Белоруссии, в деревне Валище Брестской области в учительской семье. Отец был директором школы и преподавал историю, мать учила младшие классы. Они привили дочери такие качества как трудолюбие, порядочность, исполнительность, надежность. Детство и юность О.А. Икан прошли в Погост-Загородске Брестской области, на берегу большого озера, где заветной мечтой было найти эликсир жизни. С выбором будущей профессии Ольга Александровна определилась в школе, после окончания которой поступила в Гродненский Государственный Медицинский Институт (1971–1978). Училась она у Александра Захаровича Ничипоренко – известного советского уролога-онколога и учёного, автора метода исследования элементов крови в осадке мочи, который назван в его честь. О.А. Икан считает А. З. Ничипоренко своим учителем, именно он привил ей любовь к урологии. Александр Захарович был необыкновенным человеком, его интеллигентность поражала, когда надо было ругать, он хвалил, но хвалил так, что у персонала долго еще в ушах стояли его слова, а оперировал замечательно, делал сложнейшие операции легко, без усилий, был замечательным клиницистом.

После прохождение интернатуры (1979–1981 гг.) Ольга Александровна была назначена главным врачом в полесскую глубинку Плотнитской сельской участковой больницы. Именно там прошло становление О.А. Икан, как врача-специалиста широкого медицинского профиля, она была в одном лице главным врачом и лечащим, обслуживающим около 50 тыс. населения, оказывала экстренную и плановую помощь пациентам с различными заболеваниями. В состав подразделения входили: сельская-участковая больница, поликлиника, четыре фельдшерско-акушерских пункта. Ольга Александровна вспоминает, что за эти годы не было ни одной спокойной ночи и дня, то огнестрельное ранение, то роды, то ребенок с пневмонией, череда бесконечных случаев человеческой боли проходили перед глазами. Работая, отдавая себя профессии О.А. Икан заслужено в 1980 г. была награждена знаком победителя социалистического соревнования, а в 1981 г. ей присвоено звание ударник коммунистического труда.

Затем Ольга Александровна была переведена врачом-урологом в Пинскую городскую больницу. Прошла обучение в клинической ординатуре по специальности урология у Н.Е. Савченко, А.А. Мохарта, А.А. Греса в Минском Государственном Институте (1983–1985 гг.). С 1986 г. по настоящее время работает врачом-урологом в г. Зеленоград.

В 2000 г. Ольга Александровна была назначена главным урологом Зеленоградского административного округа г. Москвы. С 2009 г. являлась заведующей окружным урологическим отделением, а с 2013 г. заведующей поликлиническим урологическим отделением ГБУЗ «ГП №201 ДЗМ». За этот период работы проявила себя как грамотный, квалифицированный специалист имеет высшую квалификационную категорию врача-уролога с 1998 г. О.А. Икан постоянно повышает профессиональный уровень, освоила андрологию, УЗИ, ДЛТ. Основной задачей считает выявление урологической патологии на раннем этапе.

За добросовестный труд О.А. Икан награждена грамотой Министерства Здравоохранения и социального развития РФ, грамотой Департамента Здравоохранения и Управления Здравоохранения, ей присвоено звание отличник Здравоохранения.

Ольге Александровне Икан удается совмещать профессию врача и роли жены, мамы и бабушки.

Редколлегия журнала «Московский уролог» и коллеги поздравляют Ольгу Александровну с юбилеем, желают ей здоровья, благополучия и продолжения трудовых успехов!

РОО «Мужское здоровье»

X конгресс «Мужское здоровье» с международным участием
Вторая Конференция «Мужское здоровье» стран СНГ

Минск, 21–24 мая 2014 г.

Уважаемые коллеги и друзья, дамы и господа!

Российская общественная организация «Мужское здоровье» проводит X конгресс "Мужское здоровье" с международным участием. За время существования движения удалось многого добиться. Общество объединило интересы и усилия многих медицинских специалистов, интересующихся проблемами мужского здоровья, провело множество различных мероприятий направленных на оптимизацию оказания медицинской помощи мужскому населению. Интерес медицинской общественности в данной социально значимой медицинской проблеме способствовал созданию подобных общественных объединений в странах ближнего и дальнего зарубежья.

Для проведения конгресса и конференции был избран г. Минск. В дни проведения мероприятий город будет принимать финальный этап чемпионата мира по хоккею с шайбой. Хоккей является символом мужественности, отваги, самоотверженности, железного здоровья, поэтому девизом X конгресса должен стать лозунг: «В хоккей играют настоящие мужчины!». Участники и гости X конгресса и Второй конференции стран СНГ получат уникальную возможность болеть за свои национальные сборные непосредственно на месте событий, а интересная научная программа, национальный колорит Беларуси, гостеприимство и радушие ее жителей, сделают эту встречу по-настоящему незабываемой.

Данный медицинский форум будет проводиться под патронажем правительств Российской Федерации и Республики Беларусь.

Научные тематики конгресса:

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

Взнос участника конгресса составляет 4000 рублей. 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.
Срок подачи тезисов: до 1апреля 2014 года. E-mail: roo.rusmh@gmail.com, marina.lal@mail.ru

Место проведения: Республика Беларусь, город Минск.
Сроки проведения: 21–24 мая 2014 г.
Оргкомитет:
(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».

реклама

Старый друг лучше…

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

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

Благодаря успехам фармакологии действующие вещества многих растений были выделены в чистом виде и получили широкое распространение в медицине. Экспериментальные и клинические исследования показали, что весь комплекс соединений, находящихся в водных настоях и отварах растений, оказывает более разностороннее действие, чем отдельные компоненты при их поступлении в организм человека.

Фитотерапия имеет ряд существенных преимуществ перед использованием синтетических медикаментозных химиопрепаратов. Лекарственные растения средства растительного происхождения:

- хорошо переносятся больными;
- реже оказывают нежелательные побочные эффекты;
- не оказывают нежелательного побочного действия;
- их можно применять в течение длительного периода времени (при необходимости терапия продолжается в течение 1–2 лет), что особенно важно, особенно при хронических заболеваниях;
- они хорошо сочетаются друг с другом и могут оказывать влияние на различные органы и системы, что позволяет лечить одновременно сопутствующие заболевания.

Ценность фитотерапии в урологии заключается в широте терапевтического действия лекарственных растений. Их богатый химический состав обусловливает воздействие на различные патогенетические механизмы: часто можно обойтись одним растительным средством вместо нескольких препаратов. Растительные препараты, как правило, можно широко комбинировать как между собой, так и с другими лекарственными средствами.

Среди известных фитопрепаратов комплексного действия для лечения заболеваний мочеполовой системы особенное место в клинической практике занимает Уролесан. Этот фитопрепарат был разработан в 1976 г. сотрудниками ИФНМУ (Ивано-Франковский национальный медицинский университет) профессорами Ф.И. Мамчуром и Е.М. Нейко. За его создание в 1992 г. они были награждены государственной премией Украины.

Препарат имеет многолетний опыт клинического применения. Уролесан легко всасывается и с током крови быстро достигает печени, мочевых путей и почек, быстро снимает приступы почечной колики и нормализует тонус гладкой мускулатуры верхних и нижних мочевыводящих путей и желчного пузыря. Этот комплексный спазмолитический препарат растительного происхождения был создан на основе экстракта семян дикой моркови в соединении с экстрактами травы душицы, соплодий хмеля, эфирными маслами мяты перечной, пихты, касторового масла. Именно эти составляющие обеспечивают уникальное сочетанное действие данного лекарственного средства.

Основными фармакологическими действиями Уролесана® являются: антибактериальное, спазмолитическое, диуретическое, а также образование защитного коллоида в моче.

Масло мяты перечной (Oleum menthae piperitae) обладает спазмолитическим действием, оказывает антимикробное, противовоспалительное и ангиопротективное действия. В экспериментах на разных видах лабораторных животных было показано, что фармакологические эффекты мяты перечной обусловлены основным действующим веществом экстракта листьев данного растения – ментолом, который оказывает антисептическое, спазмолитическое и местноанестезирующее действия.

В исследованиях *in vitro* на культуре гладких миоцитов доказано, что эмульсия мяты перечной проявляет активность как неселективный ингибитор кальциевых каналов и индуцирует расслабление гладкой мускулатуры.

В эксперименте на кроликах, у которых индуцировали спазм гладкой мускулатуры кишечника введением субстанции Р, экстракт мяты перечной активировал меченые серотонином рецепторы и оказывал спазмолитическое действие.

В двойном слепом плацебо-контролируемом клиническом исследовании у 69 женщин после операций по поводу различных гинекологических заболеваний была продемонстрирована эффективность применения экстракта листьев мяты перечной в форме капсул как спазмолитика.

Плоды моркови дикой (Fructus Dauci carotae). Плоды содержат эфирное и жирное масла, флавоноиды, органические кислоты, сахара и более 20 микроэлементов. Биологически активные вещества моркови дикой обладают спазмолитическим, противомикробным, мочегонным и литолитическим действиями. Благодаря содержанию кумаринов, плоды моркови дикой оказывают спазмолитическое действие на коронарные сосуды, гладкомышечную ткань желудочно-кишечного тракта, мочевых путей, бронхов, и других органов.

Испытание антимикробных свойств эфирного масла *in vitro* показало выраженную противомикробную активность плодов моркови дикой в отношении *Escherichia coli*.

Литокинетическое действие лекарственного сырья плодов моркови дикой подтверждено результатами многочисленных экспериментов. При этом установлено, что настой обладает мочегонным действием и способствует выведению из организма оксалатов и фосфатов, что было подтверждено рентгеноструктурным, электрохимическим и термическим анализами.

Трава душицы обыкновенной (Origanum vulgare herb) содержит эфирные масла, свободные спирты; геранилацетат; дубильные вещества; аскорбиновую кислоту, растительные жиры. Душица обыкновенная усиливает перистальтику кишечника, стимулирует секрецию бронхиальных и пищеварительных желез, повышает тонус и сократительную активность миометрия и гладкой мускулатуры кишечника, действует успокаивающе на центральную нервную систему, а также используется как болеутоляющее, спазмолитическое средство. За счет тимола и терпенов душица проявляет выраженное антисептическое действие.

Шишки хмеля (Humulus lupulus strobulus) содержат эфирные масла, полифенольные соединения и горечи. Лекарственные средства из шишек хмеля обладают успокаивающим, обезболивающим, снотворным, противовоспалительным действиями. Нейротропные свойства галеновых препаратов из шишек хмеля связывают с содержанием в них лупулина, который оказывает успокаивающее действие на центральную нервную систему. Эфирное масло хмеля активно в отношении грамположительных бактерий и грибов. Горечи хмеля, особенно β-кислоты также подавляют развитие грамположительных, а в больших концентрациях – и грамотрицательных бактерий.

Масло пихты (Oleum Abies sibirica) содержит дубильные вещества, каротин, аскорбиновую кислоту и токоферолы. Благодаря своей высокой биологической активности пихтовое масло обладает ценными лечебными, дезинфицирующими и противовоспалительными свойствами. Его особые свойства связаны с бактерицидным и противовирусным действиями.

Таким образом, богатый фармакодинамический спектр активности препарата Уролесан® обеспечивается физиологически активными компонентами – маслом пихты сибирской, маслом мяты перечной, экстрактами шишек хмеля, плодов моркови дикой, травы душицы (см. таблицу).

В настоящее время на российском рынке представлено три формы лекарственного средства Уролесан®: капли для приема внутрь (Уролесан), сироп (Уролесан М) и капсулы (Уролесан Н).

Состав и содержание растительных компонентов в одной капсуле идентичны таковым в 8–10 каплях препарата Уролесан.

Проведено несколько клинических исследований применения препарата Уролесан® в комплексной терапии пациентов с мочекаменной болезнью, инфекционно-воспалительными заболеваниями верхних и нижних мочевых путей.

Уролесан® и мочекаменная болезнь

Мочекаменная болезнь является одним из самых распространенных урологических заболеваний, наиболее часто поражая людей в самый активный период их жизни – 20–50 лет. Пациенты с различными формами этой патологии занимают 35–40 % коечного фонда урологических стационаров. Причем за последние десятилетия отмечена тенденция к увеличению частоты этого заболевания, связанная с ухудшением экологической ситуации и ростом влияния ряда неблагоприятных факторов окружающей среды на организм человека.

Современной задачей лечения мочекаменной болезни является не только первичная и вторичная профилактика, но и комплекс мероприятий, способствующих отхождению мелких конкрементов. Очень важным моментом в лечении нефролитиаза является увеличение диуреза. При применении препарата Уролесан® за счет содержащихся в нем терпенов повышается почечный кровоток, что приводит к увеличению диуреза. Кроме того, терпены выводятся с мочой в виде соединений с глюкуроновой кислотой, которая в моче играет роль защитного коллоида, препятствующего процессу кристаллизации мочи. Также известно, что эфирные масла имеют свойство растворять различные липиды, жиры, стерины.

Для оценки литокинетической эффективности препарата Уролесан® было проведено проспективное контролируемое исследование с участием больных мочекаменной болезнью после дистанционной литотрипсии (ДЛТ).

Для оценки эффективности послеоперационной терапии препаратом Уролесан® у пациентов исследуемой и контрольной групп оценивали интенсивность болевого синдрома по опроснику боли МакГилла (MPQ – McGill Pain Questionnaire,), а также состояние и наличие конкремента в динамике через 3, 5 и 10 суток после ДЛТ. При интерпретации данных по опроснику боли МакГилла использовались следующие уровни интенсивности болевого синдрома: 0 баллов – нет боли, 1–25 баллов – незначительная и слабая боль, 26–51 балл – умеренная боль, 52–77 баллов – тяжелая боль, 78 баллов – острая, невыносимая боль.

Помимо базисной терапии (антибактериальная профилактика, обезболивание по показаниям) назначали препарат Уролесан® для ускорения отхождения фрагментов конкремента. Препарат принимали в виде сиропа по 1 чайной ложке (5 мл) 3 раза в сутки до еды или по 10 капель 3 раза в сутки. В контрольной группе пациенты принимали только базисную терапию.

«…»

Таким образом, фармакодинамический спектр активности препарата Уролесан обеспечивается физиологически активными компонентами: маслом пихты сибирской, маслом мяты перечной, экстрактами шишек хмеля, плодов моркови дикой, травы душицы

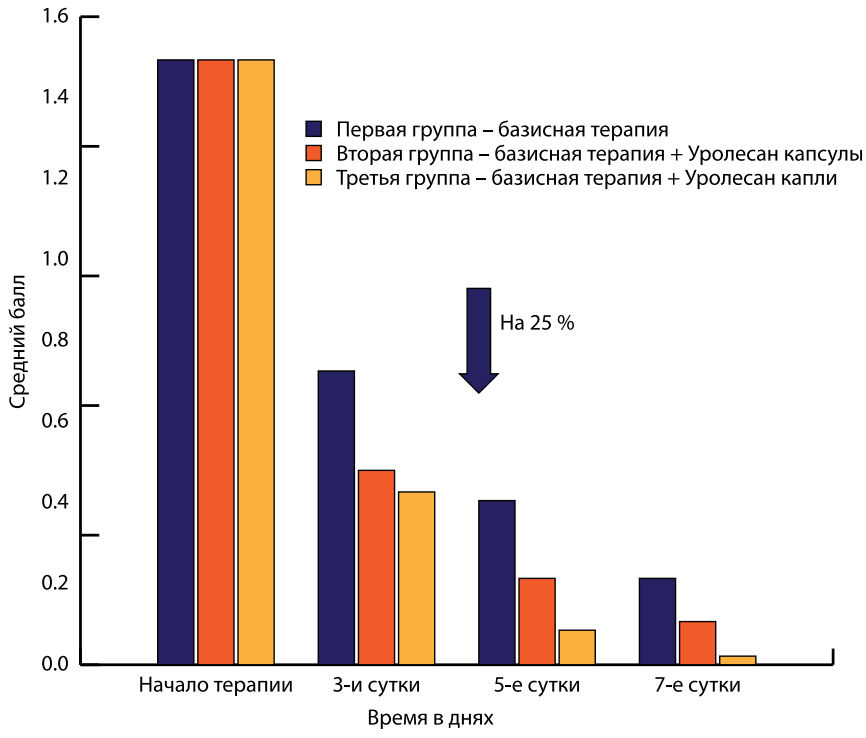

Рис. 1. Снижение потребности в анальгетиках

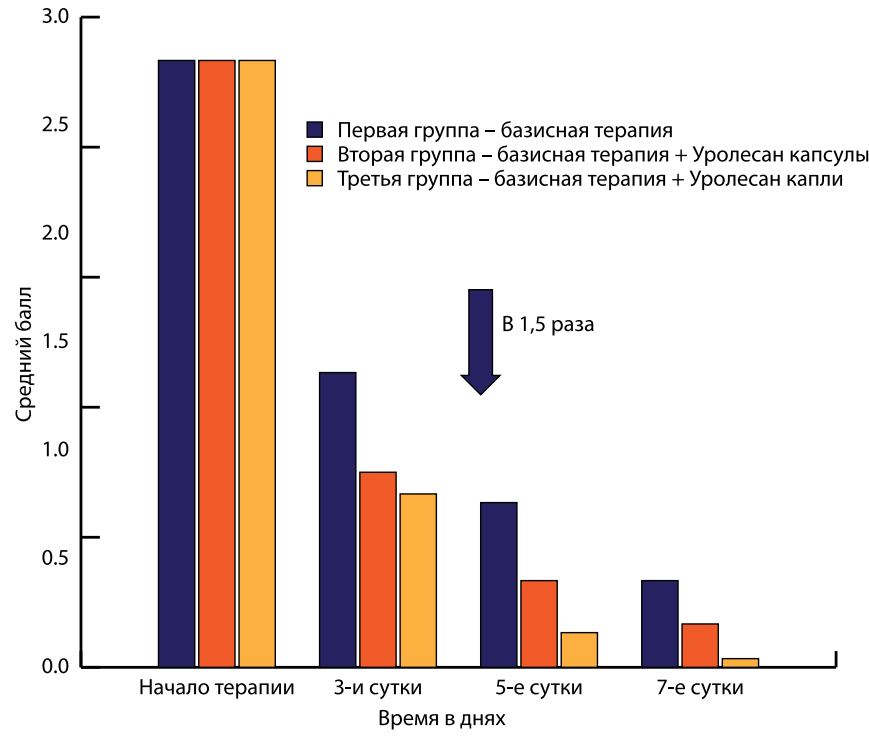

Рис. 2. Купирование симптомов нижних мочевых путей

Анализ полученных данных показал, что в группе пациентов, принимавших препарат Уролесан®, интенсивность болевого синдрома была на 33,3 % ниже при отхождении камней или их фрагментов после ДЛТ ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой. Для больных исследуемой группы это обстоятельство позволило в значительной мере снизить кратность и дозу используемых анальгезирующих препаратов в послеоперационном периоде, в первые 5 суток после ДЛТ.

Исследователи оценивали эффективность терапии в обеих группах на основании отхождения фрагментов камня на 3-и, 5-е и 10-е сутки после ДЛТ. У пациентов, принимавших препарат Уролесан® и базисную терапию, эффективность лечения была выше на 16,1 % по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, препарат Уролесан® является эффективным и безопасным компонентом в комплексном лечении больных мочекаменной болезнью.

Уролесан® при инфекции мочевыводящих путей

Целью данного исследования являлось изучение и оценка роли препарата Уролесан® в комплексной терапии пациентов с хронической инфекцией мочевыводящих путей. Наличие лейкоцитурии определяли с помощью тест-полоски, а при наличии показаний проводили бактериологическое исследование с определением степени бактериурии. Для типирования микроорганизмов использовали бактериологический анализатор «ATB-expression» компании «BioMérieux» (Франция) с использованием наборов стрипов для идентификации выделенных микроорганизмов и определения их чувствительности к антибиотикам производства компании «BioMérieux» (Франция).

Уролесан® назначали в виде сиропа по 1 чайной ложке (5 мл) 3 раза в сутки до еды или по 10 капель 3 раза в сутки в составе комплексной терапии совместно с уроантисептиками и антибиотиками, согласно чувствительности выделенных микроорганизмов.

Уролесан® в составе комплексной терапии инфекции мочевых путей способствовал санации практически при всех видах выделенных микроорганизмов. Из 53 (75,7 %) пациентов с инфекцией мочевых путей после проведенного курса терапии инфекция после лечения оставалась у 16 (22,9 %) больных.

Уролесан® способствовал нормализации pH мочи, что повышало эффективность антибиотикотерапии при инфекции мочевых путей. Таким образом, использование данного препарата в схеме комплексной терапии инфекции мочевых путей повышает успех ее лечения.

Уролесан® и острый цистит

В 2011–2012 гг. сотрудниками кафедры урологии и андрологии МГУ им. М.В. Ломоносова было проведено пострегистрационное исследование, целью которого являлось сравнение эффективности и безопасности препарата УРОЛЕСАН® - капли производства АО «Галичфарм» и УРОЛЕСАН® капсулы производства ОАО «Киевмедпрепарат» в лечении пациентов с острым циститом.

В процессе исследования пациентам трех групп была назначена базисная терапия, которая включала антибактериальную терапию – офлоксацин по 200 мг 2 раза в сутки в течении 5 дней.

Пациенты первой группы принимали Уролесан капли по 8–10 капель на кусочке сахара или черного хлеба под язык 3 раза в сутки до еды. Курс лечения составлял 10 дней.

Пациенты второй группы принимали Уролесан капсулы по одной 3 раза в сутки до еды. Курс лечения составлял 10 дней.

Третья (контрольная) группа получала только базисную антибактериальную терапию.

Исследование применения Уролесана у пациентов с острым циститом показало его клиническую эффективность у 82,6 и 80,92 % пациентов основных групп, принимавших Уролесан в каплях и капсулах соответственно, по сравнению с 55,38 % больных контрольной группы. Быстрый клинический эффект способствовал снижению потребности пациенток в приеме анальгетиков на 25 %.

Выявлены статистически значимые различия в показателях, характеризующих динамику активности воспалительного процесса и купирования симптомов нижних мочевых путей у пациентов исследуемых групп, принимавших базисную терапию и Уролесан (капли, капсулы) по сравнению с контрольной группой. Таким образом, фармакодинамический спектр активности препарата Уролесан обеспечивается физиологически активными компонентами: маслом пихты сибирской, маслом мяты перечной, экстрактами шишек хмеля, плодов моркови дикой, травы душицы. Опыт применения препарата Уролесан в виде капсул, капель и сиропа показал его высокую фармакоэкономическую и клиническую эффективность у пациентов с мочекаменной болезнью, острым и хроническим инфекционно-воспалительным процессом в верхних и нижних мочевых путях.

на правах рекламы

Препараты серии Витапрост®: от эффективной терапии к профилактике урологических заболеваний

Самыми распространенными урологическими заболеваниями у мужчин, на долю которых приходится более 80 % всех амбулаторных визитов к врачу, являются хронический простатит (ХП) и доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ). Актуальность разработки и пристального изучения препаратов для их лечения в настоящее время не вызывает сомнения. Многочисленные клинические исследования расширяющегося арсенала отечественных препаратов серии Витапрост® подтверждают их эффективность и безопасность в лечении и профилактике ХП и ДГПЖ.

Е.А. ЕФРЕМОВ,
заведующий отделом андрологии и репродукции человека ФГБУ НИИ урологии Минздрава России, д.м.н.
E-mail: konfandrology@rambler.ru

С.С. КРАСНЯК,
научный сотрудник отдела андрологии и репродукции человека ФГБУ НИИ урологии Минздрава России

При лечении таких распространенных урологических заболеваний у мужчин, как хронический простатит (ХП) и доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), на долю которых приходится более 80 % всех амбулаторных визитов к врачу, в настоящее время с успехом применяются разнообразные лекарственные препараты растительного и животного происхождения. Одними из них являются препараты серии Витапрост® – отечественная разработка, активным веществом которой является эндогенная субстанция Сампрост (экстракт простаты) – комплекс водорастворимых биологически активных белков, выделенных из предстательной железы (ПЖ) ткани простаты крупного рогатого скота путем жесткого кислотного гидролиза, глубоко разрушающего клеточные структуры. Особенности выделения этих пептидов нивелируют их молекулярную видоспецифичность, в результате чего полученные препараты лишаются антигенных свойств и ассоциированных с ними побочных эффектов.

Препараты Витапрост® выпускаются в различных лекарственных формах, что позволяет подобрать необходимый алгоритм лечения при любой клинической ситуации. Витапрост® доступен в виде суппозиториев для ректального применения, а также таблеток для приема внутрь. Кроме того, на рынке представлены ректальные суппозитории Витапрост® форте, содержащие в два раза больше активной субстанции, а также препарат Витапрост® Плюс, в котором сочетаются субстанция Сампрост и антибиотик фторхинолонового ряда (ломефлоксацин).

С 2000 г. проведен ряд многоцентровых доказательных исследований, показавших высокую эффективность и безопасность Витапроста® в виде ректальных суппозиториев при ХП. Исследования продемонстрировали статистически значимое снижение выраженности клинических симптомов заболевания (в особенности болевого синдрома), объективное улучшение лабораторных и инструментальных показателей. Успешное проведение данных научно-исследовательских работ, а также положительные отзывы пациентов в итоге стали новым творческим импульсом создания новых форм препарата.

Наиболее распространенное урологическое заболевание среди пожилых мужчин – ДГПЖ, медикаментозная терапия которого в настоящее время выходит на первое место по сравнению с оперативными методами лечения.

Для оценки эффекта медикаментозного лечения в ФГБУ НИИ урологии Минздрава России было проведено сравнительное рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности и безопасности применения препарата Витапрост® форте в форме ректальных суппозиториев по сравнению с терапией α-адреноблокаторами у пациентов с ДГПЖ.

«...»

При применении препарата Витапрост® таблетки выявлено статистически значимое уменьшение объема ПЖ

Полученные данные убедительно показали, что применение препарата Витапрост® форте в суточной дозе 100 мг в течение 30 дней у пациентов с ДГПЖ улучшает параметры мочеиспускания, снижает обструктивную и ирритативную симптоматику, значительно повышает качество жизни. Это подтверждается и анкетированием пациентов с помощью Международной шкалы простатических симптомов IPSS (International Prostatic Symptom Score), при анализе данных которой выявлено уменьшение суммарного балла и балла оценки пациентом качества жизни.

«...»

Наиболее распространенное урологическое заболевание среди пожилых мужчин – ДГПЖ, медикаментозная терапия которого в настоящее время выходит на первое место по сравнению с оперативными методами лечения

Применение препарата Витапрост® форте в качестве монотерапии ДГПЖ вызывает статистически значимое уменьшение объема ПЖ за счет уменьшения отека и активности воспалительных процессов. Витапрост® форте вызывает улучшение кровообращения в органе, проявляющееся увеличением максимальной линейной скорости кровотока в простате уже после первых 15 дней терапии. Патогенетический механизм действия препарата на ДГПЖ заключается в сохранении и развитии терапевтического эффекта через 3 месяца по окончании курса лечения.

Терапия Витапростом® форте хорошо переносится, благоприятно воспринимается пациентами и может быть рекомендована при неосложненных формах заболевания вне зависимости от наличия сопутствующих заболеваний для периодического курсового лечения.

Комбинированный препарат Витапрост® Плюс кроме субстанции Сампрост в своем составе содержит антибактериальный препарат ломефлоксацин, обладающий способностью при курсовом приеме накапливаться в ткани ПЖ.

Это особенно важно при лечении пациентов с бактериальным ХП. В ходе проведенного исследования было выявлено, что Витапрост® Плюс вызывает значительное уменьшение интенсивности воспалительного процесса в ПЖ, что проявляется более выраженным уменьшением числа лейкоцитов в секрете по сравнению

с изолированной антибактериальной терапией ломефлоксацином. Применение препарата Витапрост® Плюс способствует более выраженному снижению симптоматики ХП в целом и болевого синдрома, в частности. Использование препарата Витапрост® Плюс повышает общую эффективность лечения, что подтверждается комплексной оценкой терапии как врачом, так и самими пациентами.

Еще одним инновационным шагом на пути внедрения новых достижений в профилактике и лечении хронического воспалительного процесса в ПЖ явилась разработка таблетированной пероральной формы Витапроста®. Было проведено открытое сравнительное рандомизированное исследование эффективности и безопасности препарата Витапрост® в виде таблеток для приема внутрь в комплексном лечении пациентов с абактериальным ХП.

В группе сравнения пациенты получали терапию кетопрофеном. В результате было отмечено статистически значимое снижение объема ПЖ и поперечного размера семенных пузырьков в группе пациентов, принимавших Витапрост® таблетки. Терапевтическое действие препарата продолжалось некоторое время после прекращения курса лечения. Было зафиксировано стойкое снижение выраженности симптомов ХП в сроки наблюдения, сравнимые с продолжительностью курса лечения. При этом было отмечено более выраженное уменьшение выраженности боли в группе пациентов, получавших Витапрост® таблетки.

Согласно полученным данным, применение препарата Витапрост® таблетки более чем в два раза уменьшает вероятность развития обострений, уменьшает выраженность симптоматики ХП, в первую очередь боли (дискомфорта), в т. ч. в периоды обострений заболевания, что приводит к существенному улучшению качества жизни больных абактериальным ХП, в т. ч. в периоды обострений воспалительного процесса.

Также было выявлено статистически значимое уменьшение объема ПЖ. Положительный эффект может быть объяснен специфическим прямым и непрямым органотропным действием основного действующего вещества (экстракта) на простату, что способствует уменьшению отека органа и снижению активности сопутствующих воспалительных процессов.

Препарат Витапрост® таблетки может применяться с целью профилактики обострений ХП, т. к. не вызывает изменений показателей внутренней среды организма (гомеостаза) и развития значительных нежелательных явлений.

В настоящее время в нашей стране нет, наверное, ни одного уролога, кто не знал бы о существовании препаратов серии Витапрост® и не применял бы их в своей клинической практике для лечения заболеваний ПЖ. Многообразие клинических форм Витапроста® позволяет врачу-урологу подобрать оптимальный вариант лечения для пациентов, страдающих ДГПЖ, бактериальным и абактериальным ХП.

В мае 2014 г. исполняется 15 лет с момента выхода на рынок первого препарата из серии Витапрост®, за это время линейка препаратов на рынке значительно расширилась, было проведено множество научных и клинических исследований, показавших их высокую эффективность и безопасность у пациентов самых разных категорий.

«...»

Многообразие клинических форм Витапроста® позволяет врачу-урологу подобрать оптимальный вариант лечения для пациентов, страдающих ДГПЖ, бактериальным и абактериальным хроническим простатитом

«...»

С 2000 г. проведен ряд многоцентровых доказательных исследований, показавших высокую эффективность и безопасность Витапроста® в виде ректальных суппозиториев при ХП

Гормон красоты, здоровья и долголетия

С древнейших времен ученые и исследователи изучали вопросы старения организма человека. Поиски средств сохранения молодости и достижения долголетия предпринимались уже в Древнем Китае, Индии, Греции, Египте, у великих цивилизаций Центральной и Южной Америки и продолжаются до сих пор. В настоящее время для продления молодости, сохранения красоты, силы и здоровья наиболее часто из всех средств применяются гормональные препараты, в том числе андрогены.

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

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

Слово «тестостерон» происходит от двух слов: латинского testis — яичко и греческого stereo — укреплять, делать сильнее. Тестостерон является основным андрогеном, секретируется клетками Лейдига в яичках у мужчин, а также в небольших количествах — яичниками у женщин и корой надпочечников у обоих полов. Концентрация тестостерона в плазме крови непостоянна, она изменяется в течение суток.

По данным Массачусетского исследования по изучению вопросов старения мужчин (MMAS), количество общего тестостерона снижается с 30–35-летнего возраста на 0,8 %, при этом уровень глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ), повышается на 1,6 % в год.

Тестостерон стимулирует развитие половых органов и выраженность вторичных половых признаков — строение скелета, состояние мышечной и костной систем, рост волос, голосовой аппарат, кожный покров. В клинических исследованиях доказана связь между гипогонадизмом и метаболическим синдромом, сахарным диабетом 2 типа (СД 2), артериальной гипертензией, эректильной дисфункцией. R. Tomar и соавт. показали, что у мужчин с СД 2 в 50 % случаев имеет место понижение уровня тестостерона, Dhindsa и соавт. у 42 % пациентов с СД выявили снижение секреции тестостерона до выявления сахарного диабета. R.K. Stellato и соавт. считают, что снижение уровня тестостерона является прогностическим фактором развития СД в будущем.

D.K. Bowles и соавт. получили клинический антиатерогенный эффект тестостерона у пациентов с ишемической болезнью сердца. Liu и соавт. экспериментально доказали, что активная форма тестостерона — дегидротестостерон, стимулирует пролиферацию эндотелиальных клеток сосудов, а следовательно, способен улучшать состояние сердечно-сосудистой системы и артериального давления. Ряд исследователей показали благоприятное влияние тестостерона на уровень липидов крови, а именно, снижение уровней холестерина и липопротеидов низкой плотности и повышение уровня лиопротеидов высокой плотности.

Возрастной андрогенный дефицит характеризуется ослаблением либидо и эректильной функции, астенией, приливами, снижением мышечной массы и гемопоэза, остеопорозом, нарушением обмена липидов и глюкозы, формированием инсулинорезистентности рецепторов, развитием абдоминального ожирения, прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний.

По определению Международного общества по изучению проблем пожилых мужчин (ISSAM — International society for the Study of Aging Male), под синдромом возрастного андрогенодефицита у мужчин понимают биохимический синдром, возникающий в зрелом возрасте и характеризующийся недостаточностью андрогенов в сыворотке крови, что сопровождается или не сопровождается снижением чувствительности организма к андрогенам. Это может привести к значительному ухудшению качества жизни и неблагоприятно сказаться на функциях многих систем организма.

По данным A. Vermeulen, у мужчин в возрасте 40–60 лет гипогонадизм выявляется в 7 % случаев, в 60–80 лет — в 21 %, у лиц старше 80 лет частота его достигает 35 %. Заместительная терапия тестостероном показана мужчинам в течение многих десятилетий и должна назначаться только в случае документально подтвержденного снижения уровня общего или активного тестостерона, сопровождающегося клинической картиной андрогенного дефицита.

> «...»
>
> ***У мужчин в возрасте 40–60 лет гипогонадизм выявляется в 7 % случаев, в 60–80 лет – в 21 %, у лиц старше 80 лет частота его достигает 35 %***

Родоначальником заместительной терапии андрогенами считается выдающийся невропатолог и физиолог Чарльз Эдуард Броун-Секар (1817–1894).

В возрасте 62 лет он, как истинный исследователь, сделал самому себе подкожную инъекцию экстракта из яичек собаки и морской свинки, после чего 1 июня 1989 г. на заседании Французского научного общества сообщил о значительном улучшении физического самочувствия и половой функции.

Слева направо: А.А. Дударева, Л.А. Ходырева

Его эксперимент послужил началом массового увлечения не только введением экстрактов яичек, но и их имплантацией с целью сохранения сексуальной активности и омоложения в конце XIX начале XX веков. Экстракт яичек называли «эликсиром жизни», и его стали применять шарлатаны при любом заболевании вплоть до туберкулеза.

После продолжительных и трудоемких поисков друг за другом одновременно три совершенно разные исследовательские группы смогли выделить и синтезировать тестостерон, несмотря на сложность строения его молекулы.

Первым выделил тестостерон Ernst Laqueuer — профессор фармакологии из Амстердама, он выделил гормон, переработав огромное количество бычьих яичек. Вторым был немецкий профессор Adolf Butenandt. Сначала он извлек всего несколько кристалликов «андростерона» общей массой 15 мг из 25 тыс. литров мочи полицейских, затем ему понадобилось более 10 лет для открытия способа получения тестостерона из холестерина.

Примерно через неделю после заявления профессора из Германии, югославский химик Leopold Ruzicka опубликовал в научном журнале патент на метод получения тестостерона из холестерина, и они вместе получили Нобелевскую премию за свое открытие в 1939 г. С этого времени началась эпоха андрогенов и производство тестостеронсодержащих лекарственных средств.

На рынке существует достаточно широкий спектр препаратов тестостерона для заместительной терапии. Этот перечень включает в себя пероральные формы, масляные растворы для внутримышечных инъекций, а также трансдермальные гели и пластыри. Каждая лекарственная форма тестостерона обладает своими преимуществами и недостатками,

При назначении заместительной терапии при возрастном андрогенном дефиците врачу нужно выбрать наиболее оптимальный из современных гормональных препаратов. Клиническая эффективность, отсутствие побочных эффектов, физиологичность, удобство применения для пациента, а также стоимость являются основными характеристиками при выборе лекарственного средства.

Применение таблетированной формы тестостерона ундеканоата в настоящее время ограничено. При пероральном приеме отмечается значительная вариабельность фармакокинетических показателей, обусловленных выраженным печеночным метаболизмом и высокой частотой развития побочных эффектов, таких как холестатическая желтуха и аденома печени. Короткий период полувыведения препарата и в связи с этим двухкратный прием в течение суток может

снижать приверженность пациентов лечению. Общефармакологические исследования показывают, что уже через несколько месяцев 30 % пациентов нарушают режим терапии при ежедневном применении лекарств, что снижает эффективность терапии.

В современной клинической практике большой популярностью пользуются инъекционные формы эфиров тестостерона. Фармакокинетический профиль при внутримышечном введении тестостерона характеризуется возникновением супрафизиологической концентрации тестостерона в первые 72 часа после инъекции с последующим равномерным снижением на протяжении 10–21 дня, что вызывает эффект «американских горок», связанные с этим изменения в настроении и самочувствии пациентов и приводит к развитию гинекомастии и других побочных эффектов. Инъекции должны вводиться глубоко в мышцу, при этом некорректность техники инъекции и попадание в сосуд может снизить эффективность терапии.

Внутримышечный препарат-депо тестостерона ундеканоат выгодно отличается от других инъекционных форм длительностью периода выведения до 10–14 недель, однако в первые трое суток концентрация также достигает супрафизиологического уровня. Существенным недостатком пролонгированного препарата является «неуправляемость» терапии в случае возникновения побочных эффектов, требующих срочного ее прекращения.

Подкожные импланты тестостерона имеют самое продолжительное терапевтическое действие (до 6 месяцев), однако требуют инвазивного вмешательства — разреза кожи, и нередко происходит самоэкстракция и инфицирование имплантата.

Трансдермальные лекарственные формы тестостерона достаточно успешно применяются в клинической практике. Накожные и мошоночные пластыри хорошо воспринимаются пациентами, тем не менее могут вызывать аллергические реакции и раздражения кожи, чем ограничивают свое применение.

Гель тестостерона обладает всеми преимуществами пластырей, а местные реакции при использовании геля минимальны. Препарат Андрогель представляет собой 1 % гель тестостерона, наносится на очищенную и высушенную кожу плеча, предплечья или передней брюшной стенки, растирается тонким слоем до полного высыхания в течение 5 минут перед одеванием. Препарат характеризуется хорошей фармакодинамикой: через 1–2 часа после аппликации геля уровень тестостерона сыворотки достигает физиологических значений и сохраняется в течение суток. Через 2–3 дня с начала лечения происходит насыщение кожи гелем и возникает равновесие между адсорбцией тестостерона и его выведением из организма.

Преимуществом геля является то, что его применение незаметно для окружающих. Известность Андрогель получил в результате скандала, разгоревшегося в США несколько лет назад, когда известный тренер Trevor Graham сообщил, что несколько популярных спортсменов применяют тестостерон гель для улучшения атлетических показателей. Расследование подтвердило этот факт, однако спортсмены даже не догадывались, что используют гормональный препарат. Пациентам важно, что нанесение геля можно проводить самостоятельно в домашних условиях, а также в отличие от уколов процедура является неинвазивной и безболезненной.

«...»

Согласно рекомендациям EAU, ISA и ISSAM, короткодействующие, а не депо-препараты обладают максимальной безопасностью и управляемостью терапии при возрастном гипогонадизме

Трансдермальный путь введения тестостерона позволяет избежать его первичного метаболизма в печени и инактивации, как это происходит при применении пероральных андрогенных препаратов, а также имитировать циркадные ритмы высвобождения физиологического немодифицированного тестостерона и его естественных метаболитов — эстрадиола и дегидротестостерона. Применение геля в случае необходимости можно легко прервать. Единственный его недостаток заключается в наличии возможности контакта геля с партнершей.

Согласно рекомендациям EAU (European Association of Urology), ISA (International Society of Andrology) и ISSAM, короткодействующие, а не депо-препараты обладают максимальной безопасностью и управляемостью терапии при возрастном гипогонадизме. Многие андрологи считают, что пожилым пациентам следует рекомендовать андрогенные препараты короткого действия, при отмене которых в случае возникновения противопоказаний уровень тестостерона быстро снижается до исходного.

Эффективность и безопасность применения тестостероновых гелей доказаны в целом ряде хорошо спланированных доказательных клинических исследований.

По данным двойного слепого рандомизированного контролируемого исследования, проведенного R.S. Swerdloff и соавт. У 277 мужчин с гипогонадизмом заместительная терапия Андрогелем в дозах 5 и 10 г/сут обеспечила достижение нормальных физиологических значений тестостерона в течение 180 дней лечения у 89 и 94 % пациентов соответственно, значительно повышая либидо и сексуальную активность, частоту эрекций и удовлетворенность пациентов.

Результаты международных исследований, опубликованных в 2013 г., также показали хорошую эффективность и безопасность применения 1 % геля тестостерона в дозах 5 г, 7,5 г и 10 г в течение 6 месяцев у 799 мужчин с диагнозом гипогонадизм. Отмечены нормализация уровня тестостерона у 81,2 % пациентов, уменьшение суммы баллов по шкалам AMS — Aging male symptoms (-29 %), увеличение суммы баллов МИЭФ — Международный индекс эректильной функции (+115,7 %), а также снижение индекса массы тела — ИМТ (-0,8 кг/м^2) и окружности талии (-3,3см). Было замечено, что у молодых пациентов прогрессия терапии была более значимой.

В рандомизированом двойном слепом плацебо-контролируемом клиническом исследовании эффективности применения заместительной терапии гелем тестостерона в течение 6 месяцев, проведенном H.M. Behre и соавт., было отмечено улучшение симптомов и качества жизни у мужчин с андрогендефицитом и сохранение эффекта после отмены препарата в течение 12 месяцев.

Значимые различия обоих критериев эффективности получены у мужчин с уровнем общего тестостерона ≤ 3 нг/мл, получавших комбинированную терапию. Таким образом, можно говорить о том, что мужчинам с ЭД и андрогенным гипогонадизмом показано назначение 1 % геля тестостерона и ингибиторами фосфодиэстеразы 5-го типа (иФДЭ-5).

В многоцентровом двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании TADTEST показано, что у мужчин с андрогенным дефицитом и эректильной дисфункцией применение геля тестостерона с иФДЭ-5 значительно эффективнее улучшает эректильную функцию.

Клиническая эффективность Андрогеля продемонстрирована в недавнем исследовании, проведенном в эндокринологическом центре РАМН. В исследовании принимали участие мужчины возрасте 50–60 лет с СД 2 и сопутствующим андрогенным дефицитом и эректильной дисфункцией. На фоне 3-месячной терапии Андрогелем в дозе 5 мг один раз в сутки утром наблюдалось увеличение уровня тестостерона до нормальных значений, выраженная положительная динамика степени тяжести эректильной дисфункции, а также отмечено улучшение секреции инсулина β-клетками поджелудочной железы.

Лечение любым из препаратов экзогенного тестостерона требует осторожности, контроля и предварительного обследования. Заместительная терапия мужчинам с андрогенной недостаточностью должна проводиться только в случаях гарантированной возможности тщательного наблюдения за состоянием пациентов, показателями тестостерона, гематокрита, простатспецифического антигена и ультразвукового исследования простаты.

И как уже упоминалось, препараты короткого действия для лечения возрастных пациентов с андрогенным дефицитом более предпочтительны по сравнению с длительно действующими депо-препаратами.

на правах рекламы

Лечение болезни Пейрони

С.В. КОТОВ,
Заведующий урологическим отделением №36 Городской клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова; доцент кафедры урологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
E-mail: urokotov@mail.ru

А.Г. ЮСУФОВ,
врач-уролог, урологическое отделение №36 Городской клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова

Данная статья отображает накопленный опыт и результаты использования слизистой оболочки щеки в качестве графтинга для замещения бляшки белочной оболочки полового члена у больных болезнью Пейрони. Двенадцать больных с искривлением полового члена, сохранной эректильной функцией подверглись оперативному вмешательству – заместительной корпоропластике полового члена с использованием лоскута слизистой оболочки щеки. Анализ наблюдения показал удовлетворение результатами пациентов и их партнерш; у всех пациентов удалось достичь выпрямления полового члена без укорочения его длины.

Болезнь Пейрони – заболевание, проявляющееся неконтролируемым тканевым фиброзом белочной оболочки полового члена, приводящим к искривлению и укорочению полового члена и в результате – к развитию эректильной дисфункции (ЭД) со снижением качества жизни мужчин. До сих пор неясна этиология болезни Пейрони. Известно, что в развитии заболевания играют роль микрососудистые повреждения белочной оболочки, локальные аутоиммунные и цитогенетические изменения, приводящие к острому воспалению (острая фаза заболевания). На фоне длительного воспаления формируются изменения в зоне микротравмы белочной оболочки, характеризующиеся нарушением факторов тканевой регуляции, формируется кальцинированная фиброзная бляшка (стабильная стадия). Сопутствующие заболевания, такие как гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия, травматическая катетеризация уретры, операции на органах малого таза, системные заболевания соединительной ткани, ЭД, сахарный диабет, употребление алкоголя, курение являются факторами риска развития болезни Пейрони. Острая фаза характеризуется болевой симптоматикой, формированием уплотнения в половом члене, формированием искривления полового члена, укорочением и уменьшением его окружности. Стабильная стадия представляет собой сформированное искривление и кальцинирование бляшки без дальнейшей прогрессии заболевания. В соответствии с клинической картиной, стадией заболевания проводится то или иное лечение, включающее в себя консервативные медикаментозные и неинвазивные методы и хирургическое вмешательство. Как правило, консервативная терапия в основном находит применение в острой стадии заболевания, в то время как хирургический подход – в стабильной стадии.

На сегодняшний день предложены три группы хирургической коррекции искривлений полового члена:

- пликационная «укорачивающая» (операция Несбита, пликация белочной оболочки и т.д.);
- «удлиняющая», не влияющая на размеры – заместительная корпоропластика (разрез/иссечение + графтинг);
- протезирование полового члена.

Пликационная «укорачивающая» коррекция характеризуется эллипсоидным иссечением белочной оболочки с последующим ушиванием дефекта или наложением пликационных швов на выпуклой поверхности полового члена (противоположных фиброзной бляшке). Операция является наиболее простой для выполнения, имея преимущества у пациентов с нормальной эрекцией, адекватными размерами пениса, отсутствием деформации в виде «песочных часов». Удовлетворенность результатами варьируется от 38 до 100 %. Основной жалобой у пациентов после пликационных операций является укорочение полового члена.

Вторая группа «удлиняющая» (разрез/иссечение + графтинг) операция. Показаниями к данной операции являются искривление полового члена более 60°, двухмерное искривление (вентральное/дорзальное и латеральное), наличие песочных часов, кальцификация бляшки. Преимуществами данного метода являются:

- отсутствие укорочения полового члена;
- коррекция продольно-поперечных деформаций;
- замещение бляшек больших размеров с любым углом искривления;
- сохранение эректильной функции;
- косметическая удовлетворенность пациента и его партнерши.

Разными авторами предложены и используются в рутинной практике различные материалы для графтинга:

- аутоматериалы – вена, кожа, широкая фасция бедра и т.д.;
- алломатериалы – трупный перикард, подслизистая тонкой кишки свиньи SIS и т.д.;
- синтетические материалы – Teflon, Silastic, Goretex.

Использование аллогенных трансплантатов, а также использование аутологичного материала имеет некоторые особенности индивидуальных и косметологических особенностей. Так, например у больных с использованием аллогенных материалов развивается фиброз с локальным утолщением в зоне графтинга, в то время как при венозном замещении иссеченной бляшки необходимо выполнять дополнительный разрез, возможны трудности с размерами, тромботические осложнения культи и т.д.

Рис. 1. Дорсолатеральное искривление полового члена

Рис. 2. Разрез в зоне фиброза (бляшки Пейрони) белочной оболочки полового члена

Рис. 3. Поперечный размер дефекта замещения белочной оболочки

Рис. 4. Сопоставление лоскута с дефектом белочной оболочки

Рис. 5. Дефект замещен, искусственная эрекция

Критический анализ литературы и собственного опыта заставил авторов остановиться на применении слизистой оболочки щеки для заместительной корпоропластики искривлений полового члена при болезни Пейрони. На базе урологического отделения ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова 12 больным в стабильной стадии течения болезни Пейрони выполнена хирургическая коррекция искривления полового члена с разрезом бляшки и графтингом слизистой оболочки щеки. Максимальные размеры выделенного лоскута составили до 3,5 х 4,5 см. Интраоперационно после фиксации буккального лоскута к белочной оболочке выполнялась искусственная эрекция на предмет герметичности наложенных швов, выпрямления полового члена и необходимости выполнения дополнительной пликации белочной оболочки полового члена (в двух случаях). Всем больным удалось полностью достичь выпрямления без укорочения размеров полового члена. Отмечено улучшение эректильной функции (увеличение баллов индекса МИЭФ). Неоспоримыми преимуществами слизистой оболочки щеки являются ее физиологичность, адекватная растяжимость, строение слизистого лоскута (мышечные волокна), наличие обильной сосудистой сети, достаточной толщины самого лоскута.

Мужчины с болезнью Пейрони и тяжелой степенью ЭД являются кандидатами на имплантацию протеза. Есть много типов протезов полового члена, которые в настоящее время доступны для имплантации, но следует иметь в виду, что не все пациенты с ЭД являются кандидатами для имплантация протезов полового члена. Имплантация протезов полового члена показана для лечения органической ЭД у мужчин с кавернозным фиброзом, болезнью Пейрони, сахарным диабетом, у которых отсутствует эффект от использования консервативной терапии – использования ингибиторов ФДЭ-5, вакуумных устройств, интракавернозных инъекций вазоактивных препаратов.

Проблема хирургической коррекции искривления полового члена при болезни Пейрони до сих пор остается дискутабельной. Основным преимуществом второй группы операций является возможность использования аутологичных материалов, низкая стоимость, улучшение эректильной функции, психоэмоциональная удовлетворенность.

Список литературы:

1. *L. Cormio, Al. Zucchi et all. Surgical Treatment of Peyronie's Disease by Plaque Incision and Grafting with Buccal Mucosa // European urology. – 2009; 55: 1469–1476.*
2. *P.H. Egydio. Surgical treatment of Peyronie's disease: choosing the best approach to improve patient satisfaction // Asian J Androl. – 2008; 10 (1): 158–166.*
3. *L.A. Levine and Stephen M Larsen. Surgery for Peyronie's disease // Asian J Androl. – 2012; 1–8.*
4. *C.C. Carson1, J.L. Chun. Peyronie's disease: surgical management: autologous materials // Int J Imp Res. – 2002; 14: 329–335.*
5. *T.F. Al-Shaiji, G.B. Brock. Peyronie's Disease: Evolving Surgical Management and the Role of Phosphodiesterase 5 Inhibitors // Sci W J. – 2009; 9: 822–845.*
6. *T.J. Shioshvili, A.P. Kakonashivili. The surgical treatment of Peyronie's disease: replacement of plaque by free autograft of buccal mucosa // Eur Urol. – 2005; 48: 129–35.*
7. *A.P. Kakonashivili, T.K. Shioshvili. Substitution of tunica albuginea penis by different autotransplant: an experimental study // Georgian Med News. – 2003;10: 38–42.*

Две актуальные темы современной урологии

А.В. ЖИВОВ
Руководитель клиники урологии Европейского Медицинского Центра, доцент кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

Рак почки

Составляет примерно 2–3 % злокачественных новообразований человека и занимает во многих странах мира 3-е место по частоте среди злокачественных новообразований мочеполовых органов. И хотя радикальная нефрэктомия (РН) долгое время считалась «золотым стандартом» лечения органограниченного и местнораспространенного рака почки, в последние годы все большее применение получает резекция почки с опухолью или, как ее называют за рубежом, парциальная нефрэктомия (ПН). До сих пор остается обсуждаемым вопрос о радикальности ПН по сравнению с РН, а в практическом смысле многие урологи при сохраненной функции контрлатеральной почки все же стараются отдать предпочтение более радикальной операции, полагая, что она обладает лучшим онкологическим результатом. Интересная работа, сравнивающая выживаемость после РН и ПН у пациентов старшего возраста была опубликована H.J. Tan и соавт. (JAMA. 2012 Apr 18;307(15):1629–35). Авторы проанализировали смертность от рака почки примерно у 1925 пациентов, которым выполнялась ПН по сравнению с 5213 пациентами, которым была выполнена РН в период с 1992 по 2007 г. в соответствии с показаниями к данным операциям, существовавшими на момент их выполнения. Средний срок наблюдения составил 62 месяца. Оказалась, что общая смертность после РН составила 41,5 %, после ПН – 25,3 %. Раково-специфическая смертность после РН составила 4,3 %, после ПН – 1,9 %. Таким образом, ПН продемонстрировала явное преимущество перед РН как по общей, так и по раково-специфической выживаемости в течение более чем 5-летнего послеоперационного наблюдения. Представляют интерес литературные обзоры, выполненные в виде мета-анализа наиболее надежных и достоверных литературных данных в 2012 г. двумя группами авторов. Так, S. MacLennan и соавт. (Eur Urol. 2012;61(5):972–93) показали, что открытая РН и ПН имеют схожие результаты общей и раково-специфической выживаемости. Но когда пациенты, прооперированные как открытым, так и лапароскопическим доступами были проанализированы вместе, оказалось, что результаты для ПН достоверно лучше у больных с размером опухоли ≤ 4 см. Похожие результаты получила группа S.P. Kim и соавт. (J. Urol., 2012;188:51–7), которые показали, что ПН связана не только с меньшим риском общей и раково-специфической смертности, но и с существенно меньшим риском развития хронических заболеваний почек в отдаленном послеоперационном периоде. Схожие результаты, по данным M. Daugherty и G. Bratslavsky (Urol. Oncol. 2014;2), наблюдались у пациентов, страдавших почечно-клеточной карциномой в возрастной группе 20–44 года. Интересное наблюдение представили J.H. Jung и соавт. (Yonsei Med. J. 2014;55(2):535–8). Авторы показали возможность и безопасность симультанного выполнения робот-ассистированных ПН и радикальной простатэктомии у больного синхронным раком почки и предстательной железы. Таким образом, ПН имеет преимущество перед РН у больных с небольшими (до 4 см в диаметре) злокачественными новообразованиями почек как по общей и раково-специфической выживаемости, так и по отрицательному влиянию на почечную функцию. Минимальная операционная травма, связанная с робот-ассистированной ПН, позволяет выполнять симультанные операции при синхронных раках почки и предстательной железы.

Варикоцеле

Клинически выраженное варикоцеле, находят примерно у 15 % мужчин в общей популяции, у 35 % мужчин с первичным и 75 % мужчин с вторичным бесплодием. Большинство мужчин с варикоцеле не имеют симптомов и сохраняют фертильность, и только 15–20 % больных испытывают трудности с зачатием или жалуются на боли (M. Goldstein и соавт., 2012). Такие противоречивые статистические данные заставляют еще и еще раз задуматься о показаниях к хирургической коррекции варикоцеле. И хотя они в настоящее время все еще строго не определены, имеются данные, помогающие практическим врачам обосновывать необходимость выполнения оперативного вмешательства. Так, E.C. Serefoglu и соавт. (Andrology. 2013;1:109–15) указывают, что классическими показаниями к хирургической коррекции варикоцеле можно считать субфертильность (патологию эякулята) и уменьшение в размерах левого яичка. R.G. Fine и D.P. Poppas (Curr. Opin. Urol. 2012;22:513–6) на основании систематического обзора релевантной литературы постарались выявить прогностические факторы, указывающие на возможность варикоцеле снизить фертильность больного. Авторы указывают, что такими возможными факторами риска могут быть гормональный профиль (фолликулостимулирующий гормон, тестостерон) и пиковый ретроградный кровоток, определяемый при допплерографии семенного канатика. Размер яичка и интенсивность болевого синдрома не имели четкой взаимосвязи с нарушениями фертильности. Испанские авторы V. Ficarra и соавт. (Curr. Opin. Urol. 2012;22:489–94) на основании мета-анализа опубликованных работ последних лет постулируют, что хирургическое лечение варикоцеле наиболее целесообразно у молодых людей с патологией эякулята, еще не решивших иметь детей, для обеспечения такой возможности в будущем. Они также показали, что хирургическое лечение варикоцеле способствует спонтанному наступлению беременности у 30 % ранее бесплодных пар и статистически значимо снижает частоту самопроизвольного прерывания беременности. В своих исследованиях P.N. Schlegel и M. Goldstein (Fertil. Steril. 2011;96:1288–93) продемонстрировали наличие т. н. альтернативных или дополнительных показаний к хирургическому лечению варикоцеле. К ним авторы относят необструктивную азооспермию, недостаточность выработки тестостерона и профилактику гипогонадизма у стареющего мужчины. У подростков A. Mehta и M. Goldstein (Asian Journal of Andrology. 2013;15:56–60) показаниями к хирургическому лечению считают ухудшение параметров спермограммы, значительную гипотрофию яичка на стороне варикоцеле и классическую ассоциированную боль. В отсутствие этих показаний, рекомендуется динамическое наблюдение за подростком с ежегодным анализом эякулята и измерением размеров яичка. По нашему мнению, в настоящее время показания к выполнению хирургического лечения варикоцеле сформулированы достаточно четко. Они вошли в рекомендации Европейской и Американской урологических ассоциаций. Польза от выполнения хирургического лечения варикоцеле явно превышает его вред, с учетом того, что операцию выполняет квалифицированный специалист с большим опытом. Основными методами хирургического лечения варикоцеле сегодня являются микрохирургическая варикоцелэктомия в модификациях Marmar или Goldstein, лапароскопическое лигирование яичковой вены и венооклюзивные рентген-эндоваскулярные оперативные вмешательства (эмболизация).

Уважаемые коллеги!

Для меня большая честь и удовольствие продолжать сотрудничество с газетой «Московский уролог» и публиковать краткие обзоры зарубежной литературы по наиболее актуальным вопросам современной урологии. Получив определенный опыт публикации обзоров в газете и ваши отзывы, я решил в обязательном порядке освещать две темы в каждом номере. Первая тема, которую я буду освещать в этом и последующих номерах, посвящена онкоурологии. Вторая тема будет касаться каждый раз какой-то другой субспециальности и/или общеорганизационных аспектов урологии. В этом номере онкоурологической темой станет сравнение радикальной и парциальной (резекция почки с опухолью) нефрэктомии в лечении злокачественных новообразований почки. Вторая тема андрологическая: современные показания к оперативному лечению варикоцеле. Она, надеюсь, станет хорошим продолжением прекрасной дискуссии по проблематике варикоцеле, которую в №3 газеты «Московский уролог» за 2013 г. провели профессора С.И. Гамидов и В.А. Божедомов. Еще раз хочу попросить коллег присылать мне на электронную почту urorec@gmail.com вопросы, которым бы Вы хотели посвятить наши следующие выпуски обзоров зарубежной урологической литературы. Буду рад удовлетворить Ваши пожелания. Спасибо за внимание!

Омник® Окас® для лечения СНМП/ДГПЖ*

Когда поход
в туалет может стать
ночным кошмаром

Рег. уд.: ЛС-000849 от 24.02.11

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.
109147. Россия, Москва, ул. Марксистская, д. 16. Тел. +7(495) 737-07-55. Факс +7(495) 737-07-53.

astellas
Свет, ведущий к жизни

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА