стр. 2–3
Лазерные технологии завоевывают новые позиции в урологической практике. Конференция в ГКБ №31

стр. 6
Интервью с М.А. Газимиевым: Интеграция как основная задача Российского общества урологов

стр. 16–17
Профилактика возникновения юридических конфликтов с пациентами и пути их разрешения

ГАЗЕТА ВЫХОДИТ ПРИ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКЕ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

№ 4
АВГУСТ 2014 г.

В НОМЕРЕ

ИНТЕРВЬЮ
О. Ю. Хубларов: Преимущества гольмиевой лазерной энуклеации простаты неоспоримы
стр. 4

HIGH TECH
Применение Nd:YAG-лазера («Лазурит») в онкоурологии
стр. 8–9

ДИСКУССИЯ
Хроническая тазовая боль – как ею управлять?
стр. 12–13

ПРАКТИКА
Головная боль от удовольствия – коитальная цефалгия
стр. 20

ЛЕКЦИЯ
Суперселективная эмболизация артерий в лечении ДГПЖ
стр. 22

РЕГИОНЫ
История и достижения пермской урологии
стр. 29–31

Дорогие друзья!

По праву, Первое сентября занимает особое место в жизни каждого человека, этот праздник объединяет всех жителей нашей страны. От первоклашки, с замиранием сердца спешащего на свой первый в жизни урок, и недавнего выпускника школы, гордо переступающего в качестве студента порог вуза, о котором он мечтал, до их родителей, заново переживающих эти моменты вместе со своими детьми.

Для миллионов школьников и студентов, учителей и преподавателей, работников сферы образования и науки, как и для каждого из нас, прекрасный день – Первое сентября – это символ новых начинаний и стремлений, обилия идей, творческого поиска, перспектив и возможностей, открывающихся перед человеком.

Наш кропотливый труд и высокий профессионализм – залог высокого качества здравоохранения. Нам выпала огромная честь, на нас возложена серьезная ответственность – в наших руках будущее нашей медицины и здоровье нации.

Дорогие друзья, закончилась пора отпусков и начинается новый учебный год. Пусть он подарит нам массу новых знаний, пусть будет щедр на открытия.

Желаю всем счастья, успехов и профессионального роста. Учитесь и работайте с удовольствием. С праздником!

Главный уролог г. Москвы, А.А. Камалов

Симпозиум «Per aspera ad astra» – знаковое событие в рамках XIV Конгресса РОУ

10–12 сентября 2014 г. в Саратове состоится одно из самых значимых мероприятий в современной урологии – XIV Конгресс Российского общества урологов. Участников ждет насыщенная научная программа и возможность обменяться опытом с ведущими российскими специалистами.

Официальное открытие проведут д.м.н., проф. Ю.А. Аляев, д.м.н., проф. А.Г. Мартов, д.м.н., проф. Д.Ю. Пушкарь, д.м.н., проф. М.А. Газимиев.

10.09 в 18.00 компания Астеллас приглашает Вас принять участие в сателлитном симпозиуме под председательством д.м.н., проф. О.Б. Лорана «Per aspera ad astra». Симпозиум откроет выступление д.м.н., проф. кафедры урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Г.Г. Кривобородова. Доклад Григория Георгиевича будет посвящен современному алгоритму ведения пациента с симптомами нижних мочевых путей. Выступление продолжит к.м.н., доц. кафедры урологии МГМСУ Г.Р. Касян. Геворг Рудикович остановится на проблеме гиперактивного мочевого пузыря (ГМП). Вниманию слушателей будут представлены современные подходы к терапии ГМП, особенности тактики ведения сложных пациентов. Завершит симпозиум доклад д.м.н., проф. кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, А.З. Винарова. Андрей Зиновьевич осветит актуальные вопросы и особенности терапии расстройств мочеиспускания у мужчин. При всем многообразии лекарственных средств, применяющихся при этом виде расстройств, наиболее оправданно подбирать терапию с учетом жалоб и данных объективного обследования конкретного пациента. Выступление Андрея Зиновьевича позволит слушателям обобщить наиболее передовой опыт применения современных препаратов для лечения нарушений мочеиспускания, а также напомнит об особенностях их фармакодинамики и механизме действия.

Ждем Вас на нашем симпозиуме, 10 сентября, в 18.00! Интересная научная и образовательная программа даст возможность слушателям по-новому взглянуть на общеизвестные проблемы, приобрести новый опыт и обсудить наиболее животрепещущие вопросы с коллегами..

на правах рекламы

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

Главный редактор
Армаис Альбертович КАМАЛОВ, главный уролог г. Москвы, Директор университетской клиники МГУ им. М.В. Ломоносова, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор

Заместитель главного редактора
Любовь Алексеевна ХОДЫРЕВА, руководитель организационно-методического отдела по урологии Департамента здравоохранения г. 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 г. Москвы, к.м.н.

Редакционный совет
Аполихин О.И., д.м.н., профессор
Аляев Ю.Г., член-корр. РАН, д.м.н., профессор
Велиев Е.И., д.м.н., профессор
Винаров А.З., д.м.н., профессор
Глыбочко П.В., член-корр. РАН, д.м.н., профессор
Даренков С.П., д.м.н., профессор
Дутов В.В., д.м.н., профессор
Зубань О.Н., д.м.н., профессор
Каприн А.Д., член-корр. РАН, д.м.н., профессор
Кривобородов Г.Г., д.м.н., профессор
Лоран О.Б., член-корр. РАН, 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,
Марина ЛЫНДИНА, Марина ГРИГОРЬЕВА,
Марина ПОЛЯКОВА, Антон СМИРНОВ, Евгений ТИХОНОВ
Отдел полиграфии
Руководитель – Наталья НАДВОРСКАЯ
Менеджер – Дмитрий ТУЖИКОВ

Размещение рекламы:
Директор по рекламе – Дина КОРЕПАНОВА
Руководитель депортамента по рекламе в медицинской прессе – Ольга КРЕКШИНА
Менеджеры по работе с клиентами
Наталия 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
Заместитель генерального директора по медицинским изданиям – Анна ВЛАСОВА

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 25 августа 2014 г. в 10:00

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

Программы мероприятий для врачей урологов в рамках непрерывного образования на II полугодие 2014 г., утвержденные Министром Правительства Москвы, руководителем Департамента Здравоохранения г. Москвы Г.Н. Голуховым

Распоряжение №360р от 24.03.2014 г.

Программа проведения семинаров по актуальным проблемам урологии в 2014 г.

Дата и время	Тема
18.09 в 15.00	Урологические заболевания как маркеры сердечно-сосудистых осложнений
16.10 в 15.00	СНМП и их коррекция
20.11 в 15.00	Иммунопрофилактика воспалительных заболеваний в урологии
18.12 в 15.00	Рентгеноэндоскопическое оперативное лечение урологических заболеваний

Распоряжение №858р от 23.07.2014.

План проведения школ для врачей-урологов поликлиник

АО	Дата и время	АДРЕС
СВАО+ВАО	25.09.2014 в 14.00	ГП №69 филиал №1 (ГП №30) Федеративный проспект, д. 31
ЮЗАО+ЗАО	02.10.2014 в 15.00	ГП №147, ул. Молодогвардейская, д. 31.
СЗАО+ЦАО	14.10.2014 в 15.00	ГКБ №52, Пехотная, д. 3, корп. 6
САО+ЗелАО	23.10.2014 в 15.00	ГКБ №24, ул. Писцовая, д. 10
ЮАО+ТНАО	13.11.2014 в 15.00	ГКБ №12, ул. Бакинская, д. 26
ЮВАО	18.11.2014 в 15.00	ГП №19, у. Верхние поля, д. 34, корп. 4

План проведения школ для врачей-урологов стационаров

АО	Дата и время	АДРЕС
САО+ЗелАО+ СВАО	11.09.2014 в 15.00	Организационно-методический отдел по урологии ГКБ №31, ул. Лобачевского, д.42
ЮВАО+ВАО	09.10.2014 в 14.00	
ЮАО+ТНАО+ ЦАО	06.11.2014 в 15.00	
ЮЗАО+ЗАО+ СЗАО	27.11.2014 в 15.00	

Лазерные технологии завоевывают новые позиции в урологической практике

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы – наиболее распространенное урологическое заболевание у мужчин зрелого возраста. Неудивительно, что научно-практическая конференция на тему: «Современные методы хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы», прошедшая 25 июня 2014 г. в Городской клинической больнице №31, вызвала огромный интерес у московских врачей-урологов.

По замыслу организаторов конференции, а ими выступили Департамент здравоохранения г. Москвы, Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения западного административного округа г. Москвы и руководство ГКБ №31, основной целью мероприятия было ознакомление специалистов с различными видами высокотехнологичных операций, выполняемых при лечении предстательной железы (ПЖ). Как отметил Борис Георгиевич Завьялов, директор Дирекции по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения ЗАО г. Москвы, это важный посыл для дальнейшего внедрения в повседневную практику московских стационаров современных малоинвазивных методов, которые позволяют эффективно и качественно лечить пациентов, страдающих урологическими заболеваниями.

Профессор Армаис Альбертович Камалов, главный уролог Москвы, заведующий кафедрой урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ, член-корреспондент РАМН, добавил, что на протяжении многих лет эндоскопические вмешательства, в частности трансуретральная резекция (ТУР) аденомы ПЖ, была «золотым стандартом» лечения доброкачественной гиперплазии ПЖ (ДГПЖ). И хотя в некоторых вопросах она еще удерживает лавры первенства, в последние годы все активнее внедряются новые технологии, которые позволяют выполнять вмешательства с меньшей кровопотерей, с большей возможностью радикального удаления поврежденных тканей, с минимальным количеством послеоперационных осложнений и сокращением периода реабилитации.

На конференции была поставлена интересная задача – показать как стандартные методики, широко представленные сегодня в наших стационарах (в частности, в режиме *on-line* выполнить ТУР с использованием биполярной энергии), так и новые современные технологии: гольмиевую лазерную энуклеацию ПЖ (HoLEP) и вапоэнуклеацию с использованием тулиевого лазера.

Биполярный ТУР ПЖ

Для выполнения трансуретральной резекции ДГПЖ был выбран пациент, у которого на фоне ДГПЖ имелся достаточно крупный конкремент мочевого пузыря. Проводил операцию профессор А.А. Камалов.

Было принято решение удалять камень с помощью гольмиевого лазера. Этот метод литотрипсии имеет много преимуществ и позволяет эффективно разрушать камни на любых участках мочевых путей. Причем в зависимости от поставленной задачи, можно легко изменять режим работы лазерного излучения и в соответствии с этим получать желаемый эффект – либо дробление камня до мельчайших частиц, которые спокойно вымываются через внутренний тубус эндоскопа, либо разрушение плотных камней до фрагментов, которые впоследствии можно «отмыть» из мочевого пузыря. При этом размер и структура камня не являются ограничивающими факторами для использования лазера.

«Самое главное для хирурга – не потерять нить операции, – делился опытом Армаис Альбертович. – Надо стараться ее выполнять четко, грамотно, аккуратно, постоянно контролируя кровотечение. Очень важно научиться правильно работать эндоскопом, чтобы создавать себе максимально хорошие условия для резекции. Я работаю и получаю колоссальное удовольствие».

То, что Армаис Камалов работает виртуозно, было видно всем присутствующим. В руках опытного человека всегда все кажется просто. Дуга инструмента легко и быстро погружалась в ткань ПЖ, оставляя ровную овальную поверхность. Можно было только догадываться, сколько лет труда и учебы стоит за кажущейся легкостью движений хирурга. Для собравшихся в зале молодых врачей возможность наблюдать, как в реальном времени работает мастер такого уровня – неоценимый опыт, который дорогого стоит.

Вапоэнуклеация с использованием тулиевого лазера

Вторая операция, также проходившая в режиме *on-line*, наглядно продемонстрировала последние достижения лазерной медицины. С помощью тулиевого лазера пациенту была проведена вапоэнуклеация ПЖ. Выполнял операцию Борис Евгеньевич Осмоловский, к.м.н., врач-уролог ГКБ №31.

Эта новейшая технология как альтернатива при лечении средних и больших аденом появилась не так давно – в 2012 г. Благодаря оптимально подобранной длине волны и постоянной форме излучения тулиевый лазер обладает большой мощностью и способен очень быстро удалять аденомотозную ткань ПЖ. При этом количество осложнений незначительно, а послеоперационный период минимален (до недели). В отличие от вапоризации, вапоэнуклеация позволяет сохранить часть ткани для гистологического исследования, что является важным преимуществом методики.

«Этот перспективный метод лечения еще не слишком популярен в мире. Например, в Европе подобные операции с использованием тулиевого лазера выполняются лишь в трех центрах – в Милане, Гамбурге и у нас в Москве, в ГКБ №31», – отметил Борис Осмоловский. Согласитесь, это вызывает особую гордость за наших специалистов!

Гольмиевая лазерная энуклеация ПЖ (HoLEP)

Специально приглашенный гость из Латвии Олег Юрьевич Хубларов, руководитель Латгальского урологического центра, рассказал о своем опыте выполнения гольмиевой энуклеации ПЖ – одного из наиболее эффективных и безопасных методов хирургического лечения ДГПЖ на сегодняшний день.

По мнению Олега Юрьевича, HoLEP-технология имеет множество преимуществ по сравнению с другими хирургическими методиками. В первую очередь, это минимальная кровопотеря во время и после операции, небольшое количество послеоперационных осложнений, короткое время катетеризации мочевого пузыря, возможность выполнения комбинированных операций при осложненных формах ДГПЖ (с помощью гольмиевого лазера решаются вопросы как энуклеации, так и вапоризации, литотрипсии). В отличие от традиционных методов HoLEP может быть применен у любого пациента с диагнозом ДГПЖ, принимающего антикоагулянтные препараты. Ограничений по размеру ПЖ нет, это абсолютная альтернатива для пациентов с размерами ПЖ более 100 см^3.

Еще один большой плюс HoLEP – значительное сокращение времени пребывания больного в стационаре. «Наш опыт показывает, что гольмиевая лазерная энуклеация может выполняться амбулаторно или в дневном стационаре с госпитализацией менее 24 часов, – отметил Олег Хубларов. – Пациенты после операции у нас уходят домой уже на следующий день, а в некоторых случаях – и вечером того же дня».

Несмотря на все достоинства, гольмиевая лазерная энуклеация пока не получила широкого распространения в урологической практике, основная причина этого – технические сложности манипуляции и длительный период учебы: согласно правилам, врачу необходимо выполнить как минимум 30 операций вместе с HoLEP-тренером, который помогает «поставить руку». При этом получить доступное обучение достаточно проблематично, не хватает практических курсов, учебных программ по изучению этой методики.

Городская клиническая больница №31

В своем докладе Олег Хубларов рассказал о стандартных предоперационных обследованиях и подготовке, оптимальном оборудовании для HoLEP-энуклеации и морцелляции, подробно остановился на HoLEP-технике, комментируя фрагменты видеоматериалов разных этапов операции. Основываясь на своем опыте (почти 200 выполненных операций за 2,5 года работы), Олег Юрьевич дал ценные практические рекомендации выполнения гольмиевой энуклеации, которые, безусловно, помогут начинающим врачам.

Перспективы развития лазерной хирургии

Конференция завершилась активным обсуждением представленных лазерных методик, их преимуществ и недостатков, целесообразности применения в московских стационарах.

Армаис Альбертович Камалов заметил, что «лазерная энергия сегодня должна быть встроена в нашу урологическую практику, поскольку ее можно использовать для эффективного лечения самых разных заболеваний, в т. ч. для дробления камней мочеточника и почки, удаления доброкачественных и злокачественных образований небольших размеров в мочеточнике и мочевом пузыре».

Помимо эффективности лазерные методики имеют еще и экономические преимущества. Например, операции, которые были продемонстрированы на конференции, позволяют госпитализировать больного всего на два – три дня. То есть с помощью этих технологий можно пролечить больше пациентов. Кроме того, лазерные операции входят в высокотехнологическую медицинскую помощь и оплачиваются иначе, чем обычные трансуретральные операции. «Это важный аспект, потому что сегодня время такое, когда нам надо научиться считать деньги и правильно их зарабатывать», – подчеркнул Армаис Альбертович.

Подготовка специалистов – важная задача

В рамках конференции корреспондент «Московского уролога» задала несколько вопросов директору Дирекции по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения ЗАО г. Москвы Борису Георгиевичу Завьялову

– Наверное, очень важно для подготовки кадров проводить подобные мероприятия?

– Разумеется. Различные научно-практические конференции по всем важнейшим направлениям медицины мы в Западном округе стараемся проводить регулярно, чтобы показывать специалистам современные методы лечения и диагностики различных заболеваний, в т. ч. и урологических.

Сейчас нам оказывается беспрецедентная помощь со стороны и федерального правительства, и правительства Москвы. О таком количестве дорогостоящего оборудования, которым оснащаются стационары и амбулаторные центры, мы раньше могли только мечтать. Но без подготовленных кадров ни одно оборудование не заработает. Правительство Москвы, Департамент Здравоохранения г. Москвы понимают эту проблему и направляют на стажировку, в т. ч. и за рубеж, молодых врачей, медсестер, организаторов здравоохранения, чтобы поднять на соответствующий уровень и управление больниц, и работу наших специалистов.

– На Ваш взгляд, в Западном округе оптимизация коечного фонда стационаров, в частности урологических, идет параллельно с развитием амбулаторной урологической службы?

– Сейчас при развитии урологической службы акцент делается на современные высокотехнологичные операции, которые позволяют сократить сроки пребывания больных в стационаре. И такие возможности у нас есть. Наиболее оснащенной клиникой в нашем округе можно назвать ГКБ №31, но есть урологические отделения и в других клиниках, которые мы тоже пытаемся подтянуть на современный уровень. Налаживается взаимодействие стационаров с амбулаторным звеном, чтобы они своевременно направляли своих пациентов на лечение высокотехнологичными методами.

– Считаете ли Вы целесообразным развивать бывшее окружное урологическое отделение, преобразовав его в специализированный урологический центр?

– Пока этот вопрос открыт, потому что создание подобного центра требует и соответствующего оснащения современным оборудованием, и определенного кадрового состава. Это вопрос не одного дня.

– Что Вы можете пожелать урологам Москвы и газете «Московский уролог»?

– Урологам Москвы я хочу пожелать как можно быстрее освоить самые современные методы диагностики и лечения, чтобы помощь нашим жителям оказывалась на самом высоком уровне, соответствующем мировым стандартам. Надеюсь, ваша газета придет и в наш округ, будет распространяться среди наших специалистов-урологов и поможет в решении этой задачи.

Юлия Пескова

Олег Хубларов:
Преимущества гольмиевой лазерной энуклеации простаты неоспоримы

Гольмиевая лазерная энуклеация (HoLEP) в последние годы получает все более широкое распространение как наиболее современный, безопасный и эффективный метод малоинвазивного хирургического удаления аденомы простаты. В связи с этим очень интересно было пообщаться с одним из лучших хирургов, выполняющих подобные вмешательства, Олегом Юрьевичем Хубларовым, руководителем Латгальского урологического центра (Латвия). В качестве приглашенного гостя он приехал на конференцию, посвященную современным методам лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы, которая прошла 25 июня в ГКБ №31.

– Олег Юрьевич, расскажите, почему Ваш выбор пал именно на лазерные технологии, в частности гольмиевый лазер?

– Все очень просто. Объем тех работ, которые мы делаем, связан в основном с частными клиниками, где по понятным финансовым соображениям важна «короткая кровать». Изначально целью было найти методику и технологию, которая позволяет держать пациента в стационаре минимальное время. Рассмотрев различные виды возможных технологий, мы пришли к выводу, что гольмиевый лазер – оптимальный вариант для выполнения разного рода вмешательств.

Это многофункциональная машина, с ее помощью можно выполнять как энуклеацию, так и при необходимости вапоризацию, литотрипсию. Сейчас я оперирую только энуклеацией, другие методики (хотя я практически всеми ими владею) почти не использую. У меня уже есть множество собственных пациентов, данные которых я могу проанализировать на протяжении более 2,5 лет (Олег Юрьевич выполнил уже около 200 подобных операций – Ред.). Технология вполне оправдала себя, период послеоперационного лечения значительно отличается от того, что был раньше, число осложнений невелико.

– Вы считаете HoLEP-технологии перспективным методом?

– Однозначно, да. По мнению многих моих коллег, трансуретральная резекция как-то постепенно оттесняется в сторону. Наверное, это во многом связано с финансовой стороной, с обеспечением клиник необходимым оборудованием, с совершенствованием системы подготовки специалистов.

Чем больше специалистов будут владеть лазерными технологиями, тем больше эти технологии будут приходить в повседневную жизнь. Еще десять лет назад мы не могли представить себе, что не будем делать разрезы при камнях мочеточников, почек, а сегодня лазерные технологии полностью заменили все эти операции. Я убежден, что в ближайшей перспективе гольмиевая энуклеация станет «золотым стандартом» для лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ).

– Считаете ли Вы возможным проводить такие операции амбулаторно, в дневном стационаре?

– Мы не только так считаем, мы это делаем. Хотя ситуации бывают разные. Например, к нам часто приезжают пациенты из других районов, за 100–200 км от дома. Таких больных в день операции мы домой не отпускаем во избежание разных осложнений. Если же пациент живет близко, и у него есть реальная возможность при необходимости получить быструю помощь, можно отпустить его вечером того же дня. В нашей реальной практике соотношение уходящих и остающихся пациентов – 50:50.

– Расскажите о Вашей клинике, какие операции Вы проводите, большой ли штат, какое оснащение…

– Я работаю в двух клиниках, одна из них – Латгальский урологический центр, я ее организовал, создал, ею руковожу. Она находится в 200 км от Риги в городе Даугавпилс. Клиника амбулаторно-стационарная, мы проводим разного вида диагностику и консультации, делаем операции пациентам с ДГПЖ, мочекаменной болезнью, а также выполняем некоторые пластические операции (например, эндофаллопротезирование). Также занимаемся урогинекологией, в частности выполняем малоинвазивные слинговые операции по коррекции стрессового недержания мочи у женщин. Есть детский специалист, который отвечает за вопросы детской урологии. Всего в штате 25 человек, помимо меня еще 2 уролога. Оснащение у нас очень хорошее – мы работаем с самыми современными эндоскопическими системами, есть лазерное оборудование.

– Какие категории пациентов приходят к вам?

– С проблемами предстательной железы обращаются в основном возрастные пациенты, с мочекаменной болезнью и урогинекологическими нарушениями – люди разных возрастов. Социальный уровень, наверное, средний или немного выше, чем средний.

– А в государственных медицинских учреждениях Латвии есть такое оборудование?

– В государственных клиниках такого оборудования нет, во всяком случае, лазерные операции в государственных больницах не выполняются. Обычные трансуретральные резекции – скорее всего, да. Но мы живем немного в другом режиме. У нас принцип работы государственного учреждения не такой, как в России. Другой институт семейных врачей, другие обязательства у городских больниц перед населением, в основном – это оказание неотложной помощи. У нас нет явно выраженной плановой помощи, которая финансируется государством. Поэтому люди чаще обращаются в частные клиники.

– То есть за счет государства такие операции не проводятся?

– Как таковых, плановых операций в Латвии нет. Есть очень небольшая часть плановых операций (в урологии таких очень мало), которые могут быть выполнены в рамках дневного стационара. Если объем финансирования позволяет, человек может получить эту помощь за счет государства.

Но обычно на такие манипуляции очень длинные очереди – до нескольких месяцев. Большинство же операций никак не финансируется государством, и их можно сделать либо за счет страховки, либо за свой личный счет.

– Система здравоохранения Латвии по сравнению с советской и российской системами имеет какие-то преимущества?

– Мне кажется, по сравнению с советской системой ни одна страна не имеет преимуществ, потому что бесплатной медицины нет нигде. Невозможно это сравнивать... Пообщавшись с российскими коллегами, мне показалось, что в России сам принцип здравоохранения несколько лучше, чем в Латвии. Хотя говорить, что здесь все плохо, а здесь хорошо, нельзя. В каждой системе есть свои плюсы и минусы. Европейская система оказания медицинской помощи далеко не совершенна, в т. ч. и в Латвии. В некоторых случаях нам надо было бы многое изменить. Все, в конечном счете, упирается в деньги. И это происходит везде: в Англии, Латвии, России, Китае. Деньги есть – будет медицина, денег нет – ничего не будет. Хотелось бы найти какую-то середину разумности, при которой человек должен иметь возможность так или иначе получить медицинскую помощь, когда она ему потребуется. Если такая возможность есть, то систему здравоохранения можно считать удавшейся. То есть медицина – это система возможностей людей получить ту или иную помощь.

– Как Вы оцениваете оснащение ГКБ №31?

– Я считаю, что эта больница очень хорошо оснащена, на уровне мировых стандартов.

– И наш традиционный вопрос. Что Вы могли бы пожелать урологам Москвы и газете «Московский уролог»?

– Даже сам факт того, что существует такая специализированная газета для урологов, это здорово! Спасибо вам, что вы освещаете события, важные для урологической общественности. Я желаю вам популярности, читаемости и крепкого здоровья!

А московским урологам – учиться, овладевать и владеть новыми технологиями, иметь такие возможности и условия, при которых все это можно делать. Еще – усердия и целеустремленности. Я глубоко убежден, что мнение о том, что в России медицина плохая, должно исчезнуть. Общаясь с коллегами на всякого рода конгрессах, в интернете, я вижу, что в российской медицине и урологии в частности, есть множество достижений и отличных результатов работы. В частных случаях они даже опережают европейских коллег. Так держать!

– Большое спасибо за разговор. Удачи Вам!

Юлия Пескова

«Лопаткинские чтения»

Прошел год со дня смерти нашего учителя, академика Н.А. Лопаткина (18 февраля 1924 – 16 сентября 2013). Память о нем продолжает жить в наших сердцах.

Т.И. ДЕРЕВЯНКО, д.м.н., профессор, председатель Общества Урологов СКФО

25 июля 2014 г. в Кисловодске на базе санатория МВД «Россия» при поддержке Российского общества «Мужское здоровье» и Регионального общества урологов Северо-Кавказского федерального округа состоялся научный симпозиум «Лопаткинские чтения», посвященный деятельности академика Н.А. Лопаткина и его учеников.

Первую конференцию «Лопаткинские чтения» открыл Президент Российского общества «Мужское здоровье», директор клиники МГУ им. М.В. Ломоносова, заведующий кафедрой андрологии и урологии ФФМ МГУ им.М.В.Ломоносова, член-корреспондент РАН, профессор Армаис Альбертович Камалов: «Северо-Кавказское урологическое общество на протяжении многих лет активно работает в регионе, проводя на высоком профессиональном и организационном уровне научные мероприятия».

В настоящее время в Северо-Кавказском федеральном округе плодотворно работают профессора П.И. Чумаков, Ф.Б. Фидаров, И.М. Лайпанов, М.И. Эренценов, Н.И. Рязанцев, М.Г. Арбулиев, С.Х. Хасанов, В.А. Ковган, Т.К. Таубекова, З.И. Кильчуков, которые первыми откликнулись на возможность проведения «Лопаткинских чтений» как нового формата наших профессиональных встреч. Это говорит о высокой степени добропорядочности и уважения к своим учителям, старшим товарищам и научной значимости данного региона. С приветственным словом выступила председатель общества урологов Северо-Кавказского федерального округа, заведующая кафедрой урологии, детской с курсом рентгенологии ФПДО, д.м.н., профессор Татьяна Игоревна Деревянко.

На конференции вспоминали научные достижения академика Н.А. Лопаткина, чей вклад в отечественную и мировую урологию, глубина мышления, его принципиальные взгляды на многие профессиональные и общечеловеческие стороны жизни трудно переоценить, и известных урологов, которые на протяжении многих десятилетий работали в Северо-Кавказском регионе: профессоров Игоря Михайловича Деревянко, Александра Анатольевича Толчанова, Магамеда Тамуковича Таукенова и др.

В рамках симпозиума обсуждались наиболее актуальные на территории Северо-Кавказского федерального округа вопросы клинической урологии, андрологии и санаторно-курортной реабилитации урологических и андрологических больных с точки зрения урологов и врачей смежных специальностей.

В конференции «Лопаткинские чтения» приняли участие врачи-урологи, венерологи, эндокринологи, кардиологи, физиотерапевты, реабилитологи. Более 100 специалистов прибыли со всех территорий Северо-Кавказского федерального округа (Ставропольский край, Карачаево-Черкессия, Кабардино-Балкария, Чеченская республика, Северная Осетия-Алания, Ингушетия, Дагестан), а также Калмыкии, Ростовской области, Краснодарского края, Астраханской области, Санкт-Петербурга, Москвы.

Научная программа симпозиума включала темы, посвященные физическим факторам и бальнеотерапии урологических заболеваний на курортах Кавказских Минеральных Вод, оптимизации консервативной терапии гиперплазии предстательной железы, эректильной дисфункции и других андро логических заболеваний. С докладами выступили Н.И. Рязанцев (Ессентуки), А.С. Сегал (Москва), З.А. Галустян (Железноводск), В.В. Чеботарев (Ставрополь), Е.Н. Болгов (Ставрополь), В.Ю. Амиянц (Кисловодск), В.В. Рубин (Кисловодск), И.А. Панченко (Ставрополь),Ф.Р. Асфандияров(Астрахань), В.В. Ярман (Санкт-Петербург), С.Б. Оччархаджиев (Грозный), С.В. Павлов(Ростов-на-Дону), М.А.Узденов (Черкесск).

Николай Алексеевич Лопаткин

Северо-Кавказское урологическое общество делало и будет делать все во благо развития нашей специальности и науки в этом замечательном регионе с учетом его уникальности, целебных природных богатств.

Общество Урологов СКФО выражает надежду, что и другие региональные Общества урологов России поддержат эту инициативу в проведении мероприятия ***«Лопаткинские чтения».***

Более 1000 специалистов в области урологии соберутся в Саратове в сентябре

С 10 по 12 сентября в Саратове состоится XIV Конгресс Российского общества урологов (РОУ).

Одно из наиболее известных и посещаемых медицинских мероприятий в России проводится РОУ с 60-х гг. XX века. Участники Конгресса – специалисты в области урологии, андрологии, сексологии, генитальной хирургии, уроонкологии, репродукции и др. Ежегодно мероприятие собирает более 1000 делегатов из разных регионов России, стран ближнего и дальнего зарубежья, в т. ч. президентов профессиональных медицинских ассоциаций и обществ, главных врачей и заведующих отделениями ведущих медицинских учреждений.

В 2014 г. ключевая тема Конгресса – «Интеграция в урологии». Участников ждут научные заседания, сателлитные симпозиумы, семинары за завтраком, дискуссии. Для молодых ученых будут организованы постерные сессии.

Среди спикеров Конгресса – генеральный секретарь Европейской ассоциации урологов (EAU), профессор университета Шеффилда Chris Chapple (Великобритания); ректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, директор НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Петр Витальевич Глыбочко; генеральный секретарь Европейской ассоциации урологов (EAU) Per-Anders Abrahamsson (Швеция); Dogu Teber (Германия); Gunther Schneider (Германия); председатель РОУ, заведующий кафедрой урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Юрий ГеннадьевичАляев; главный уролог Минздрава РФ, заведующий кафедрой урологии Московского государственного медико-стоматологического университета Дмитрий Юрьевич Пушкарь; заведующий кафедрой урологии и оперативной андрологии Российской медицинской академии последипломного образования, главный редактор газеты «Вестник Российского общества урологов» Олег Борисович Лоран; директор МНИОИ им. П.А. Герцена, заведующий кафедрой урологии с курсом онкоурологии факультета повышения квалификации РУДН, главный уролог АН РФ Андрей Дмитриевич Каприн; главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью, главный редактор журнала «Экспериментальная и клиническая урология» Олег Иванович Аполихин; президент Российского общества по эндоурологии и новым технологиям Алексей Георгиевич Мартов и другие известные специалисты в области урологии и смежных направлений.

В рамках Конгресса состоится также специализированная выставка. Свое участие в качестве экспонентов уже подтвердили более 60 компаний – производителей фармацевтической продукции, оборудования и расходных материалов для урологии.

Местом проведения конгресса в 2014 г. выбран Саратов. Мероприятие пройдет на территории Саратовского академического театра оперы и балета — одного из старейших в Поволжье и в России.

Организаторы мероприятия: Российское общество урологов, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского. Конгресс проводится при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации, Правительства Саратовской области, Европейской ассоциации урологов (EAU). Конгресс-оператор – компания «СТО Конгресс».

Подробнее о мероприятии:
www.congress-rou.ru.
По вопросам участия в конференции обращайтесь к проектному менеджеру компании «СТО Конгресс» Артему Папете, тел.: ***+7 (495) 646-01-55, доб. 172****;*
e-mail: ***apapeta@ctogroup.ru.***

Интеграция как основная задача научного общества

В преддверии XIV Конгресса Российского общества урологов корреспондент нашей газеты Головина Юлия беседовала с Магомедом Алхазуровичем Газимиевым, д.м.н., профессором кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, исполнительным директором Российского общества урологов, заместителем Главного редактора газеты «Вестник Российского общества урологов», членом редколлегии журнала «Урология».

– Магомед Алхазурович, каковы цели и задачи Российского общества урологов?

– Цели и задачи Российского общества урологов (РОУ) отражены в уставе Общества. Среди них основными являются:

- содействие разработке и внедрению стандартов обучения и стандартов урологической помощи населению РФ;
- содействие проведению исследований в области урологии и распространению их результатов;
- осуществление профессиональных и научных связей со специалистами и обществами других медицинских специальностей, развитие международных научных связей, содействие распространению достижений российской урологии в мире;
- создание условий для наиболее эффективной реализации творческого потенциала членов Общества в интересах развития теории и практики медицины и т. д.

Соответственно, задачи – это направления нашей работы, вытекающие из этих целей.

Например, для того, чтобы молодые специалисты могли представить свои разработки, в рамках XIV съезда в Саратове проводится «Постерная секция молодых ученых».

Существует такая цель, как представление законных интересов, содействие защите профессиональных, гражданских, социальных, авторских и смежных прав членов Общества. Пока, к сожалению, она не реализуется, т. к. для профессиональной защиты их прав нужна законодательная база и финансовые возможности. Организация грамотной защиты интересов членов Общества – это достаточно дорогостоящий проект. Но работа в этом направлении проводится, в будущем мы планируем на первом этапе предоставить возможность получения консультативной юридической помощи членам РОУ, а на втором – в определенном формате защищать права своих членов в различных инстанциях.

Целей и задач множество, но если выделить одну глобальную формулировку, то это – максимальное содействие развитию отечественной урологии, что невозможно без консолидации членов РОУ, повышения их профессиональных знаний и, соответственно, качества специалистов. Это основная задача любого научного общества, и РОУ – не исключение.

– Сколько специалистов состоят в Обществе на сегодняшний день?

– На сегодняшний день в РОУ состоят 2780 членов, это специалисты, вступление которых в Общество узаконено. Процедура вступления в РОУ не совсем простая, она описана в уставе и соответствует ему. Человек должен написать заявление, получить рекомендации двух членов РОУ, его принимают в состав общества либо региональные отделения, либо центральное.

Количество членов общества на сегодняшний день – это результат полутора лет работы. В октябаре 2012 г. произошла смена руководства РОУ. С того момента была проведена огромная работа. Мы восстанавливали реестры, обзванивали регионы, делали рассылку, получали заявления, отправляли наших представителей в регионы.

Нашей задачей на ближайшее время является довести число членов РОУ до 50 % от общего числа урологов РФ. Уверен, что до следующего юбилейного XV Конгресса РОУ мы этих показателей достигнем. Тогда РОУ, после принятия соответствующего закона, может проводить аккредитацию урологов как специалистов.

– В связи с последними событиями в Крыму, организуете ли Вы работу с местными урологами?

– До вступления Крыма в состав России, деятельности у нас там никакой не было, это естественно. Сразу после того, как Крым стал полноценным членом РФ, стало понятно, что этот регион не может быть не охвачен. Недавно в Крыму побывал заместитель председателя РОУ Петр Андреевич Щеплев. Его основные задачи включали: наладить контакты с местными специалистами, определить возможности взаимодействия, привлечь их в РОУ. В результате, в ближайшее время мы планируем создать Крымское региональное отделение РОУ. В начале сентября с рабочим визитом Крым посетила наш сотрудник, д.м.н. З.К. Гаджиева, которая передала от Председателя РОУ Ю.Г. Аляева приглашение для участие крымских коллег в работе XV Конгресса и приглашение для вступления в РОУ.

– Какие еще направления развития Общества Вы бы обозначили как первостепенные? С какими проблемами сталкивается член РОУ в своей повседневной работе?

– Наша ближайшая задача, как я уже отмечал, собрать максимальное количество урологов под флагом РОУ. Это нужно и самим членам РОУ для консолидации и повышения профессионального уровня. Необходимо, прежде всего, улучшить прямую оперативную связь как между специалистами, так и между врачом и Обществом.

Это позволит урологам повышать профессиональный уровень в рамках тех программ, которые применяет РОУ. Мы занимаемся изданием определенных научных трудов, проводим конференции, конгрессы, съезды. Сейчас активно внедряется практика применения вебинаров и т. д. Но для того, чтобы все эти мероприятия имели высокий уровень эффективности, нужно объединить специалистов в одну общую аудиторию.

На сегодняшний день проблема в том, что консолидация между региональными отделениями РОУ достаточно слабая. Каждое из них по уставу – это самостоятельная единица РОУ, которая имеет свое руководство, своих членов. В каждом региональном отделении по-своему создают местные информационные ресурсы, по-своему организовывают региональные конференции, повышают уровень профессионализма своих членов.

Мы уже нашли решение, которое обеспечит максимальную консолидацию как на уровне региональных обществ, так и на уровне отдельных членов. В ближайшей перспективе у нас будет создана глобальная информационная платформа (ГИП) РОУ. На Конгрессе в Саратове я представляю проект этой системы как нашу ближайшую и очень важную разработку, которую нужно внедрить.

Она позволит урологам и общественным региональным организациям влиться в одно большое информационное поле и устранит препятствия для движения информационных потоков.

Это позволит также составить рейтинг активности членов РОУ, который будет использоваться для аккредитации специалистов. Мы рано или поздно к этому придем. Таким образом, будет сформирован объективный критерий активности члена РОУ. Этот рейтинг будет представлен на глобальной информационной платформе. Каждый член РОУ получит доступ к электронной библиотеке, возможность ознакомиться с программой ближайших мероприятий и зарегистрироваться на них, заплатить взнос любым удобным ему способом не выходя из дома, получить профессиональную консультацию, если таковая ему потребуется.

И последнее, в привязке к ГИП мы уже создали приложение для смартфонов, что повысит ее мобильность, будет поддерживаться постоянная активная живая связь с каждым членом Общества.

– Магомед Алхазурович, пожалуйста, расскажите подробнее о XIV Конгрессе РОУ.

– Самая ближайшая задача – провести XIV Конгресс РОУ на достойном уровне. На это мероприятие мы привлекли много новых компаний, которые никогда раньше не участвовали ни в каких региональных конференциях. Мы собрали бюджет, которого никогда не было на региональных мероприятиях.

XIV Конгресс в Саратове проходит под общим названием «Интеграция в урологии». Интеграция (от лат. Integrio) — восполнение, пополнение. Мы хотим пополнить урологию новыми аспектами, потому что урология XXI века уже соприкасается со многими направлениями в медицине: это и лучевые методы диагностики и лечения, и клиническая фармакология, и общая хирургия, и т. д.

В научной программе Конгресса представлены доклады, связанные с симультанными операциями в урологии и хирургии, использованием органов брюшной полости для реконструкции органов мочевой системы, т. е. это совместное новое направление. В этом Конгрессе участвуют проктологи, в т. ч. очень известный профессор, один из ведущих специалистов в России Петр Владимирович Царьков. Главный рентгенолог России, академик Сергей Константинович Терновой делает доклад по интеграции лучевых методов в урологию. Президенты Европейской ассоциации урологов как нынешний, так и вновь избранный, P.-A. Abrahamsson и C. Chapple представляют свои доклады. География выступающих на Конгрессе очень широка: это и Германия, и Израиль, и Швеция, и т. д. Все это отражено в научной программе Конгресса. Таким образом, мы пытаемся пополнить урологию смежными направлениями, науками и дисциплинами, чтобы сделать ее еще богаче.

Лазерные технологии в урологии: ежедневная практика и перспективы развития

Общеизвестно, что научный прогресс не стоит на месте. Каждый год появляются новые технологии и методики лечения, в т. ч. и в урологии. О работе кафедры эндоскопической урологии РМАПО с ее заведующим О.В. Теодоровичем, д.м.н., профессором беседовал корреспондент Юлия Головина.

– Олег Валентинович, что Вы думаете о непрерывном образовании врачей и какую роль кафедра будет играть в нем?

– Еще в советское время я работал в Центральном институте усовершенствования врачей (ЦИУ), который профессионально занимался подготовкой и переподготовкой врачей всех специальностей. В ЦИУ входила и наша кафедра урологии, базировавшаяся в Боткинской больнице. Обучение было разносторонним, до врачей доносились новейшие разработки и технологии. Курсы переподготовки длились месяц (144 часа). Сюда приезжали врачи со всех регионов России, республик СССР, из-за рубежа. В 1994 г. на базе ЦИУ была организована Российская медицинская академия последипломного образования (РМАПО). Но если в советские времена только считанные ВУЗы занимались подготовкой и переподготовкой врачей и последипломным обучением, то в постперестроечный период этой деятельностью стали заниматься организации, не имеющие ни квалифицированных кадров, ни клинической базы и часто на коммерческой основе.

В последнее время отношение к последипломному образованию изменилось, и роль ведущих учреждений, имеющих длинную историю и богатый опыт обучения, возрастает. Каждый год составляется Учебно-производственный план подготовки специалистов здравоохранения по программам дополнительного профессионального образования. На нашей кафедре ведется переподготовка специалистов по следующим направлениям: эндоурология и дистанционная литотрипсия, ультразвуковая диапевтика в урологии, лазерные технологии в урологии, андрология и оперативная андрология и др. По существующему плану курсы проходят около 150 человек в год, для работников государственных учреждений обучение бесплатное. Курсы месячные, включают и теоретическую часть, и практическую. На сегодняшний день у нас отличные условия для преподавания: за кафедрой закреплены операционные блоки, оборудованные всем необходимым. По окончании выдается свидетельство государственного образца. Так выглядит стандарт обучения.

Поскольку упор мы делаем на эндоскопические и лапароскопические технологии, а повсеместно эти методы распространены не так широко, недостатка в слушателях мы не испытываем.

– Нужны ли алгоритмы оказания медицинской помощи в амбулаторном и стационарном звеньях?

– Конечно, какие-то базисные основополагающие схемы должны быть, мы достаточно широко используем стандартизированные опросники качества жизни, качества сексуальной жизни, опросники по доброкачественной гиперплазии и др. Это позволяет стандартизировать вопросы к пациенту, унифицировать понимание и постановку диагноза. В связи с этим важно использовать такие наработки в ежедневной практике, это упрощает работу уролога. Но абсолютные шаблоны не могут быть использованы.

Исторически отечественная школа урологии и медицины от зарубежной отличалась тем, что мы лечим не просто заболевание по прописанным стандартам, а каждого конкретного пациента. Покойный проф. В.С. Рябинский подчеркивал важность личной беседы с пациентом, правильно собранный анамнез – это 90 % диагноза. Если нет диагноза, то нет грамотного понимания болезни, есть лишь лечение симптомов. Например, мочекаменную болезнь (МКБ) у двух пациентов нужно лечить по-разному. У более тучного пациента применяют одни методики, у человека с проблемами сердца – другие, более щадящие. Так что это процесс достаточно творческий. Поэтому в каком-то аспекте применение шаблонов разумно, правильно и нужно. А в остальном – они недопустимы.

– Каковы преимущества и недостатки применения лазера в урологической практике?

– Когда речь идет о применении лазера, говорить нужно о каждом конкретном виде, имеющем свою определенную нишу. Есть группа терапевтических лазеров, которые облучают кровь и плазму (низкопольные, немощные лазеры), большая группа хирургических лазеров – гольмиевые, YAG, эксимерные. В зависимости от длины волны, различаются возможности и сферы применения устройств.

На кафедре Эндоскопической урологии РМАПО ведется научно-исследовательская деятельность в области изучения лазерных технологий и их использования в урологии и онкоурологии. Также мы тесно сотрудничаем с Институтом общей физики РАН им. А.М. Прохорова и очень давно (около 20 лет) применяем отечественный лазер «Лазурит». Если мы говорим о «Лазурите», то нельзя обобщать его с Nd:YAG-лазером зарубежного производства, поскольку у него другие возможности.

Сейчас мы используем вторую, улучшенную версию «Лазурита». Самый главный недостаток первой – дозировать количество энергии было невозможно. Этот лазер стал прообразом нынешнего, где в одном корпусе находятся два самостоятельных лазера: модифицированный Nd-YAG импульсно-периодический лазер, а второй – лазер-литотриптор, который применяется при лечении МКБ. Общеизвестно, что на сегодняшний день – это актуальнейшая проблема, около 50 % пациентов, которые обращаются к нам, страдают МКБ. Для того, чтобы разрушить камень, нужно подвести световод непосредственно к камню, коснуться его и включить импульс. Особенность действия «Лазурита» в том, что оно нетравматично в силу определенной физики и механизма возникновения ударной волны. С помощью маломощного гольмиевого лазера можно разрушить камень за 30–40 минут, с помощью «Лазурита» – за 10–15 секунд. При этом, если световод по какой-то причине был направлен на стенку лоханки или мочевого пузыря, излучение не травмирует ее. В результате – осложнения минимальны.

— По Вашим прогнозам, когда эндоскопические вмешательства (ТУР, КУЛТ) возможно будет выполнять амбулаторно?

— На сегодняшний день такие исследования, как биопсия ПЖ, биопсия мочевого пузыря, контактные литотрипсии можно выполнять амбулаторно или в стационаре одного дня. В зависимости от объема ПЖ можно выполнить трансуретральную резекцию (ТУР), однако лазерные технологии позиционируются как менее кровоточивые. Но, как правило, для выполнения данной операции требуется эпидуральная анестезия, в результате чего пациент обездвиживается на 10 часов и, соответственно, он восстанавливается только к ночи, и нет смысла его выписывать. Таких пациентов можно оставлять на один день. Это реальность сегодняшнего дня и наша ежедневная практика.

– Целесообразно ли широкое внедрение тулиевого лазера в урологию? Каковы перспективы развития лазерных технологий в урологии?

– На сегодняшний день развитие лазерных технологий происходит, к сожалению, за рубежом. Немногим более 50 лет назад лазерные технологии как таковые были прерогативой СССР, в 1964 г. академик А.М. Прохоров получил Нобелевскую премию за работу по квантовой электронике, которая привела к созданию лазера. Если 40 лет назад в экспозицию любой выставки на данную тему входило множество советских лазеров и несколько американских, то сейчас российская техника не представлена вообще. Из-за перестройки и распада СССР мы потеряли колоссальный пласт научных разработок.

Сейчас из-за рубежа поставляются устройства, заточенные под определенные типы вмешательств: для выпаривания ПЖ, для разрушения камней, для лазерной энуклеации (тулиевый лазер). С помощью тулиевого лазера производится аденомэктомия, которая позиционируется как менее кровавая. Как долго будет использоваться этот метод – время покажет.

Возвращаясь к «Лазуриту»: с его помощью мы производим интерстициальную лазерную коагуляцию. Вглубь ткани вводится световод, под воздействием энергии определенной мощности и в заданном временно́м промежутке мы гарантированно получаем тотальное разрушение ткани в необходимом объеме. Мы провели множество экспериментов в ткани почки, в ткани ПЖ и т. д., и сейчас вышли на тот уровень, когда вылечивать опухоли почки небольших размеров без больших операций – реально, в т. ч. локализованные формы рака ПЖ. При раке мочевого пузыря вероятность рецидива опухоли достигает 70 %. Если же после ТУР обработать ложе лазером, то вероятность рецидива уменьшается в десятки раз и не превышает 2 %. Клинические исследования мы проводили на протяжении 5 лет и сейчас видим очень большие перспективы использования лазера в этом направлении.

– Каковы перспективы и направления развития вашей кафедры?

– Последние 15 лет мы являемся членами Всемирной ассоциации эндоскопических урологов, регулярно посещаем Всемирный конгресс по эндоурологии, представляем там доклады, презентации. На ежегодном Всемирном конгрессе по фокальным методам воздействия наш доклад по лечению рака почки занял первое место. Урология, которая существовала 30 лет назад, – это традиционная урология, она предусматривала разрез при любом виде оперативного вмешательства. Сейчас в год в нашей клинике проводится около 1200 операций, из них открытых – 100. МКБ лечим эндоскопически, рак почки – лапароскопически. Стараемся быть на острие новых разработок оперативного лечения, быстро их внедрять и обучать врачей. Наша основная задача – быть на уровне ведущих зарубежных клинических больниц. Все условия для этого на сегодняшний день есть.

Применение Nd:YAG-лазера («Лазурит») в современной онкоурологии

О.В. ТЕОДОРОВИЧ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой эндоскопической урологии РМАПО; e-mail: teoclinic@rambler.ru

М.Н. ШАТОХИН, д.м.н., профессор кафедры эндоскопической урологии РМАПО

С.А. НАРЫШКИН, к.м.н., доцент кафедры эндоскопической урологии РМАПО

В настоящее время лечение локализованной онкоурологической патологии представлено радиочастотной абляцией и криодеструкцией. В литературе присутствует небольшое число публикаций, посвященных применению различных лазеров при воспалительных заболеваниях мочевыводящих путей, стриктурах и т. д., однако в онкологической практике лазерные технологии широко не применяются.

На данный момент в подходах к лечению рака почки и предстательной железы (ПЖ) имеет место смещение «хирургических весов» в сторону органосохраняющих и малоинвазивных операций. В связи с этим является закономерным, что в этом году пройдет очередной, уже 7-й International Symposium on «Focal Therapy and Imaging in Prostate and Kidney Cancer», на котором представлены и обсуждаются новые методики лечения данных нозологий. Кафедрой эндоскопической урологии Российской медицинской академии последипломного образования совместно с Институтом общей физики РАН им. А.М. Прохорова разработаны новые методики – интерстициальная лазерная коагуляция (ИЛК) при раке почки и ПЖ, а также лазерная коагуляция ложа после трансуретральной резекции стенки мочевого пузыря при неинвазивно-мышечном раке мочевого пузыря.

Интерстициальная лазерная коагуляция при объемных образованиях почек

Еще на доклиническом этапе, для изучения воздействия Nd:YAG лазерного излучения в импульсном режиме генерации на ткань почки и подбора оптимальных параметров для выполнения ИЛК, в качестве экспериментальных животных использовали 6 кроликов-самцов и 5 беспородных собак. Непосредственно после воздействия, а также на 3-и, 7, 14 и 35-е сутки образцы ткани, подвергшейся воздействию, изымались для проведения гистологического исследования.

При патогистологическом исследовании ткани почки после проведенной ИЛК выделены следующие зоны (рис. 1):

1. Зона некроза, характеризующаяся полной гибелью клеточных элементов в виде коагуляционного некроза, определение границ между клеточными элементами не представляется возможным, ядра в клетках не определяются, отмечаются явления карбонизации (обугливания).

2. Зона транзиторных изменений, которая характеризуется разнообразием морфологических изменений: отмечается сочетание обратимых и необратимых изменений. В зоне, прилежащей к зоне некроза, отмечается доминирование необратимых процессов, в то время как в зоне, прилежащей к зоне демаркационного воспаления, доминируют обратимые изменения. Необходимо отметить, что в данной зоне отмечается выраженный полиморфизм морфологических изменений и тесное переплетение обратимых и необратимых процессов.

3. Зона демаркационного воспаления, характеризующаяся сочетанием выраженных явлений отека, полнокровия сосудов микроциркуляторного русла и наличием круглоклеточного инфильтрата.

4. Зона относительно сохранной ткани, в которой патологические изменения практически отсутствуют.

В результате экспериментальных исследований установлены этапность и характеристики морфологических изменений, которые позволяют применять ИЛК для деструкции малых образований почек без нарушения основной функции органа. Кроме того, определены диапазоны доз воздействия: 20–40 Вт выходной мощности излучения при дозе энергии облучения в диапазоне 200–400 Дж.

ИЛК выполнялась с помощью блока «скальпель-коагулятор» (Nd:YAG лазер) хирургического комплекса «Лазурит», работающего в импульсно-периодическом режиме генерации с длиной волны 1064 мкм (рис. 2).

Лазерное волокно доставлялось чрескожным пункционным и лапароскопическим доступами. Для наведения при пункционном доступе использовались ультразвуковые аппараты «Hawk» и «Profocus» (B&K medical) и Hi Vision Preirus (Hitachi) с конвексными датчиками с изменяемой частотой сканирования, а также МСКТ GE Light Speed VCT.

Параметры воздействия: выходная мощность лазерного излучения 16, 21, 24 Вт, частота повторения импульсов – 50–100 Гц, экспозиция 10–20 сек.

С 2008 по 2013 г. нами была выполнена ИЛК опухолей почки 23 пациентам (16 мужчинам и 7 женщинам). У 3 пациентов опухоль располагалась в единственной почке, 11 больным ИЛК выполнялась в связи с наличием выраженной сопутствующей патологии и непереносимостью радикальной операции; у 9 пациентов предпочли ИЛК другим видам оперативного лечения.

Диаметр опухолей варьировался от 5 до 60 мм. Перед проведением ИЛК все пациенты подвергались пункционной биопсии новообразования.

Рис. 2. Лазерный хирургический комплекс «Лазурит»

Для выполнения ИЛК под МСКТ и/или УЗИ контролем последовательно выполнялась аппликация пункционных игл таким образом, чтобы расстояние между дистальными концами последних составляло около 5 мм, а число игл перекрывало всю площадь опухоли (рис. 3). При этом дистальный конец иглы устанавливался в 4–5 мм от дистального края опухоли, затем последовательно из игл удалялись мандрены и вводился волоконный катетер. После окончания лазерного воздействия на ткань игла и световод подтягивались на 7–8 мм, после чего вновь включалось излучение с заданными параметрами. Подобное воздействие на ткань опухоли проводилось до тех пор, пока конец иглы не выходил за пределы опухоли.

Таким образом, получен некий элементарный объем коагулированной ткани под воздействием одной последовательности импульсов, из которого путем увеличения числа воздействий по глубине и ширине складывается общий объем ткани опухоли, подлежащий коагуляции.

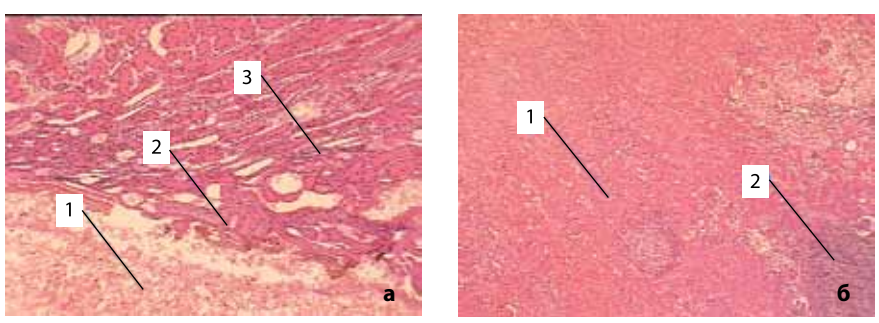
При ультразвуковом сканировании непосредственно после ИЛК зона коагуляции определялась как гиперэхогенная структура, а при МСКТ-контроле – как зона пониженной плотности с участками деструкции. Спустя 3 месяца в области проведения ИЛК отмечались участки повышенной эхогенности, втяжение паренхимы, а также тяжи в паранефральной клетчатке.

У 8 пациентов выявлено полное замещение ткани опухоли фиброзом с отсутствующим кровотоком (максимальный срок наблюдения 42 месяца, рис. 4). У 9 больных отмечено уменьшение опухоли в размерах, снижение кровотока. Трем больным из данной группы через 14 месяцев выполнена нефрэктомия. В 4 случаях через 3–5 месяцев после первой ИЛК была выполнена повторная ИЛК, улучшившая результаты, достигнутые при первом вмешательстве.

У двух пациентов с высокой суммарной энергией (один из них имел опухоль 60 мм в диаметре) отмечено послеоперационное осложнение – гидронефротическая трансформация, по поводу чего была выполнена нефрэктомия. Других осложнений отмечено не было.

Рис. 3. Аппликация игл для ИЛК под сочетанным УЗ и МСКТ контролем.

Рис. 1. Гистологический срез ткани почки кроликов сразу (а) и на 3-и сутки (б) после лазерного воздействия.



а: 1 – канал, образованный при вводе волоконного катетера; 2 – карбонизированная ткань; 3 – зона некробиоза; б: 1 – некроз коркового слоя почки; 2 – очаговый и диффузный инфильтраты из лейкоцитов.

Рис. 4. МСКТ до и после ИЛК опухоли почки

Для оценки динамики у остальных 4 пациентов, отличающихся низкой приверженностью лечению, необходимы новые данные МСКТ.

Таким образом, разработанный метод интерстициальной лазерной коагуляции опухоли почки с применением Nd:YAG лазера достаточно безопасен и эффективен, может применяться как самостоятельный метод лечения пациентов с раком почки, которым радикальное лечение невыполнимо, метод может сочетаться с таргетной терапией.

Интерстициальная лазерная коагуляция рака предстательной железы

Для лечения рака предстательной железы (РПЖ) был разработан метод интерстициальной лазерной коагуляции с помощью пункционной доставки лазерного излучения с применением твердотельного Nd:YAG лазера в импульсно-периодическом режиме.

Экспериментальная часть исследования по воздействию лазерного излучения на ткань ПЖ *in vivo* выполнена на 8 беспородных собаках. На 3-и, 7, 14 и 35-е сутки после воздействия образцы ткани, подвергшейся воздействию, изымались для проведения гистологического исследования. Во всех образцах наблюдался некроз ткани ПЖ, на месте которого к 14-м суткам образовывалась полость, заполненная продуктами аутолиза (рис. 5). Размер полости варьировался от 0,5 до 1 см в диаметре. Согласно полученным результатам, были выбраны оптимальные режимы воздействия для клинической практики: мощность воздействия – от 24 до 31 Вт, а длительность воздействия в одной зоне действия лазера – от 10 до 30 секунд.

В клинической практике интерстициальная лазерная коагуляция была проведена 30 больным РПЖ стадии T1c-2N0M0, которым в последующем в обязательном порядке выполняли позадилонную радикальную простатэктомию. ИЛК выполняли с помощью лазерного хирургического комплекса «Лазурит», для навигации использовали ультразвуковые аппараты «Hawk» и «Profocus» (B&K medical) с биплановыми трансректальными датчиками, чрескожные пункции осуществляли трансперинеально.

Эффективность метода оценивали по результатам планового гистологического исследования удаленной ПЖ, в связи с чем простатэктомию выполняли на 1-е, 6, 15, 27, 35-е сутки после ИЛК. Некроз опухолевой ткани ПЖ с образованием полости был достигнут при мощности лазерного излучения 31 Вт, частоте повторения импульсов 100 Гц, экспозицией в одном участке 30 сек.

У 8 пациентов в раннем послеоперационном периоде отмечалось ухудшение мочеиспускания в виде слабой струи мочи, учащения мочеиспускания, дискомфорта в области промежности и в зоне трансперинеальных пункций. При этом только у 2 пациентов дизурические явления отсутствовали до операции и появились после ИЛК. У одного пациента имела место острая задержка мочеиспускания, что потребовало катетеризации уретральным катетером в течение трех суток.

В результате проведенных исследований была получена единица объема ткани ПЖ, подвергающаяся некрозу с последующим лизисом в результате воздействия одного подхода импульсного Nd:YAG лазера с заданными параметрами, что позволило рассчитать число подходов для деструкции опухоли заданного размера.

При анализе результатов ИЛК, проведенных с 2010 по 2013 г. 10 пациентам с РПЖ в стадии T1c-2N0M0, установлено, что у всех пациентов, спустя 1 месяц при УЗ-контроле в зоне воздействия определялось жидкостное образование. Еще через 3 месяца доля ПЖ, подвергшаяся воздействию, значительно уменьшалась в размерах (рис. 6), а в зоне коагуляции определялись фиброзные изменения, у 5 пациентов отмечено значительное снижение уровня простатического специфического антигена, по данным патоморфологического исследования, после контрольной биопсии отмечались атрофия и хроническое воспаление, признаки онкологического процесса отсутствовали.

Таким образом, разработанный метод ИЛК с учетом зональности происходящих изменений в ткани ПЖ, контролируемости размеров зон деструкции является безопасным и эффективным и может быть использован как компонент фокального малоинвазивного противоопухолевого воздействия в комплексном лечении больных РПЖ.

«...»

Разработанный метод ИЛК с контролируемыми размерами зон деструкции является безопасным и эффективным, может быть использован как компонент фокального малоинвазивного воздействия в комплексном лечении РПЖ

Лазерная коагуляция ложа после трансуретральной резекции у пациентов с неинвазивно-мышечным раком мочевого пузыря

Неинвазивно-мышечный рак мочевого пузыря (НМРМП) – одна из самых сложных проблем современной онкоурологии, поскольку рассматривается как болезнь всей слизистой оболочки мочевого пузыря, а не как ее локальное поражение (И.Г. Русаков и соавт., 2003). С учетом этого лечение НМРМП должно быть органосохраняющим, направленным на радикальное удаление опухоли, профилактику рецидивов и предотвращение прогрессирования заболевания (R.A. Badalament и соавт., 1997). Трансуретральная резекция (ТУР) стенки мочевого пузыря с опухолью является стандартной процедурой лечения НМРМП. По данным различных авторов, после ТУР рецидивы возникают в 50–90 % случаев (S. Holmang и соавт., 1995; А.Г. Мартов, 2000; D.L. Lamm, 2003). Это может быть связано с мультифокальностью опухолевого процесса, нерадикальностью удаления опухоли и др. (О.Ф. Каган, 2002). В связи с этим мы предложили использовать Nd:YAG-лазер для аблации ложа опухоли после ТУР стенки с опухолью с целью профилактики рецидивов и предотвращения прогрессирования заболевания.

С 2007 по 2013 г. были прооперированы 58 больных с применением лазерной коагуляции ложа опухоли после ТУР. Контрольную группу составили 45 пациентов, которым выполнялась только ТУР.

Методика выполнения ТУР + диапазон лазерная коагуляция состояла из двух этапов: моно- или биполярная ТУР стенки мочевого пузыря с опухолью, а затем лазерная коагуляция ложа удаленной опухоли с окружающими тканями. Для коагуляции использовался Nd:YAG лазер хирургического комплекса «Лазурит», работающего в импульсно-периодическом режиме генерации с длиной волны 1064 мкм. Воздействие осуществлялось на расстоянии 2–3 мм от поверхности ложа опухоли, последовательно по всей площади резекции, время коагуляции было прямо пропорционально размерам ложа опухоли.

Анализ результатов лечения больных после ТУР и сочетания ТУР + лазерная коагуляция показал, что у 58 пациентов после применения ТУР стенки мочевого пузыря с опухолью в сочетании с лазерной коагуляцией ложа в течение 2 лет местный рецидив был зарегистрирован в 3,4 % случаев, а после стандартной трансуретральной резекции – в 20 % случаев.

В послеоперационном периоде выраженная макрогематурия у пациентов после ТУР отмечалась в 2,5 раза чаще, чем у больных после ТУР + лазерная коагуляция, а у 8 пациентов последней группы интраоперационное кровотечение и послеоперационная макрогематурия практически отсутствовали. Средние сроки удаления уретрального катетера после ТУР + лазерная коагуляция и ТУР составили 1,6 и 2,4 суток соответственно.

Таким образом, лазерная коагуляция ложа опухоли после ТУР при НМРМП показала свою эффективность и безопасность.

В заключение хотелось бы отметить, что применение Nd:YAG лазера в онкоурологии является безопасным, эффективным и достаточно перспективным. Однако необходимо накапливать фактический материал о применении данного метода и проводить его анализ.-

Рис. 5. Предстательная железа собак сразу после воздействия (А), на 3-и сутки (Б), на 7-е сутки (В), на 14-е сутки (Г) после ИЛК

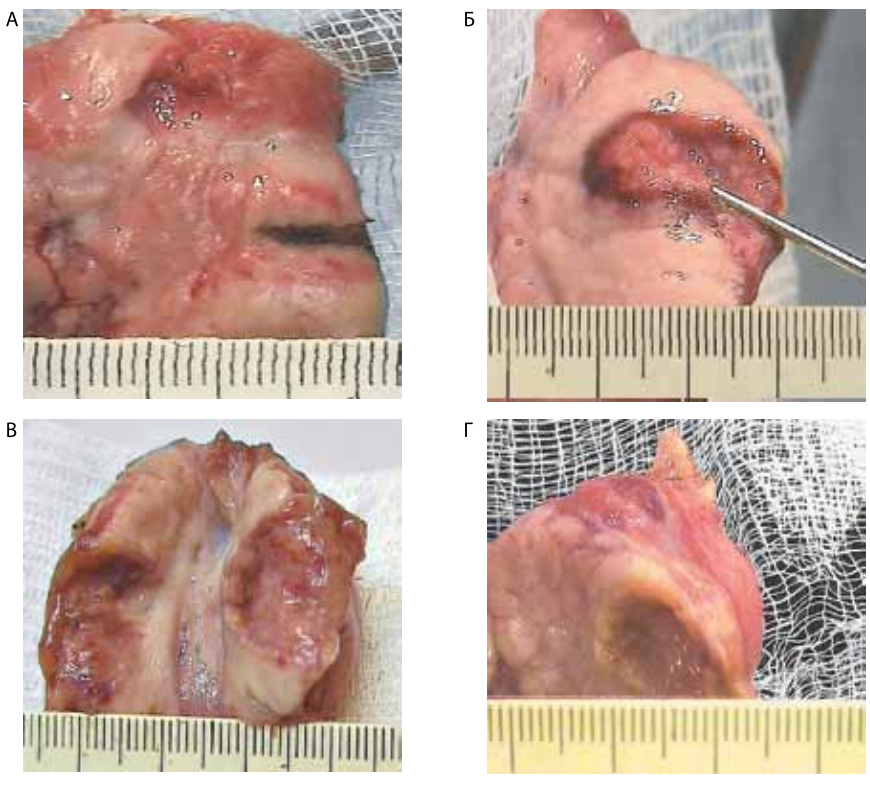
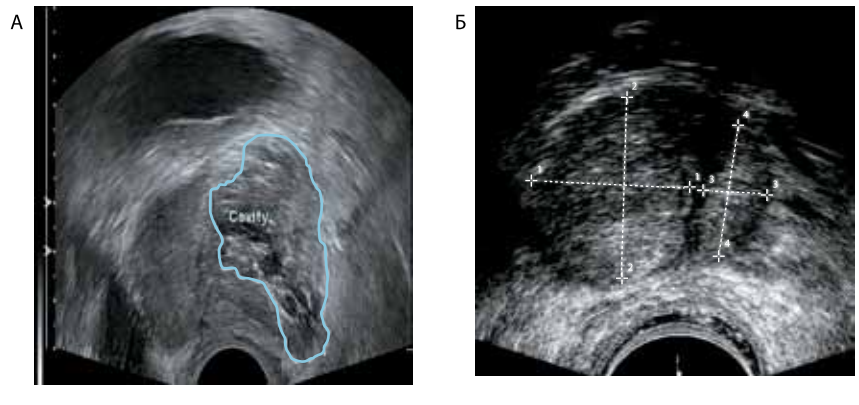


Рис. 6. Предстательная железа собак сразу после воздействия (А), на 3-и сутки (Б), на 7-е сутки (В), на 14-е сутки (Г) после ИЛК



НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Искусство лечить правильно

Несмотря на большое количество публикаций, проблема гиперактивного мочевого пузыря вызывает большой интерес у урологов, постоянно возникают те или иные вопросы, поэтому мы и возвращаемся время от времени к освещению методов диагностики, лечения, появления новых препаратов или их новых форм для лечения этого заболевания. Наша беседа с к.м.н., доцентом кафедры урологии МГМСУ Геворгом Рудиковичем Касяном посвящена появлению новой дозировки препарата Везикар (солифенацин) и особенностям ее применения.

– Насколько распространен гиперактивный мочевой пузырь в России?

– Как известно, гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) является диагнозом исключения, что приводит к необходимости исключения других причин расстройств мочеиспускания. Конечно, это несколько усложняет его диагностику. Данные о распространенности этого состояния в целом сводятся к тому, что от 12 до 17 % населения могут страдать от ургентных позывов на мочеиспускание и это подтверждает актуальность проблемы.

– Какие мероприятия относятся к первой линии терапии?

– Первая линия терапии заключается в выполнении рекомендаций по изменению питьевого режима и ограничению определенных продуктов питания, в частности содержащих кофеин. Но, к сожалению, большинству пациентов все же требуется медикаментозное лечение препаратами первой линии являются холинолитики.

– Урологи знают, что встречаются пациенты, у которых несмотря на применение холинолитиков все же остаются симптомы гиперактивности. Что делать в таких случаях?

– Это сложная клиническая дилемма. Ряд исследователей считают, что в таких ситуациях можно использовать повышенные дозы холинолитиков, что обеспечивает лучшую эффективность терапии и контроля симптомов. Конечно, такой метод сразу вызовет вопросы по поводу побочных эффектов и отказа в связи с этим пациентов от лечения. Существует т. н. тактика увеличения дозировки по запросу для лечения больных, для которых начальные дозы препаратов неэффективны. Такой тактический подход был неоднократно исследован для солифенацина, а также для дарифенацина и оксибутинина. Анализ данных этих исследований показал, что, как правило, увеличение дозы холинолитиков требуют те пациенты, у которых расстройства мочеиспускания более выражены. Более того, увеличение дозы препарата намного лучше сказывается на состоянии пациентов с более выраженными симптомами. В различных клинических исследованиях доказано, что до 50 % больных ГАМП просят повысить дозу холинолитиков из-за недостаточного лечебного эффекта. С учетом этого назначение препаратов с возможностью дальнейшего увеличения дозировки имеет несомненные преимущества.

– Какой препарат наиболее изучен в этом отношении? Какими исследованиями это подтверждается?

– Наиболее изучен солифенацин. Известно, что стандартная начальная доза препарата составляет 5 мг/сут, но при необходимости она может быть увеличена вдвое. Эффективность и безопасность такой лечебной тактики была изучена в ходе нескольких рандомизированных клинических исследований, таких как STAR, SUNRISE, VENUS, VERSUS, VOLT. Поражает масштабность этих исследований – в них приняли участие в общей сложности около 3000 пациентов.

– В чем заключаются эти исследования?

– Наиболее масштабные данные получены из европейского исследования STAR, в которое были вовлечены 1177 больных ГАМП, которые были рандомизированы в две группы, в одной из которых пациенты получали 5 мг солифенацина, а в другой – 4 мг толтеродина. Спустя 4 недели лечения пациенты могли предъявить запрос для увеличения дозы препарата, основываясь на собственных ощущениях и удовлетворенности от лечения. Интересно, что те больные, которые изначально получали толтеродин и обращались за удвоением дозы, получали дополнительную таблетку с плацебо, тем самым оставаясь на дозе 4 мг/сут. Больные другой группы, требовавшие увеличения дозы препарата, получали 10 мг солифенацина в сутки. Таким образом, авторы исследования оценивали плацебо-эффект, связанный с увеличением количества препарата. Другое обширное международное исследование SUNRISE подтвердило полученные выводы. Ургентность у больных, увеличивших дозу солифенацина до 10 мг была меньше в 4,6 раза по сравнению с дозой 5 мг.

Как и следовало ожидать, солифенацин в повышенной дозировке по эффективности значительно превосходил толтеродин в стандартной дозировке через 12 недель от начала лечения. Было зафиксировано значительное снижение числа ургентных позывов на мочеиспускание, в т. ч. и сопровождающихся ургентным недержанием мочи, на 50 %. Около 48 % больных, получавших 5 мг солифенацина, и 51 % больных, получавших 4 мг толтеродина, обратились к своим врачам за увеличением дозы препарата. Анализ данных этих пациентов показал, что до начала лечения они имели более выраженные симптомы ГАМП, а также многие из них ранее безуспешно лечились другими препаратами. Как оказалось, часть больных, включенных в исследование, продолжали принимать 5 мг солифенацина и были удовлетворены клиническим эффектом препарата. Остальные перешли на двойную дозу препарата, т. к. не были удовлетворены результатами лечения. Это позволило им значительно повысить эффективность медикаментозной терапии и сделать ее сопоставимой с терапией солифенацином в низких дозах.

> «...»
>
> ***Эффективность и безопасность увеличения вдвое стандартной начальной дозы солифенацина изучена в ходе нескольких рандомизированных клинических исследований, таких как STAR, SUNRISE, VENUS, VERSUS, VOLT***

– Проводились ли исследования, касающиеся именно применения солифенацина в дозе 10 мг?

– Да, такое исследование было проведено F. Chu и соавт. и опубликовано в 2009 г. в Curr Ther Res Clin.

Целью исследования было определение эффективности, безопасности и переносимости солифенацина в дозе 10 мг/сут. Пациенты были рандомизированы в соотношении 1:1 для 12-недельной терапии (1 раз в сутки) солифенацином по 10 мг (340 человек) или плацебо (332 человека). Оценивали изменение среднего числа мочеиспусканий за 24 часа, число эпизодов императивного позыва на мочеиспускание за 24 часа, недержания, ночного мочеиспускания и ночной полиурии, а также средний объем мочеиспускания по сравнению с исходными данными. Переносимость оценивали по побочным эффектам, основным показателям состояния организма (артериальное давление, частота сердечных сокращений и дыхательных движений), ЭКГ, результатам лабораторных анализов и физикального обследования.

– Что показали результаты исследования?

– Результаты исследования показали, что 12-недельная терапия солифенацином в дозе 10 мг/сут способствовала значительному уменьшению выраженности симптомов ГАМП, включая частоту мочеиспусканий, эпизоды ургентности и императивного недержания мочи. Лечение солифенацином увеличило объем мочеиспусканий на 47,2 %, а 53,0 % пациентов, страдавших императивным недержанием мочи, избавились от данного симптома. Эффективность препарата в дозе 10 мг сопровождалась благоприятным профилем безопасности и переносимости.

– Что в заключение Вы хотели бы сказать урологам, занимающимся лечением пациентов с ГАМП?

– Урологам можно рекомендовать не бояться назначать солифенацин в дозировке 10 мг с первого дня лечения, если есть такая необходимость. Доказано, что это приводит к улучшению состояния больных, для которых стандартная доза препарата является недостаточной. Применение 10 мг солифенацина в качестве начальной дозы больным с императивным недержанием мочи приводит к избавлению большинства из них от данного симптома. Эффективность применения препарата в дозе 10 мг сочетается с благоприятным профилем безопасности и переносимости.

Таким образом, гибкий подход к использованию солифенацина позволяет добиваться лучших результатов в лечении больных ГАМП, в т. ч. и в тех случаях, когда начальное лечение оказывается недостаточно эффективным или прерывается вследствие выраженных побочных эффектов.

Юлия Кудрявцева

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

10 мг

Отдохни,
ургентность не торопит!

Везикар®
солифенацин

Везикар® 10 мг
в 4,5 раза эффективнее 5 мг
в снижении ургентности*

* *Под ургентностью подразумевается общий бал ургентности в исследовании Cardozo et al, Severity of overactive bladder symptoms and response to dose escalation in a randomized, double-blind trial of solifenacin (SUNRISE). 2013 BJU International, 110 (5): 804–810.*

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

ЛС-000687 от 05.07.2010

Информация для специалистов здравоохранения

RUS/VES/08.2014/KASHT/375

РЕКЛАМА

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Хроническая тазовая боль – как ею управлять?

Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) остается одним из наиболее трудных заболеваний в урологической практике, им страдают миллионы пациентов, качество жизни которых драматически снижается. СХТБ характеризуется упорным течением и недостатком эффективных способов борьбы с ним. Эти проблемы корреспондент газеты Александр Рылов обсудил с профессором кафедры нервных болезней МГМСУ им. А.И. Евдокимова, руководителем Междисциплинарного центра боли, заведующим нейростоматологическим отделением ГКБ №50, Президентом Медицинского общества специалистов по дисфункциональным неврологическим расстройствам и нейростоматологии М.Н. Шаровым и профессором кафедры урологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, членом Правления Российского общества урологов, Ученого совета ФПДО МГМСУ, Общества экспертов по изучению интерстициального цистита (ESSIC), автором методик диагностики и терапии интерстициального цистита и монографии «Диагностика и лечение интерстициального цистита у женщин» А.В. Зайцевым.

— Михаил Николаевич, дайте, пожалуйста, современное определение синдрома хронической тазовой боли

М.Н. Шаров:

– «Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) – это наличие постоянных или повторяющихся эпизодов боли, воспринимаемой в структурах таза как мужчинами, так и женщинами. Она нередко ассоциирована с симптомами нижних мочевыводящих путей, сексуальной, кишечной, гинекологической дисфункцией или нарушением функции тазового дна при отсутствии инфекции и другой очевидной патологии» – вот определение, предложенное в 2012 г. Европейской ассоциацией урологов и Международной ассоциацией по изучению боли.

— Андрей Владимирович, СХТБ – это актуально для практического здравоохранения или пока – больше область научная?

А.В. Зайцев:

– Безусловно, мы обсуждаем одну из острейших проблем клинической практики и медицинской науки. СХТБ является одним из наименее изученных заболеваний, сочетающим в себе патологию сразу нескольких различных систем организма. С недостатком наших знаний о СХТБ, видимо, связано и то, что подобный диагноз, хотя он и широко применяется клиницистами, до сих пор не включен в МКБ-10. Но одновременно СХТБ – это крайне актуальная медико-социальная проблема. Достаточно вспомнить о распространенности этого синдрома. Группа заболеваний, называемых дисфункциональными болевыми синдромами, к которой относится СХТБ, уступает по распространенности только острым респираторным заболеваниям. А вот внутри дисфункциональных болевых синдромов хронические тазовые боли лишь ненамного отстают от самого частого заболевания среди этих синдромов – дорсопатий. Например, в Англии боли в спине встречаются у 4,1 % населения, а хронические тазовые боли – у 3,8 %. К сожалению, российской статистики по СХТБ пока нет, но известно, что в Англии им страдают свыше 1 млн, а в США – более 9 млн женщин.

— Каковы основные механизмы развития СХТБ?

М.Н. Шаров:

– Сначала уточню, что первопричина тазового, как и любого другого хронического болевого синдрома – это поражение ансамбля нейронов, составляющих основу антиноцицептивной системы. По непонятным пока причинам у части пациентов, страдающих заболеваниями тазовых органов, интегративная деятельность в этом ансамбле нарушается. И тогда антиноцицептивная система перестает адекватно контролировать боль. Ведущим механизмом указанных нарушений является сенситизация, т. е. «перемещение боли» от периферического пораженного органа в мозг, где афферентные импульсы от этого органа воспринимаются и обрабатываются. В результате болевой синдром приобретает чрезвычайно стойкий характер. И обычно он не проходит, даже если излечивается болезнь, первоначально «запустившая» СХТБ, например простатит или цистит. Подчеркну теперь, что сколь не велик вклад в ухудшение качества жизни таких больных, скажем, частых императивных позывов к мочеиспусканию или недержания мочи, но с годами именно психоневрологическая симптоматика из-за мучительной неотступной боли выходит на первый план и становится причиной социальной дезадаптации, фрустрации, тяжелейших депрессий, а нередко и суицидальной настроенности пациентов. Итак, этот синдром возникает только тогда, когда некое заболевание тазовых органов сочетается с «разбалансировкой» антиноцицептивной системы мозга.

А.В. Зайцев:

– У женщин СХТБ чаще всего возникает на фоне синдрома болезненного мочевого пузыря (СБМП), который мы раньше называли интерстициальный цистит (ИЦ). Нередкими «триггерами» СХТБ являются также эндометриоз, синдром раздраженного кишечника и спайки в полости малого таза. Пациентки с СБМП/ИЦ испытывают императивные позывы к мочеиспусканию и мучительную тазовую боль, возрастающую при наполнении мочевого пузыря. Две самые частые причины СХТБ у женщин – СБМП/ИЦ и эндометриоз – могут сочетаться у одной пациентки в 40–80 % случаев. Эти заболевания нередко являются «симптоматическими близнецами», что крайне затрудняет их распознавание и лечение. У многих таких пациенток выявляются и тяжелые миофасциальные боли в области таза с изменениями в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, что вызывает необычный корешковый болевой синдром. Также присоединяются головные боли напряжения, мигрень, синдром хронической усталости, синдром раздраженного кишечника и «шлейф» других патологий. Для описания этого обширнейшего комплекса расстройств применяется термин «продолжительный телесный недуг» или «функциональный соматический синдром». Можно предположить, что это состояние наступает потому, что в случае тазового и любых других хронических болевых синдромов поражение мозга не ограничивается антиноцицептивной системой, а вовлекаются и многие другие нейрональные ансамбли, в т. ч. контролирующие вегетативные функции. Что же касается мужчин, то и у них чаще всего СХТБ развивается из-за заболеваний предстательной железы, прежде всего, хронического простатита. «Мужская симптоматика» отличается хронической болью в промежности, головке полового члена, мошонке и над лоном, усиливающейся при мочеиспускании или эякуляции. Как и у женщин, у мужчин к хронической тазовой боли со временем присоединяется множество других расстройств. Например, хронический простатит примерно в 17 % случаев сочетается с СБМП/ИЦ. Примечательно, что и хронический простатит у мужчин, и СБМП/ИЦ у женщин, на фоне которых развился СХТБ, имеют абактериальную природу и недостаточно изученный этиопатогенез. Потому их лечение особенно сложно. В целом пациенты этих групп составляют около 15 % амбулаторных урологических пациентов. Средний возраст пациента, когда у него начинается СХТБ, составляет 35–50 лет.

— У какого специалиста должен лечиться пациент с СХТБ? Лечение СХТБ возможно у одного узкого специалиста?

М.Н. Шаров:

– Правильнее говорить не о лечении хронических болевых синдромов, а об установлении эффективного управления болью, контроля боли, что можно достичь только при активном соучастии в терапии пациента и напряженной работе полидисциплинарной команды спе-

«...»

СХТБ возникает только тогда, когда некое заболевание тазовых органов сочетается с «разбалансировкой» антиноцицептивной системы мозга

циалистов. К сожалению, оптимальным результатом этих усилий для подавляющего большинства пациентов пока остается снижение боли и уменьшение частоты ее приступов, или достижение длительной ремиссии, но не полная победа над болью. Столкнувшись с СХТБ, уролог должен поставить предварительный диагноз дисфункционального болевого синдрома и направить пациента в специализированные центры изучения и лечения боли, где ведущим специалистом является врач-альголог. Только он способен применять специальные методы терапии для восстановления функций антиноцицептивной системы. И еще очень важно, чтобы у этого врача был опыт совместной работы с узкими специалистами, в т. ч. с урологами, чтобы обеспечить параллельное и согласованное лечение СХТБ и патологии, на фоне которой он возник. По статистике Евросоюза, на 100 тыс. населения здесь действует один центр боли, а в США их уже свыше 10 тыс. Правда, название «центр» тут применяется условно. Обычно речь идет о небольшой команде врачей, либо даже об одном специалисте-альгологе, которые имеют свой офис для амбулаторного приема и относительно несложное оборудование. Но в мире уже работает ряд крупных полидисциплинарных центров по направлениям любой хронической боли, среди них есть и российский, где кроме альгологов работают и врачи других специальностей, есть стационарные отделения и мощное современное оборудование.

– Расскажите, пожалуйста, о работе центров боли в России.

А.В. Зайцев:

– Небольшие центры боли, аналогичные западным, уже появились в нескольких городах страны. Что же касается крупного Междисциплинарного центра боли (МЦБ), то пока в России действует только один. Он был создан по инициативе профессора М.Н. Шарова в 2011 г. на базе Московской ГКБ №50, точнее говоря, на основе работающего уже 28 лет ее нейростоматологического отделения. Но хотя название этого отделения связано с болезнями зубов, его сотрудники за эти годы накопили огромный опыт лечения не только стоматологических, но и урологических, гинекологических, ревматических, онкологических и других болевых синдромов. В составе этого МЦБ сейчас работает команда специалистов: неврологов, психотерапевта, психолога, терапевта, физиотерапевта, рефлексотерапевта. Есть стационар на 30 коек и собственная база диагностического и лечебного оборудования. Вдобавок к ней при комплексном лечении болевых синдромов привлекается любое современное оборудование из полученного недавно больницей в рамках модернизации. За год до 50 пациентов с СХТБ получают в МЦБ стационарное и свыше 150 – амбулаторное лечение. То и другое осуществляется по направлениям из лечебно-профилактических учреждений Москвы и других городов РФ в рамках системы обязательного медицинского страхования, квоты на высокотехнологичную медпомощь получать не надо.

М.Н. Шаров:

– Коллектив нашего МЦБ собран таким образом, чтобы мы собственными силами справились со всей той частью терапии болевых синдромов, которая нацелена на восстановление функций антиноцицептивной системы, лечение психоневрологических расстройств, миофасциальных болевых проявлений, невропатического компонента и, естественно, основного процесса. Причем уже внутри этого направления нужны врачи разной квалификации. Ведь опыт лечения таких синдромов показывает, что добиться успеха одной только фармакотерапией невозможно. Вот почему в нашей команде есть психо-, физио-, рефлексотерапевт и другие врачи. Интересно, что на I международном конгрессе по СХТБ, прошедшем в Амстердаме в мае прошлого года, 30 % участников были физиотерапевтами. А вот для лечения расстройств, сопутствующих СХТБ, которые не связаны с нервной системой, в т. ч. цистита и простатита, мы привлекаем наших коллег из урологической клиники ГКБ №50, старейшей и крупнейшей в нашем городе, либо кафедры урологии МГМСУ, руководимой главным внештатным специалистом, урологом МЗ РФ, профессором Д.Ю. Пушкарем. По всем гинекологическим проблемам МЦБ взаимодействует с академиком РАН Л.В. Адамян и ее сотрудниками по кафедре репродуктивной медицины и хирургии МГМСУ, развернутой на базе гинекологического отделения ГКБ №50, возглавляемой д.м.н. М.М. Соновой. По тем же принципам действуют и другие крупные западные МЦБ.

– Можно ли сопоставить эффективность лечения в московском МЦБ и аналогичных западных учреждениях?

М.Н. Шаров:

– После лечения в нашем центре показатели, характеризующие течение СХТБ и других болевых синдромов, изменяются в среднем следующим образом. Частота болевых атак в месяц снижается в 2 раза, интенсивность болевых ощущений, согласно визуальной аналоговой шкале, в 3 раза, общее число дней с болью в месяц сокращается в среднем в 3,5 раза и примерно в 2 раза падает число визитов больного к врачу. Эти показатели сопоставимы с теми, которые характеризуют и успешность борьбы с хронической болью в крупных зарубежных МЦБ.

— В нашей стране, видимо, не хватает специалистов для лечения больных СХТБ?

«...»

СХТБ является одним из наименее изученных заболеваний, сочетающим в себе патологию сразу нескольких различных систем организма

А.В. Зайцев:

– Их недостаточно для лечения пациентов и с другими болевыми синдромами. И ситуация не улучшится, если не появятся новые региональные центры боли. Пока же коллектив нашего центра делает то, что в наших силах, чтобы лечение таких пациентов в России стало более успешным. В рамках проекта Медицинского общества специалистов по дисфункциональным неврологическим расстройствам и нейростоматологии, которое возглавляет профессор М.Н. Шаров, мы реализуем образовательные программы, в т. ч. по СХТБ, для врачей первичного звена. Сейчас создаем Общество поддержки пациентов с СХТБ, консультируем по скайпу наших коллег из регионов по проблемам их больных, провели для них на сайтах Амбулаторная урология и Уро-ТВ интерактивные сессии с разбором клинических случаев СХТБ. Благодаря поддержке главного уролога ДЗ г. Москвы, члена-корр. РАН, профессора А.А. Камалова и его постоянного интереса к этой теме, в последнее время наши доклады по проблемам СХТБ все чаще звучат на форумах московских урологов. Недавно мы выступали в Минске на X конгрессе «Мужское здоровье». Мы надеемся, что вместе с Армаисом Альбертовичем и его коллегами сможем организовать образовательную программу по тазовой боли для урологов Московского региона. В соавторстве с Михаилом Николаевичем мы готовим к печати монографию по этому расстройству, а на ее основе надеемся создать национальные рекомендации по диагностике и лечению СХТБ. Пока же мы основываемся в нашей работе на уже действующих рекомендациях, изданных Международной ассоциацией по изучению боли.

— Приведите, пожалуйста, пример диагностического обследования и способа лечения пациентов с СХТБ, применяемых только в специализированных центрах боли.

М.Н. Шаров:

– Как пример инновационного способа обследования пациентов с СХТБ расскажу о приборе для количественного сенсорного тестирования, который был недавно закуплен в Израиле. Уникальность этого обследования заключается в том, что сегодня только с его помощью можно проверить, наступил ли феномен сенситизации или централизации боли, что и является основным признаком любого хронического болевого синдрома. Прибор определяет и сравнивает пороги чувствительности в разных нервных волокнах, проводящих импульсы, соответствующие глубокой и поверхностной чувствительности, в т. ч. и ноцицептивной. Затем сложная компьютерная программа оценивает результаты такого сравнения и выдает «заключение».

А теперь несколько слов о фармакотерапии СХТБ в ее направлении, адресованном нервной системе. «Золотым стандартом» такой терапии являются трициклические антидепрессанты и ингибитор обратного нейронального захвата ряда нейромедиаторов. Этот препараты у больных СХТБ используются, главным образом, для купирования центральной боли, но нередко важен и антидепрессивный эффект. Для уменьшения центральной боли применяются антиконвульсанты нового поколения габапентин и прегабалин, роль которых оказывается незаменимой, если появляются невропатические компоненты боли в случаях нарушений передачи ноцицептивных импульсов на уровне задних рогов спинного мозга. Используются также нейролептики, а среди нестероидных противовоспалительных средств – препараты, подавляющие экспрессию фермента циклооксигеназы-2 и активность простагландинов в мозге и за счет этого купирующие центральный компонент боли.

—Можно ли в заключение нашей беседы описать клинический случай пациента с СХТБ?

А.В. Зайцев:

– Расскажу о пациентке 63 лет, уже 6 лет страдающей СБМП/ИЦ и СХТБ. Эта женщина бóльшую часть времени живет в США, где есть отличные центры боли. Тем не менее она обращалась для лечения и в наш центр. Ее беспокоят боли в мочевом пузыре и мышцах тазового дна. Частота мочеиспусканий составляла 100 раз в сутки и даже больше, т. к. накопление 30–50 мл мочи в мочевом пузыре вызывало выраженный позыв и боль. В анамнезе – длительное лечение антибиотиками, инстилляции препаратов в мочевой пузырь, гидробужирование, лазерная коагуляция участков Гуннеровских поражений в мочевом пузыре, введение ботулинического токсина А в мочепузырный треугольник. Больной была показана имплантация нейростимулятора или кишечная пластика мочевого пузыря, по мнению наших коллег из США. Но поскольку кишечная пластика мочевого пузыря или даже его полное удаление не всегда избавляет пациентов от боли, причиной которой стала центральная сенситизация, пациентке было проведено комплексное лечение в нашем центре боли. Был назначен дальнейший длительный прием антидепрессанта, анксиолитика, нейролептика в амбулаторных условиях. В результате лечения частота мочеиспусканий сократилась в 10 раз, качество жизни значительно улучшилось.

От редакции газеты «Московский уролог» выражаем благодарность Михаилу Николаевичу Шарову и Андрею Владимировичу Зайцеву за интересное интервью.

Ангиомиолипома – опухоль почки из трех ростков

Об особенностях молекулярных механизмов заболевания, его диагностики и лечения при поражениях почек доброкачественной опухолью ангиомиолипомой корреспонденту газеты Александру Рылову рассказали заведующий кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, главный уролог ДЗ г. Москвы, член-корр. РАН, профессор А.А. КАМАЛОВ и руководитель клиники урологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина, профессор В.Б. МАТВЕЕВ, президент Российского общества онкоурологов

– Армаис Альбертович, что такое ангиомиолипома (АМЛ)?

– Так называется доброкачественное паренхиматозное новообразование, в т. ч. и почки, которое является следствием либо генетически обусловленного системного заболевания – туберозного склероза (ТС), или болезни Бурневилля–Прингла, либо развивается спорадически. Согласно международным критериям, предложенным в 1998 г. в Швеции, о наличии ТС у больного может свидетельствовать целый ряд признаков или их комбинации: ангиомиолипома почек, надпочечников, поликистоз почек, поражение сердца, легких, мозга, кожи и т. д. Особенностью этих изменений является их множественный характер, часто двухстороннее расположение в парных органах, возможность длительного бессимптомного течения, а также возраст-зависимая манифестация, которая может проявиться как в детском возрасте, так и наиболее часто – в возрасте 40 лет. Пациент с ТС может прийти на прием и к терапевту, и к семейному врачу, и, конечно же, к урологу и онкологу. Таким образом, врачи различных специальностей должны быть ориентированы в этой проблеме.

– А как часто выявляется это заболевание?

– Изменения со стороны почек встречаются почти в 85 % случаев при ТС, причем ангиомиолипомы выявляются почти у 50 % больных, кисты – у 35 %, возможно и их сочетание. Реже встречаются злокачественные опухоли почки, гломерулосклероз, нефрокальциноз, тубулоинтерстициальный нефрит и другие поражения почечной ткани в виде сосудистых дисплазий и пороков развития.

– Возможна ли трансформация АМЛ в злокачественную опухоль или развитие серьезных осложнений?

– В небольшом проценте случаев АМЛ имеют склонность к малигнизации. Если их размер меньше 4 см в диаметре, как правило, болезнь протекает бессимптомно. Современная медицина обладает сегодня ультразвуковыми аппаратами, разрешающую способность которых можно сравнить с таковой компьютерной томографии (КТ). Это дает возможность уже при первом посещении пациентом кабинета УЗ-диагностики выявлять эхопозитивные округлые образования в почечной паренхиме, т. е. АМЛ. При появлении участков просветления в центре новообразования уролог может предотвратить потенциальную угрозу развития у пациента забрюшинного или внутрипочечного кровотечения, проведя то или иное лечение.

> «...»
>
> ***Летальность, связанная с поражением почек при ТС, занимает второе место в структуре смертности после поражения мозга в результате ТС***

– Является ли АМЛ почки жизненно опасным заболеванием, и какие методы лечения используются в нашей стране сегодня?

– Летальность, связанная с поражением почек при ТС, занимает второе место в структуре смертности после поражения мозга в результате ТС. Наиболее часто причиной смерти становится хроническая почечная недостаточность.

Лечение может быть как хирургическим, так и терапевтическим с использованием препаратов определенных групп, которые относятся к противоопухолевым средствам. В 2012 г. FDA, а затем и Еврокомиссия разрешили применение препаратов из группы ингибиторов протеинкиназ, в частности эверолимуса для лечения АМЛ почки. В нашей стране, наверное, ни одна из урологических клиник не может продемонстрировать достаточного опыта применения консервативной терапии при этом заболевании. И это объяснимо. Во-первых, недавно официально расширены показания для этого препарата, и его только начали применять в урологии. Во- вторых, нет четких рекомендаций по его использованию у пациентов с АМЛ. В этом направлении и нужно активно работать.

– Всеволод Борисович, что нового известно об этиопатогенезе ТС и АМЛ почки?

– АМЛ является самой распространенной доброкачественной опухолью почек, она встречается у женщин примерно в 4 раза чаще, чем у мужчин. Само название «ангиомиолипома» отражает мезенхимальную природу опухоли. Она включает три тканевых ростка: жировой, гладкомышечный и сосудистый. Присутствие первого компонента обычно и помогает отличить АМЛ от злокачественных опухолей почки по данным обследований с использованием КТ-визуализации. Как уже сказал Вам мой уважаемый коллега, профессор А.А. Камалов, АМЛ, в т. ч. почечной локализации, возникают спорадически или как новообразования, ассоциированные с ТС. Во втором случае эти опухоли, как и сам ТС, наследуются по аутосомно-доминантному типу. Большинство случаев заболевания является следствием мутации двух генов. Первый из них кодирует белок гамартин, второй – белок туберин. Оба этих гена в норме подавляют активность mTOR. Мутации в этих генах с потерей их функции приводят к патологической активации киназы mTOR. Причем мутации генов TSC (Tuberous sclerosis complex) определяются во всех трех тканевых ростках АМЛ. Результатом этого является неконтролируемая активность mTOR, она ведет к бурной пролиферации клеток и появлению опухоли АМЛ. Ассоциированные с туберозным склерозом АМЛ поражают обе почки и, как правило, носят мультифокальный характер, в то время как «спорадическая АМЛ» обычно развивается как одиночный узел в одной почке.

– Что Вы можете рассказать о консервативной терапии АМЛ?

– Я бы начал с того, что существует три тактики действий врача по отношению к этой опухоли. При АМЛ менее 4 см рекомендуется наблюдательная тактика, но при обязательном динамическом наблюдении с применением КТ- или МРТ-диагностики с последующим динамическим контролем за ростом опухоли в почке с помощью УЗИ и МРТ 1 раз в год. Если же ее размер превышает 5 см, следует рассмотреть вопрос о хирургическом лечении из-за опасности спонтанного разрыва, иногда с развитием массивного забрюшинного кровотечения. Причем предпочтение отдается органосохраняющей тактике, а нефрэктомия выполняется только в крайних случаях при невозможности резекции и наличии угрожающих жизни больного осложнений. При наличии противопоказаний к хирургическому лечению или как экстренная мера при кровотечении используется суперселективная ангиоэмболизация. Что же касается консервативной терапии АМЛ, которая возможна только при ТС, но не при АМЛ, возникших спорадически, то лекарственная терапия может применяться для подготовки к операции в течение 6 месяцев (с целью, опять-таки, уменьшения размера опухоли, а также купирования ее клинических симптомов и профилактики осложнений тогда, когда хирургическое лечение не показано).

– Какие препараты применяют для такой терапии?

– У пациентов с АМЛ в сочетании с ТС наилучший результат приносит эверолимус, таргетный пероральный препарат из группы ингибиторов mTOR, хорошо известный онкоурологам по лечению метастатического рака почки. Он показал высоко достоверное преимущество по сравнению с группами контроля в международных рандомизированных исследованиях II, а также III фазы (эта работа получила название EXIST-2) в целом более чем у 300 пациентов с АМЛ на фоне ТС. После лечения эверолимусом (2–12 месяцев) объем АМЛ уменьшился в среднем на 40–50 % при частоте ответов со стороны опухоли около 33 %. Профиль переносимости эверолимуса в этих исследованиях оказался удовлетворительным. Таким образом, эверолимус является возможной альтернативой хирургическому лечению больных АМЛ почек на фоне ТС или эффективным дополнением к хирургическому лечению. К сожалению, препараты группы mTOR не лишены серьезных побочных эффектов. Учитывая необходимость длительного лечения больных ТС, встает вопрос о том, насколько безопасным является длительное лечение в этой сравнительно молодой популяции пациентов. В случае проведения лечения необходим регулярный строжайший мониторинг за больными, который должен проводиться опытными специалистами, знакомыми с побочными эффектами препаратов и методами борьбы с ними.

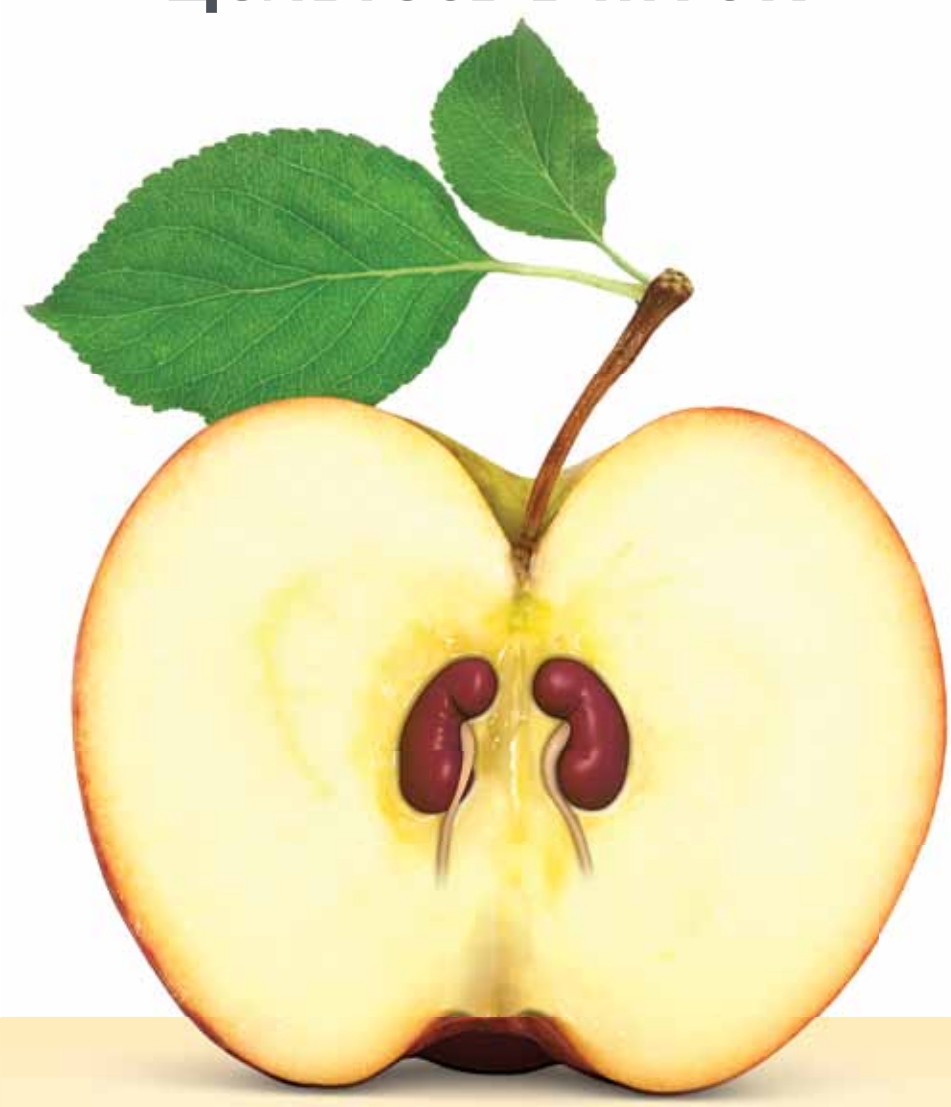
– Что Вы пожелаете читателям нашей газеты?

– Осень этого года будет насыщенной очень полезными для моих коллег мероприятиями: 10–12 сентября в Саратове состоится XIV Конгресс Российского общества урологов, а 1–3 октября в Москве пройдет IX Конгресс Российского общества онкоурологов. Убежден, что участие в этих форумах принесет большую пользу специалистам обоих направлений, и от всей души желаю моим коллегам плодотворно поработать в Саратове и Москве. И, конечно, всем им здоровья и счастья!

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

АФИНИТОР® – первый ингибитор mTOR* для применения у взрослых пациентов с ангиомиолипомой почки, ассоциированной с туберозным склерозом, не требующей немедленного хирургического вмешательства.

Влияйте на причину
Цельтесь в mTOR*



АФИНИТОР® – действенная альтернатива хирургическому лечению у пациентов с ангиомиолипомой почки, ассоциированной с туберозным склерозом.

РЕКЛАМА

275761/AFI (TSC-AML)/A3/08.14/5000

Краткое описание АФИНИТОР®/AFINITOR®

Лекарственная форма. Эверолимус. Таблетки 2,5 мг, 5 мг, 10 мг.

Показания. Распространенный и/или метастатический почечно-клеточный рак при неэффективности антиангиогенной терапии. Распространенные и/или метастатические нейроэндокринные опухоли желудочно-кишечного тракта, легкого и поджелудочной железы. Гормонозависимый распространенный рак молочной железы у пациенток в постменопаузе, в комбинации с ингибитором ароматазы, после предшествующей эндокринной терапии. Субэпендимальные гигантоклеточные астроцитомы, ассоциированные с туберозным склерозом, у пациентов в возрасте старше 3-х лет при невозможности выполнения хирургической резекции опухоли. Ангиомиолипома почки, ассоциированная с туберозным склерозом, не требующая немедленного хирургического вмешательства.

Способ применения и дозы. Препарат Афинитор® следует принимать внутрь один раз в день ежедневно в одно и то же время (предпочтительно утром) натощак или после приема небольшого количества пищи. Распространенный и/или метастатический почечно-клеточный рак при неэффективности антиангиогенной терапии; распространенные и/или метастатические нейроэндокринные опухоли (НЭО) желудочно-кишечного тракта, легкого и поджелудочной железы, гормонозависимый распространенный рак молочной железы (РМЖ), ангиомиолипома (АМЛ) почки, не требующая немедленного хирургического вмешательства, у пациентов с туберозным склерозом (ТС).

Препарат принимают по 10 мг один раз в сутки ежедневно.

Субэпендимальные гигантоклеточные астроцитомы (СЭГА), ассоциированные с туберозным склерозом, у пациентов в возрасте старше 3-х лет при невозможности выполнения хирургической резекции опухоли. Рекомендуемая начальная доза зависит от площади поверхности тела пациента (ППТ). ППТ от 0,5 м2 до 1,2 м2 рекомендуемая доза – 2,5 мг, ППТ от 1,3 м2 до 2,1 м2 – 5 мг, ППТ ≥ 2,2 м2 – 7,5 мг. Концентрацию эверолимуса в крови следует оценить приблизительно через 2 недели после начала лечения или в случае совместного назначения с ингибиторами изофермента CYP3A4 и ингибиторами Р-гликопротеина (Р-ГП-насоса), так же в случае изменений функции печени. Минимальная терапевтическая концентрация препарата в крови должна находиться в диапазоне 3-15 нг/мл.

Необходим перерыв в приеме препарата с/без коррекции дозы эверолимуса при одновременном приеме с умеренными ингибиторами изофермента CYP3A4 и Р-гликопротеина (Р-ГП-насоса), а также мощными индукторами CYP3A4, вследствие возможности развития побочных эффектов (неинфекционного пневмонита, стоматита, негематологической токсичности). Печеночная недостаточность: При раке почки, НЭО, РМЖ, АМЛ почки, ассоциированной с ТС: рекомендуемая доза составляет 7,5 мг в день у больных с нарушениями функции печени класса А по классификации Чайлд-Пью; 2,5 мг в день - нарушение функции печени класса В по классификации Чайлд-Пью, прием не рекомендован у больных с нарушением печени класса С, в случаях когда возможная польза превышает риск, возможен прием эверолимуса в максимальной дозе 2,5 мг в день. При СЭГА: пациенты в возрасте < 18 лет: не рекомендовано, пациенты в возрасте ≥ 18 лет: нарушение функции печени класса А: рекомендуемая доза 75% от дозы рассчитанной по площади поверхности тела. При нарушении функции печени класса В: рекомендуемая доза 25% от дозы рассчитанной по площади поверхности тела. У больных с СЭГА с нарушениями функции печени тяжелой степени (класс С по классификации Чайлд-Пью) препарат не рекомендован.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к эверолимусу, другим производным рапамицина или любому из вспомогательных компонентов препарата. Нарушение функции печени класса А, В, С по классификации Чайлд-Пью у больных с СЭГА в возрасте от 3-х до 18 лет и класса С при той же патологии у пациентов старше 18 лет. Беременность и период кормления грудью. Возраст до 3-х лет (субэпендимальные гигантоклеточные астроцитомы) до 18 лет (по остальным показаниям). Следует избегать одновременного применения эверолимуса с мощными индукторами изофермента CYP3A4 или индукторами Р-гликопротеина (Р-ГП-насоса).

Предосторожности. При применении препарата Афинитор® отмечались случаи развития неинфекционного пневмонита (включая интерстициальную болезнь легких) иногда тяжелого течения, редко со смертельным исходом. Неинфекционный пневмонит следует заподозрить при развитии неспецифических проявлений (гипоксия, плевральный выпот, кашель или одышка) и при исключении с помощью соответствующих диагностических исследований инфекционной, опухолевой и других причин таких проявлений. При проведении дифференциальной диагностики неинфекционного пневмонита следует исключить пневмоцистную пневмонию. В зависимости от выраженности симптомов пневмонита может потребоваться временная приостановка или прекращение терапии препаратом Афинитор®. Для купирования симптомов возможно применение глюкокортикостероидов. У пациентов, получающих с целью лечения неинфекционного пневмонита глюкокортикостероидные препараты, следует рассмотреть возможность проведения профилактики пневмоцистной пневмонии. Лечение препаратом может быть возобновлено в дозе на 50% ниже исходной. Так как Афинитор® обладает иммуносупрессивной активностью на фоне приема возможно возникновение местных или системных бактериальных, грибковых, вирусных инфекций (в т.ч. пневмонии, аспергиллеза или кандидоза, реактивации гепатита В, пневмоцистной пневмонии) в некоторых случаях тяжелого течения, иногда со смертельным исходом. Пациентам с инфекциями перед назначением препарата Афинитор® следует провести надлежащее лечение. Следует проявлять настороженность к возникновению симптомов инфекции на фоне приема препарата Афинитор®. При установлении диагноза глубокого микоза необходимо прервать лечение препаратом Афинитор® и назначить соответствующее лечение. При одновременном применении глюкокортикостероидных препаратов и других иммунодепрессантов следует рассматривать возможность проведения профилактики пневмоцистной пневмонии. Возможно развитие реакций гиперчувствительности к эверолимусу. Ангионевротический отек: у пациентов, получающих одновременную терапию ингибиторами АПФ может возрасть риск развития ангионевротического отека (отека слизистой верхних дыхательных путей или языка с/без нарушения проводимости дыхательных путей). При появлении воспаления и изъязвлений слизистой оболочки ротовой полости, стоматита рекомендуют местную терапию, однако следует избегать применения средств для полоскания полости рта, содержащих спирт, перекись водорода, йод и производные хлорида, также может потребоваться изменение дозы препарата Афинитор®, временная приостановка или прекращение терапии. Возобновление терапии препаратом Афинитор® возможно в прежней или сниженной дозе.

Отмечались случаи развития почечной недостаточности (некоторые с фатальным исходом) на фоне лечения препаратом Афинитор®. До начала и в процессе терапии необходим периодический контроль показателей функции почек, концентрации глюкозы, концентрацию холестерина и триглицеридов, содержание форменных элементов крови. Следует избегать применения живых вакцин и тесного контакта с лицами, вакцинированными живыми вакцинами. Женщинам детородного возраста необходимо применять высокоэффективные методы контрацепции во время терапии препаратом Афинитор® и как минимум в течение 2-х месяцев после завершения терапии. Мужчинам не следует прекращать попыток зачатия ребенка в связи с приемом препарата Афинитор®. Терапия препаратом Афинитор® может отрицательно сказаться на фертильности мужчин и женщин. У женщин на фоне применения препарата Афинитор® отмечались случаи нарушений менструального цикла, вторичной аменореи и дисбаланса лютеинизирующего гормона (ЛГ) / фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) в плазме крови.

Взаимодействия. Не применять с сильными ингибиторами изофермента CYP3A4 или ингибиторами Р-ГП (в т.ч. кетоконазолом, итраконазолом, ритонавиром, телитромицином). С осторожностью назначать одновременно с ингибиторами изофермента CYP3A4 и/или Р-ГП средней активности (в т.ч. эритромицином, верапамилом, дилтиаземом, флуконазолом, циклоспорином, ампренавиром, фосампренавиром, аprепитантом), при одновременном применении с данными препаратами требуется снижение дозы препарата Афинитор®. Не назначать одновременно с сильными индукторами изофермента CYP3A4 или Р-ГП (в т.ч. рифампицином, рифабутином); карбамазепином, фенобарбиталом, фенитоином, эфавирензом, невирапином, дексаметазоном, преднизоном, преднизолоном, со зверобоем продырявленным. При необходимости применения препарата Афинитор® совместно с мощными индукторами изофермента CYP3A4 или индукторами Р-ГП дозу препарата следует увеличить. Следует избегать одновременного применения эверолимуса с грейпфрутом, грейпфрутовым соком, плодами карамболы (тропической звезды), горьким апельсином и другими продуктами, влияющими на активность цитохрома P450 и Р-ГП.

Следует соблюдать осторожность при совместном применении препарата Афинитор® и субстратов CYP3A4 для перорального применения с узким терапевтическим индексом.

Побочное действие. При раке почки, НЭО, РМЖ: Очень часто (≥10%): инфекции, анемия, снижение аппетита, повышение концентрации глюкозы, гиперхолестеринемия, изменение вкусовых ощущений, головная боль, пневмонит, носовые кровотечения, стоматит, диарея, тошнота, кожная сыпь, сухость кожи, зуд, повышенная утомляемость, периферические отеки, астения, снижение массы тела. Часто (≥1 до <10%): тромбоцитопения, нейтропения, лейкопения, лимфопения, гипертриглицеридемия, гиперлипидемия, гипофосфатемия, сахарный диабет, гипокалиемия, дегидратация, бессонница, повышение АД, геморрагии, кашель, одышка, рвота, сухость во рту, боль в животе, боль во рту, диспепсия, дисфагия, сухость кожи, поражение ногтей, эритема, угревая сыпь, ладонно-подошвенный синдром, артралгия, почечная недостаточность, протеинурия, нерегулярный менструальный цикл, повышение температуры тела, воспаление слизистых оболочек, повышение активности АЛТ, повышение активности АСТ, повышение концентрации креатинина. Нечасто (<1%): панцитопения, реакции гиперчувствительности, утрата вкусовой чувствительности, застойная сердечная недостаточность, тромбоз глубоких вен, кровохарканье, легочная эмболия, учащенное мочеиспускание в дневное время суток, острая почечная недостаточность, аменорея, боль в груди. Редко: истинная эритроцитарная аплазия, острый респираторный дистресс-синдром, ангионевротический отек, медленное заживление ран.

При СЭГА, АМЛ почки, ассоциированным с ТС: Очень часто (≥10%): инфекции верхних дыхательных путей, назофарингит, синусит, пневмония, гиперхолестеринемия, стоматит, акне, аменорея, нерегулярный менструальный цикл. Часто (≥1 до <10%): отит среднего уха, инфекции мочевыводящих путей, фарингит, воспаление подкожной клетчатки, вирусный гастроэнтерит, стрептококковый фарингит, гингивит, анемия, нейтропения, лейкопения, тромбоцитопения, лимфопения, снижение аппетита, гиперлипидемия, гипофосфатемия, гипертриглицеридемия, бессонница, головная боль, изменение восприятия вкуса, повышение АД, лимфедема, кашель, носовые кровотечения, диарея, тошнота, рвота, боль в животе, боль в ротовой полости, метеоризм, запор, гастрит, кожная сыпь, акнеформный дерматит, сухость кожи, протеинурия, маточные кровотечения, влагалищные кровотечения, опсоменорея, киста яичника, утомляемость, повышение температуры тела, раздражительность, повышение активности лактатдегидрогеназы, повышение концентрации ЛГ в плазме крови. Нечасто (<1%): облысевший лишай, вирусный бронхит, реакции гиперчувствительности, агрессивность, пневмонит, ангионевротический отек, повышение концентрации ФСГ в плазме крови.

Отмечались изменения гематологических показателей и показателей биохимического анализа крови. В клинических исследованиях и пострегистрационном периоде при применении препарата отмечались случаи обострения вирусного гепатита В, включая случаи с летальным исходом. Обострение инфекций является ожидаемым явлением в периоды иммуносупрессии.

Формы выпуска. Таблетки по 2,5 мг. По 10 таблеток в блистере. По 3 блистера вместе с инструкцией по применению в картонной пачке. Таблетки по 5 мг и 10 мг. По 10 таблеток в блистер. По 3, 6 или 9 блистеров вместе с инструкцией по применению в картонной пачке.Примечание для врача. Перед назначением препарата, пожалуйста, прочитайте также инструкцию по медицинскому применению. "НОВАРТИС ФАРМА АГ", ПРОИЗВЕДЕНО "НОВАРТИС ФАРМА ШТЕЙН АГ" ШВЕЙЦАРИЯ

Регистрационные удостоверения: Афинитор 2,5 мг ЛП-001690 от 03.05.2012, Афинитор 5 мг, 10 мг ЛСР-002260/10 от 18.03.2010.

* mTOR = mammalian target of rapamycin = Мишень рапамицина млекопитающих

NOVARTIS ONCOLOGY

ООО «Новартис Фарма» 125315, Россия, Москва,
Ленинградский проспект, 72, корпус 3.
Тел.: (495) 967 1270, факс: (495) 967 1268
www.novartis.ru

АФИНИТОР®
(эверолимус) Таблетки
Влияйте на причину. Оцените результат.

Профилактика возникновения юридических конфликтов с пациентами и пути их разрешения

В настоящее время пациенты четко идентифицируют себя в качестве равноправных субъектов гражданского оборота, пользующихся медицинскими услугами (получающих медицинскую помощь) и имеющих ряд гарантированных прав по отношению к медицинской организации.

В.В. СИНЯКОВ, главный редактор Информационно-аналитического издания «Фармацевтический бизнес» ведущий юрист по направлению «Медицинское право»

Несмотря на то что российское гражданское законодательство основывается на признании равенства участников регулируемых им отношений (п.1 ст.1 ГК РФ), зачастую медицинская организация и медицинский персонал оказываются в положении стороны, вынужденной отстаивать свою правоту, доказывать собственную невиновность или вовсе брать на себя ответственность за ошибки, которые они не совершали, для того, чтобы сохранить лояльность пациентов. Нередки случаи злоупотребления пациентами своими правами и искусственное провоцирование юридических конфликтов.

Все это создает дополнительную нагрузку на врача и на медицинскую организацию.

Понятие «юридический конфликт с пациентом»

Любой человек, обратившийся в медицинскую организацию за медицинской помощью обладает двумя правовыми статусами: статусом «пациента» и статусом «потребителя» Оба указанных статуса подразумевают наличие определенных субъективных прав, обязанностей и ответственности.

Права и обязанности пациента определены, соответственно, в ст. 19 и в ст. 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Юридические конфликты с пациентами возникают на стыке прав и обязанностей трех субъектов: пациента, медицинского персонала и медицинской организации. Причинами их возникновения могут быть:

- нарушение субъективных прав;
- наличие спора об объеме или содержании юридических прав и обязанностей;
- заявление одной из сторон притязания на право или освобождения от юридической обязанности;
- другие случаи.

Юридический конфликт с пациентом – это имеющий юридические последствия спор между пациентом и медицинской организацией (врачом) по поводу качества оказанной медицинской помощи (услуги) или в связи с недостатками организации процесса лечения (оказания медицинских услуг).

Исходя из данного определения, можно выделить ряд признаков, присущих всем юридическим конфликтам с пациентами:

1) наличие спора;

2) вероятность возникновения юридических последствий для медицинской организации и (или) медицинского персонала;

3) предмет спора связан с качеством оказанной медицинской услуги и (или) с недостатками организации процесса лечения (оказания медицинских услуг).

Для того чтобы конфликт можно было квалифицировать как юридический конфликт с пациентом, все вышеперечисленные признаки должны иметь место.

Важно отметить, что своевременная идентификация юридического конфликта с пациентом позволяет выработать эффективную стратегию его урегулирования, а также сократить издержки медицинской организации и медицинского персонала.

Виды юридических конфликтов с пациентами

Все юридические конфликты с пациентами, условно, можно разделить на две группы:

1-я группа – это юридические конфликты по поводу качества оказанной медицинской помощи (медицинской услуги). Данная группа конфликтов в силу тяжести возможных правовых последствий представляет наибольшую опасность для медицинской организации и медицинского персонала. Недовольство пациентов качеством медицинской помощи может породить претензии и судебные иски со стороны потерпевших и членов их семей.

Потерпевший вправе в судебном порядке потребовать:

- возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью;
- компенсации морального вреда, который может выражаться в физических или нравственных страданиях, в частности сопровождаться физической болью, связанной с причиненным увечьем или повреждением здоровья, либо иными неблагоприятными последствиями, наступившими в результате неправильного лечения, нравственными переживаниям в связи со смертью родственников, ухудшением здоровья, снижением трудоспособности, потерей работы, ухудшением качества жизни.

2-я группа – это юридические конфликты, связанные с организацией процесса лечения (оказания медицинских услуг). Данная группа включает все возможные юридические конфликты, связанные с недовольством пациентов организацией процесса лечения. Следствием таких конфликтов, как правило, являются жалобы пациентов в адрес руководства медицинской организации и в контролирующие органы. Причинами возникновения такого рода конфликтов могут служить:

• объективные факторы – несоблюдение медицинской организацией или медицинским персоналом требований действующего законодательства;

• субъективные факторы – негативное восприятие пациентом процесса лечения (оказания медицинских услуг).

Предупреждение и разрешение юридических конфликтов с пациентами

Любые действия по предупреждению и разрешению (урегулированию) конфликтов с пациентами имеют своей целью, одной стороны, недопущение возникновения неблагоприятных последствий юридического характера для медицинской организации и медперсонала, и с другой стороны – сохранение лояльности пациента к тем же субъектам.

Предупреждение и разрешение юридических конфликтов по поводу качества оказанной медицинской помощи (медицинских услуг)

При оказании медицинской помощи осуществляется медицинское вмешательство, т. е. воздействие на организм человека, которое не всегда имеет благоприятный исход. Поэтому невозможно полностью исключить риск привлечения медицинского работника к материальной и(или) дисциплинарной ответственности вследствие возникновения юридического конфликта с пациентом, но можно этот риск минимизировать.

Согласно действующему законодательству, для привлечения медработника к материальной ответственности необходимо установить факт совершения виновного противоправного действия (бездействия), возникновение негативных последствий для пациента, а также причинную связь между противоправным поведением работника и наступившими последствиями (ст. 233 ТК РФ). Основанием дисциплинарной ответственности, согласно ст.192 ТК РФ, является дисциплинарный поступок, т. е. неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей.

Учитывая вышеуказанные основания для привлечения медработника к ответственности, наиболее эффективным способом предупреждения юридических конфликтов с пациентами является правильное оформление документов, которые могут подтвердить отсутствие вины лечащего врача (медицинской организации). Ниже приведены некоторые важные юридические аспекты работы с документами, которых рекомендуется придерживаться:

«...»

Своевременная идентификация юридического конфликта позволяет выработать эффективную стратегию его урегулирования и сократить издержки медицинской организации

1) проверять наличие договора на оказание платных медицинских услуг;

2) проверять наличие и правильность оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

3) подписывать с пациентом план лечения (режим лечения);

4) подробно заполнять медицинскую карту пациента;

5) проверять наличие подписи пациента и других необходимых реквизитов в документах.

Важно помнить, что правильно оформленные и подписанные пациентом документы могут помочь не только не допустить возникновения юридического конфликта, но и стать главным доказательством отсутствия вины врача в ходе судебного разбирательства.

Если конфликта все же не удалось избежать, очень важно не допустить его развития по непредсказуемому сценарию. Следует иметь в виду, что в большинстве случаев судебного разбирательства с пациентом можно избежать с помощью грамотного ведения претензионной работы. Для этого необходимо перевести конфликт с пациентом в конструктивное русло и предложить правовой алгоритм урегулирования имеющихся претензий, который учитывал бы мнение и интересы каждой из сторон. Порядок предъявления претензий рекомендуется прописывать в договор на оказание медицинских услуг. Но даже если такой порядок в договоре не предусмотрен или недостаточно детализирован, либо если договор не заключался, можно воспользоваться следующим алгоритмом:

Во-первых, необходимо максимально формализовать имеющиеся претензии, для чего пациенту предлагается изложить их суть в письменной форме. Следует разъяснить пациенту, что письменная претензия должна содержать реквизиты заявителя (ФИО, адрес места жительства, контактный телефон), дату составления и подпись заявителя. К претензии рекомендуется приложить копии документов, подтверждающих обоснованность требований, изложенных в претензии.

Во-вторых, претензию необходимо внимательно изучить лечащему врачу, главному врачу (заведующему отделением) и юристу, оценить все факторы, которые могут привести к неблагоприятным юридическим последствиям и выработать стратегию урегулирования претензии.

В-третьих, ни одна претензия, независимо от содержания и возможных правовых последствий, не должна быть оставлена без ответа. Подготовку и направление ответа на претензию целесообразно поручить квалифицированному юристу, т. к. и сама претензия, и ответ на нее имеют большое процессуальное значение. Так, в соответствии с пп.1 п.1 ст.135 ГПК РФ несоблюдение претензионного порядка может явиться основанием для возвращения искового заявления.

В-четвертых, необходимо провести переговоры с пациентом с учетом объективных обстоятельств и выработанных правовых позиций сторон. Данные переговоры целесообразно проводить лечащему врачу с привлечением юриста.

Даже если с помощью предложенного алгоритма не удастся урегулировать имеющиеся претензии, проведенная претензионная работа поможет дать мотивированный и взвешенный правовой ответ, а также послужит основой для эффективной защиты в суде.

«...»

Наиболее эффективным способом предупреждения конфликтов является правильное оформление документов, которые могут подтвердить отсутствие вины лечащего врача

Предупреждение и разрешение юридических конфликтов, связанных с организацией процесса лечения (оказания медицинских услуг)

Данная группа конфликтов представляет наибольшую опасность для медицинской организации и ее руководства, нежели для медицинского персонала. Однако профилактика их возникновения во многом зависит и от медицинского персонала.

Последствием возникновения юридических конфликтов с пациентами по поводу организации процесса лечения могут быть проверки со стороны контролирующих государственных органов с последующим наложением административных взысканий. Для частных медицинских организаций наибольшую опасность представляют конфликты (жалобы), которые могут привести к лишению лицензии на осуществление медицинской деятельности.

Наиболее эффективными способами профилактики подобных конфликтов являются:

- внедрение в медицинской организации передовых методов ведения административно-хозяйственной работы;
- периодическое проведение хозяйственного и правового аудита медицинской организации;
- обучение медицинского персонала психологическим аспектам взаимодействия с пациентами.

Если юридического конфликта с пациентом избежать все же не удалось, тактика его разрешения будет повторять тактику ведения претензионной работы по разрешению юридических конфликтов по поводу качества оказанной медицинской помощи (медицинских услуг).

Подводя итог, следует подчеркнуть, что большинство юридических конфликтов имеет под собой почву только по причине допущения просчетов юридического характера. В связи с этим большое значение имеет уровень информированности персонала медицинской организации о юридических аспектах профессиональной деятельности.

Часто в юриспруденции действуют принципы, схожие с принципами, применяемыми в медицине. Как справедливо подметил один из основоположников отечественной медицины И.И. Мечников: «Предупреждать болезни гораздо легче, чем лечить их.» Поэтому осведомленность о причинах возникновения юридических конфликтов с пациентами является одним из важнейших аспектов работы врача.

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО по ЭНДОУРОЛОГИИ и НОВЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ

АССОЦИАЦИЯ УРОЛОГОВ ГРУЗИИ

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО УРОЛОГОВ

РОО МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Батуми 2014

I Интернациональный и IV Российский Конгресс по эндоурологии и новым технологиям

Конгресс состоится 30 октября – 1 ноября 2014 года

Уважаемые коллеги и друзья!

I Интернациональный и IV Российский Конгресс по эндоурологии и новым технологиям состоятся 30 октября – 1 ноября 2014 г. в г. Батуми (Аджария, Грузия). Приглашаем вас принять участие в работе Конгресса.

Язык конгресса: русский, английский.

E-mail: endourolog@rambler.ru

Взнос участника – 100 евро (эквивалент в нац. валютах).

По вопросам участия, бронирования гостиницы и спонсорской поддержки обращайтесь в Орг. комитет:
Лалабекова Марина
Тел/факс +7 (499) 432-96-22
E-mail: marina.lal@mail.ru

Технический организатор: «ООО Научно-методический организационный медицинский центр».

Надеемся на встречу и плодотворное сотрудничество!

Президент Российского общества по эндоурологии и новым технологиям, профессор **Мартов А.Г.**
+7 (499) 780-08-53,
martovalex@mail.ru,
www.amartov.ru

Президент Конгресса, президент Ассоциации урологов Грузии, Академик Академии наук Грузии, профессор **Манагадзе Л.Г.**
lmanagadze@gua.org.ge

On-line регистрация и более подробная информация доступны на сайте общества: www.endourorus.org

(16+) Реклама

Опыт применения препарата Канефрон Н в комплексной терапии больных МКБ после контактной уретеролитотрипсии

Мочекаменная болезнь (МКБ) – болезнь обмена веществ, вызванная различными эндогенными и экзогенными причинами, которая нередко носит наследственный характер и проявляется образованием камней в мочевыводящих путях. В настоящее время МКБ является одним из самых значимых урологических заболеваний в связи со склонностью к рецидивам и упорному течению. Кроме того, данная патология имеет широкое распространение и занимает первое место в структуре нозологических единиц урологического стационара.

А.В. КУЗЬМЕНКО, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии Воронежской государственной медицинской академии (ВГМА) им. Н.Н. Бурденко

Н.В. КУРНОСОВА, к.м.н., ассистент кафедры урологии Воронежской государственной медицинской академии (ВГМА) им. Н.Н. Бурденко

Т.А. ГЯУРГИЕВ, ассистент кафедры урологии, аспирант кафедры урологии Воронежской государственной медицинской академии (ВГМА) им. Н.Н. Бурденко

Д.Е. СТРОЕВА, ассистент и аспирант кафедры урологии Воронежской государственной медицинской академии (ВГМА) им. Н.Н. Бурденко

Высокотехнологичные методы лечения МКБ, такие как дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ), перкутанная нефролитотомия (ПНЛТ) и контактная литотрипсия (КЛТ), позволяют эффективно избавиться от конкрементов. Однако оставшиеся мелкие фрагменты могут служить матрицей для рецидива камнеобразования. В связи с этим возрастает роль литокинетической терапии, призванной обеспечить эвакуацию мелких конкрементов из почек и верхних мочевых путей. Кроме того, необходимо помнить, что камень является лишь симптомом заболевания, связанного с нарушением метаболизма, а лечение МКБ включает не только удаление камня, но и коррекцию этих нарушений. Все мероприятия, связанные с дальнейшим воздействием на фрагменты камней, оставшихся после дистанционной литотрипсии и других видов лечения, а также направленные на предотвращение рецидива камнеобразования, обобщены в понятие «метафилактика»мочевых камней, которая в конечном итоге определяет эффективность лечения.

В настоящее время отмечен явный рост интереса к фитотерапии, которая успешно используется в урологии. Сегодня фитотерапия является одним из наиболее актуальных направлений в метафилактике МКБ, т. к. на многих примерах показано, что экстракты лекарственных растений ни в чем не уступают по эффективности химическим веществам, а часто даже превосходят их. Одним из современных фитопрепаратов, широко применяемых в метафилактике МКБ, является Канефрон® Н, оказывающий противовоспалительное, антимикробное, спазмолитическое действия на органы мочевой системы. Препарат уменьшает проницаемость капилляров почек, обладает диуретическим эффектом, улучшает функцию почек, а также потенцирует эффект антибактериальной терапии. В подгруппе пациентов МКБ, перенесших ударно-волновую литотрипсию, использование Канефрона Н приводило к ускорению отхождения дезинтегрированных конкрементов и ускорению репарации слизистой оболочки мочевыводящих путей, что подтверждалось снижением частоты лейкоцитурии, отмеченным после курса лечения данным препаратом.

Материал и методы

На базе отделения урологии ГКБ СМП №10 нами производилось обследование и лечение пациентов, поступивших в порядке срочной помощи с признаками почечной колики. У 60 больных был установлен диагноз: МКБ, конкремент верхней (средней) трети мочеточника, хронический пиелонефрит в фазе латентного течения». В ходе проведения контактной уретеролитотрипсии по различным причинам им требовалась установка катетера «Stent». Возраст больных составил от 20 до 67 лет, средний возраст – 37,1 (± 4,1) года. Паци-енты наблюдались в течение 10 суток стационарного лечения и 3 недель на амбу-латорном этапе с последующей госпитализацией на двое суток для удаления катетера. Пациенты были разделены методом случайной выборки на 2 группы по 30 человек. Группы были сравнимы по демографическим и клиническим характеристикам.

Всем больным были проведены лабораторные и визуализирующие методы исследования. В перечень лабораторных анализов входили: общеклинический анализ крови (ОАК), биохимический анализ крови (Б/Х) с определением уровней креатинина, мочевины, мочевой кислоты, общий анализ мочи (ОАМ) и бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам, которые были выполнены на 1-е сутки после операции, затем повторно на 10-е сутки и после удаления катетера «Stent».

Пациенты первой (контрольной) группы в послеоперационном периоде получали стандартную антибактериальную и литокинетическую терапию, обезболивающие и спазмолитические препараты внутримышечно, мочегонные средства, инфузионную терапию солевыми растворами и раствором глюкозы. Больным второй (основной) группы была назначена вышеуказанная стандартная послеоперационная терапия в сочетании с препаратом Канефрон Н в дозировке по 2 драже трижды в сутки на протяжении 1 месяца (10 дней стационарного лечения с последующим приемом на амбулаторном этапе в режиме монотерапии).

На 1-е сутки после операции данные лабораторных и инструментальных методов исследования пациентов, а также анализ результатов заполнения дневников мочеиспускания не имели достоверных различий.

В ОАК отмечался умеренный лейкоцитоз без изменения лейкоцитарной формулы у 53 (89 %) пациентов, уровень прочих показателей не был изменен. У 7 (11 %) больных изменений в ОАК не отмечено.

В Б/Х крови пациентов уровень мочевины и креатинина находился на верхней границе нормы у 21 (13 %) больного, у 39 (87 %) значения находились в референтных пределах нормы. Гиперурикемия отмечалась у 14 (8 %) пациентов при нормальном уровне мочевой кислоты у 46 (92 %).

В ОАМ отмечалась умеренная лейкоцитурия (до 50 в поле зрения – п/з), эритроцитурия (до 30–40 в п/з) и кристаллурия в 100 % случаев.

По результатам анализа дневников мочеиспускания в обеих группах больных отмечалась поллакиурия с частотой микций до 15–20 раз в сутки, наличие императивных позывов и резей при мочеиспускании.

На 10-е сутки в контрольной группе в ОАК уровень лейкоцитов оставался на верхней границе нормы у 10 (33 %) пациентов при нормализации данного показателя в 20 (66 %) случаях.

В Б/Х уровень креатинина и мочевины у 5 (16,5 %) больных остался прежним, у 25 (83,5 %) больных первой группы отмечено снижение данных показателей. Высокий уровень мочевой кислоты сохранялся в 4 (13,3 %) случаях, у оставшейся части пациентов контрольной группы гиперурикемия не была выявлена.

В ОАМ лейкоцитурия (до 20 в п/з) и эритроцитурия (до 20 в п/з) наблюдались у 15 (50 %) больных, кристаллурия – у 9 (29,7 %) пациентов. В бактериологических посевах мочи на 10-е сутки наблюдения бактериурия сохранялась у 8 (26,4 %) пациентов. По данным дневников мочеиспускания, учащенные микции (до 15/сут) и рези при мочеиспускании сохранились у 7 (23,1 %) наблюдаемых, число императивных позывов осталось прежним. На 10-е сутки терапии в основной группе отмечена нормализация показателей ОАК в 100 % наблюдений. В Б/Х отмечена нормализация исследуемых показателей в 100 % наблюдений. В ОАМ у пациентов второй группы лейкоцитурия (до 20 в п/з) отмечалась в 8 (26,7 %) случаях, эритроцитурия (до 20 в п/з) – у 3 (9,9 %) больных, кристаллурия – у 1 (3,3 %). В бактериологических посевах проб мочи бактериурия сохранялась у 2 (6,6 %) пациентов.

При анализе дневников мочеиспускания учащенные микции (до 15/сут) и рези при мочеиспускании сохранились у 2 (6,6 %) наблюдаемых, число императивных позывов осталось прежним. При лабораторном обследовании больных контрольной группы после удаления катетера «Stent» обратило на себя внимание сохранение лейкоцитурии и эритроцитурии у 3 (9,9 %), кристаллурии – у 8 (26,7 %) пациентов. Бактериурия сохранялась в 6 (19,8 %) случаях, в которых была выделена *Escherichia coli*. Анализ дневников мочеиспускания выявил сохранение учащенного мочеиспускания от 9 до 15 раз в сутки в 7 (23,1 %) случаях и сохранение императивных позывов в 12 (40 %).

В основной группе отмечена полная нормализация показателей ОАК, Б/Х крови, ОАМ, полная эрадикация возбудителя, по данным бактериологического посева мочи.

Выводы

1) При применении препарата Канефрон Н в комплексном лечении больных МКБ в послеоперационном периоде при наличии катетера «Stent» отмечается более эффективное купирование клинической симптоматики заболевания за счет противовоспалительного, антимикробного, спазмолитического действий, сопровождающееся более выраженной положительной динамикой основных лабораторных показателей по сравнению с контрольной группой к 10-м суткам лечения.

2) Не отмечено положительного эффекта применения Канефрона Н в отношении императивных позывов ввиду невозможности устранения раздражающего воздействия пузырного конца катетера «Stent» на слизистую оболочку мочевого пузыря.

3) Применение препарата Канефрон Н на амбулаторном этапе позволило достоверно снизить воспалительный процесс в мочевых путях по сравнению с контрольной группой.

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Еще одна спасенная жизнь...

Это история произошла во время обычного рейса авиакомпании «Аэрофлот» и повествует о том, что где бы не находился врач, долг спасения жизни человека обязывает его всегда быть профессионалом независимо от его специализации.

26 апреля состоялась международная конференции ELITE Россия/СНГ при поддержке компании ГлаксоСмитКляйн (Великобритания) для врачей-урологов, которая проходила недалеко от города Сочи, в Олимпийской деревне «Роза хутор». Конференция была посвящена современным аспектам в лечении симптомов нижних мочевых путей и проходила с привлечением российских ученых, профессоров А.А. Камалова и А.З. Винарова из Москвы, А.И. Новикова из Санкт-Петербурга и международных экспертов в лице профессоров Штефана Мадерсбахера из Австрии и Моргана Рупрэ из госпиталя Питье–Сальпетриер университета Парижа. На конференции обсуждалась диагностика доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) в мировой практике и важность выявления факторов риска ее прогрессирования, опыт применения ингибиторов 5-альфа-редуктазы при сочетании сексуальной дисфункции с ДГПЖ.

Слева направо: Леонид Григорьевич Спивак, Ашот Рафаэлович Геворкян

В свободное время участники конференции могли ознакомиться с новыми кварталами недавно построенных зданий, предназначенных для спортивных состязаний, и жилыми комплексами для проведения зимней Олимпиады.

27 апреля участники конференции возвращались из Сочи в Москву рейсом SU 1124. Во время легкого ланча одна из пассажирок почувствовала себя плохо. Ее соседями, по счастливой случайности, оказались заведующий урологическим отделением №36 ГБУЗ ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова, к.м.н. Котов Сергей Владиславович и заведующий урологическим отделением филиала №2 ГБУЗ ГП №195, к.м.н. Геворкян Ашот Рафаэлович. Заметив ее состояние, врачи попросили бортпроводников принести аптечку. Женщине становилось все хуже. Пульс и артериальное давление не прослушивались. После инъекции адреналина и установки венозного катетера для введения необходимых лекарственных средств к больной вернулось сознание. Рядом с ней находилась ее сестра, которая рассказала, что они отдыхали в пансионате, где у пациентки случайно был выявлен сахарный диабет 2 типа, а три года назад была тромбоэмболия легочной артерии, причину которой она назвать не смогла. Наши врачи-урологи использовали все имеющиеся средства для оказания первой неотложной медицинской помощи. До конца полета оставалось всего полчаса, когда женщина вновь стала отмечать ухудшение самочувствия и буквально на глазах теряла сознание. На помощь пришли Рохликов Игорь Михайлович (зав. урологическим отделением ГБУЗ ГП №69 ЦАО, к.м.н.), Спивак Леонид Григорьевич (руководитель отдела клинических исследований НИИ Уронефрологии, к.м.н.), которые также активно участвовали в реанимационных мероприятиях, спасая жизнь больной. Практически весь запас в аптечке был израсходован. Пилот запросил экстренную посадку, самолету дали «зеленый» коридор вплоть до выделения запасной посадочной полосы. Счет шел на минуты. Самолет резко пошел на посадку, борт стало потряхивать, что создавало дополнительные неудобства для оказания медицинской помощи. Урологи сделали все возможное, чтобы вывести женщину из комы, и вздохнули с облегчением, когда услышали сердцебиение и увидели, открывающиеся глаза пассажирки.

Слева направо: Леонид Григорьевич Спивак, Игорь Михайлович Рохликов, Сергей Владиславович Котов

Самолет приземлился под общие аплодисменты пассажиров. Эти овации были адресованы и командиру корабля, и экипажу, и врачам-урологам, спасшим Человека.

Головная боль от удовольствия

Иногда на прием к цефалгологу – специалисту в области диагностики и лечения головных болей (ГБ) – обращаются пациенты, испытывающие ГБ во время интимной близости. Многие из них серьезно напуганы: нет ли угрозы инсульта и не опасно ли продолжать сексуальные контакты. Между тем ГБ, связанная с сексуальной активностью, или коитальная цефалгия, давно описана в литературе и включена в Международную классификацию расстройств, сопровождающихся ГБ и лицевой болью, разработанную Международным обществом ГБ (последняя версия МКГБ-3 бета, 2013, доступна на сайтах www.ihs-headache.org и www.headache-society.ru)

В.В. ОСИПОВА,
д.м.н., невролог-цефалголог,
главный научный сотрудник
НИО неврологии Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова, ученый секретарь
Российского общества по изучению
головной боли (РОИГБ), член правления
и представитель России в Европейской
федерации головной боли

Наряду с другими доброкачественными цефалгиями, такими как первичная кашлевая ГБ, связанная с физической активностью и внешним сдавлением, холодовыми стимулами и др., коитальная ГБ включена в раздел 4. «Другие первичные ГБ», которые не связаны с органической патологией головного мозга и церебральных сосудов. Коитальная ГБ встречается в любом возрасте и чаще возникает у мужчин, чем у женщин (соотношение М:Ж от 1,2:1 до 3:1); средний возраст начала ГБ – 39,2 года. Боль может возникать как во время полового акта, так и при мастурбации. Еще в 1963 г. Wolff предположил, что в большинстве случаев цефалгия, возникающая на фоне сексуальной активности, не связана с поражением мозговых сосудов, а является доброкачественной (первичной). Диагностическими критериями коитальной ГБ, связанной с сексуальной активностью (МКГБ-3 бета, 2013), являются следующие:

A. Как минимум два эпизода боли в области головы и/или шеи, отвечающие критериям B-D.
B. Провоцируется и возникает исключительно во время сексуальной активности.
C. Один или оба из следующих критериев:
   1) интенсивность боли нарастает вместе с сексуальным возбуждением;
   2) резкое, взрывное усиление боли непосредственно перед или во время оргазма.
D. Продолжительность от 1 минуты до 24 часов для интенсивной боли и/или до 72 часов для умеренной боли.
E. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета.

Клиническая картина

В клинических наблюдениях описано три типа первичной ГБ, связанной с сексуальной активностью. При первом, «тупом» типе цефалгия начинается как тупая двусторонняя боль чаще затылочной локализации, которая нарастает вместе с сексуальным возбуждением и достигает максимума во время оргазма. При втором, «взрывном» типе боль возникает остро и мгновенно нарастает непосредственно перед оргазмом или во время него. При этом типе боль обычно имеет затылочную или диффузную локализацию и пульсирующий характер. Третий тип характеризуется возникновением ГБ во время коитуса, осуществляемого в вертикальном положении, или после него, что напоминает цефалгию при снижении ликворного давления после люмбальной пункции.

В одном исследовании было показано, что из 51 пациента с жалобами на ГБ, связанную с сексуальной активностью, 11 пациентов имели тупой тип, а 40 – взрывной тип ГБ. Коитальная боль может сочетаться с мигренью (в 25 % наблюдений), ГБ при физическом напряжении (29 %) и ГБ напряжения (45 %).

Продолжительность боли может варьироваться от 1 минуты до 3 часов. В зависимости от того, был ли половой акт прерван из-за возникшей ГБ или доведен до конца, цефалгия может иметь различную продолжительность: в первом случае не более 2 часов, во втором – от 4 до 48 часов после коитуса. Несколько чаще коитальная цефалгия возникает во время повторного акта, осуществляемого после кратковременного перерыва. Описаны случаи учащения эпизодов ГБ, связанной с сексуальной активностью, при повышении частоты половых актов до нескольких раз в сутки (например, во время «медового месяца»). Доброкачественная коитальная ГБ не сопровождается нарушениями сознания, тошнотой, зрительными, чувствительными или двигательными нарушениями.

С годами клиническая картина коитальной ГБ может изменяться. Примерно у половины пациентов эпизоды цефалгии прекращаются в течение нескольких месяцев или лет после дебюта, у второй половины приступы коитальной ГБ могут периодически возобновляться после светлых промежутков на протяжении многих лет.

«...»

Коитальная ГБ встречается в любом возрасте и чаще возникает у мужчин, чем у женщин (соотношение М:Ж от 1,2:1 до 3:1)

Симптоматическая коитальная ГБ

Хотя у большинства пациентов коитальная ГБ имеет первичный характер и не представляет опасности, у небольшого числа пациентов она может быть симптомом серьезной патологии. Поэтому при первом появлении ГБ, связанной с сексуальной нагрузкой, необходимо проведение нейровизуализационных исследований с целью исключения вторичной природы боли. Особенно это важно при первом появлении коитальной боли (особенно «взрывного типа») в зрелом возрасте (после 50 лет). В первую очередь необходимо исключать субарахноидальное кровоизлияние или расслоение артерий; другие причины коитальной ГБ включают инфаркт мозга, тромбоз ствола и стеноз нисходящей аорты. «Сигналами опасности», позволяющими заподозрить симптоматический характер боли, являются любые органические неврологические знаки во время и после коитальной цефалгии: слабость или парестезии в конечностях, нарушения речи или зрения, эпиприпадки, изменение сознания, психические и когнитивные нарушения, и др.

Этиология и патогенез

Предполагают, что в развитии коитальной ГБ могут принимать участие различные механизмы. Обсуждается мышечный фактор – сильное напряжение мышц головы и шеи во время полового акта (расслабление этих мышц способствует уменьшению боли). Появление «взрывного» типа коитальной боли связывают с резким повышением артериального давления и преходящим обратимым вазоспазмом. В одном из наблюдений у 30-летнего пациента с приступами «взрывной» боли, возникающей на фоне интенсивного физического напряжения во время полового акта, при МР-ангиографии головного мозга были выявлены множественные зоны церебрального артериального спазма. Именно с этим механизмом, предположительно, могут быть связаны редкие случаи ишемического инсульта, возникающего на фоне сексуальной нагрузки. Одним из возможных механизмов также может быть понижение ликворного давления, обусловленное вертикальным положением во время коитуса.

Лечение

В большинстве случаев из-за кратковременного характера эпизодов ГБ лечение не проводится. При появлении признаков цефалгии во время коитуса, особенно при «взрывном» типе, следует порекомендовать пациенту прекратить нагрузку. Если органические причины коитальной ГБ исключены, необходимо успокоить пациента, разъяснив, что возникающие цефалгические эпизоды не представляют для него опасности. При регулярном возникновении эпизодов ГБ эффективным является профилактическое лечение β-адреноблокаторами (пропранолол в дозах от 40 до200 мг/сут) или блокаторами кальциевых каналов (дилтиазем 60 мг 3 раза в сутки), которые предотвращают повышение артериального давления во время полового акта. Описана хорошая эффективность эрготамина тартрата и индометацина, которые следует принимать за некоторое время до начала сексуальной активности. Если ГБ, связанная с сексуальной активностью, продолжается более 3 часов, необходимо обследовать пациента для уточнения характера боли. При симптоматической коитальной цефалгии проводят лечение заболевания, явившегося причиной болевых эпизодов.

Необходимость длительной терапии гиперплазии простаты

Л.Г. СПИВАК, к.м.н., заведующий отделом клинических исследований лекарственных препаратов и диагностических тестов НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека

Благодаря полученным знаниям о патогенезе гиперплазии предстательной железы, во второй половине XX в., произошел качественный скачок в области ее медикаментозной терапии. Большинство больных обращаются к врачу из-за беспокоящих их симптомов заболевания, и для пациента важно в первую очередь избавиться от проявлений болезни. Учитывая прогрессирующий характер данного заболевания, медикаментозную терапию его симптомов следует проводить длительно (иногда в течение всей жизни пациента).

Цели медикаментозной терапии у пациентов с симптомами нижних мочевых путей (СНМП), вызванных гиперплазией простаты, можно разделить на краткосрочные и долгосрочные. К краткосрочным относятся скорейшее устранение СНМП, улучшение скорости мочеиспускания и улучшение качества жизни. К долгосрочным – длительное улучшение симптоматики, профилактика прогрессирования заболевания, поддержание скорости мочеиспускания, уменьшение объема простаты, снижение риска острой задержки мочеиспускания и необходимости оперативного вмешательства.

Всех краткосрочных и большинство долгосрочных целей можно достичь с помощью α1-адреноблокаторов. Применение α1-адреноблокаторов является наиболее распространенным вариантом медикаментозной терапии больных аденомой предстательной железы (АПЖ) с умеренными и выраженными симптомами заболевания. Симптоматическое улучшение больные могут отмечать уже через 48 часов от начала приема [1]. Препараты этой группы существенно не различаются по степени выраженности клинического действия. Из используемых сегодня в клинической практике антагонистов α1-адренорецепторов (альфузозин, доксазозин, тамсулозин, теразозин) тамсулозин – препарат пролонгированного действия в дозировке 0,4 мг (1 капсула) в сутки имеет лучшее соотношение эффективность/переносимость и применяется чаще других препаратов данной группы [2]. Популярность именно этого α1-адреноблокатора, очевидно, обусловлена сочетанием благотворного воздействия на симптомы АПЖ и минимального негативного влияния на сердечно-сосудистую систему. На сегодняшний день в нашей стране тамсулозин представлен довольно широкой линейкой лекарственных средств. Одним из последних препаратов, появившихся на нашем рынке, является Профлосин® (Берлин-Хеми/А. Менарини, Германия), который является самым доступным по цене среди всех тамсулозинов в РФ (www.grls.rosminzdrav.ru информация на март 2014 г.) . Учитывая необходимость длительного приема α1-адреноблокаторов, Профлосин® может рекомендоваться пациентам с АПЖ. Анализ проведенных исследований и собственных результатов медикаментозной терапии больных доказывает целесообразность применения α1-адреноблокаторов, они были эффективными в отношении субъективных и объективных клинических проявлений АПЖ, а также качества жизни у 77–79 % больных. Препараты уменьшали как ирритативные, так и обструктивные жалобы пациентов. Мы диагностировали улучшение мочеиспускания у 70 % наших больных. Применение α1-адреноблокаторов приводило к увеличению максимальной скорости мочеиспускания. Различия между используемыми препаратами были недостоверными. Статистический анализ полученных результатов продемонстрировал достоверное увеличение в процессе лечения среднего показателя объемной скорости потока мочи, объема мочи при мочеиспускании, а также уменьшение времени мочеиспускания. Субъективный и объективный эффекты терапии отмечены пациентами уже после первых недель приема препаратов, а максимальная эффективность – после 3–6 месяцев применения. Последующий прием α1-адреноблокатора позволял поддерживать достигнутый эффект лечения.

Наш опыт показывает, что применение α1-адреноблокаторов наиболее обосновано при наличии ирритативной симптоматики, а также для увеличения скорости мочеиспускания. α1-адреноблокаторы наиболее эффективны при выраженной ирритативной симптоматике, поскольку существенно уменьшают выраженность жалоб больных АПЖ на расстройства мочеиспускания, хотя и не приводят к ликвидации инфравезикальной обструкции. Для пациентов только с обструктивными симптомами α1-адреноблокаторы малоэффективны. Выраженность увеличения исходного объема предстательной железы не является критерием отбора пациентов для терапии α1-адреноблокаторами. Несколько бóльшая эффективность α1-адреноблокаторов для пациентов с объемом простаты менее 55 см^3 обусловлена преобладанием у них ирритативных симптомов заболевания. Сохранное функциональное состояние мочевыводящих путей – мочевого пузыря, его шейки и мочеиспускательного канала – является важным прогностическим фактором эффективности медикаментозного лечения больных АПЖ. Применение α1-адреноблокаторов не сопровождается снижением уровня ПСА в сыворотке крови, поэтому не «маскирует» развитие рака предстательной железы. В режиме монотерапии α1-адреноблокаторы целесообразно применять для быстрого купирования расстройств мочеиспускания у больных АПЖ в отсутствие факторов риска прогрессирования заболевания. Впоследствии таким пациентам следует присоединять патогенетическую терапию, направленную непосредственно на предотвращение прогрессирования гиперплазии простаты. Примером таких препаратов является экстракт плодов пальмы ползучей Serenoa repens (Простамол® Уно).

1. Djavan B., Chapple C., Milani S. et al. State of art on the efficacy and tolerability of alpha-1-adrenoreceptor antagonists in patients with lower urinary tract symptoms suggestive of BPH. Urology. 2004;64:1080–1081.
2. Farmer R., Hutchinson A., Chapple R. Comparison of the treatment regimens on new and existing LUTS/BPH patients in 6 European countries. Eur. Urol. 2004; 3(Suppl.):60 abs. 230.

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

№ 4 || АВГУСТ 2014 г.

Суперселективная эмболизация артерий предстательной железы в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) – распространенное заболевание мужчин среднего и пожилого возраста, которое относится к числу наиболее значимых в социальном и экономическом аспектах. Преобладающее большинство пациентов с ДГПЖ имеют тяжелые сопутствующие заболевания, что затрудняет выбор лечебной тактики у данной категории больных. Наиболее распространенным методом лечения ДГПЖ является медикаментозное, однако несмотря на десятки препаратов, предложенных за последние 15–20 лет, только 70–80 % пациентов возможно избавить от необходимости оперативного лечения. Комплексная консервативная терапия дает хорошие результаты, но что делать с 20–30 % оставшихся больных?

В.К. КАРПОВ, к.м.н., доцент кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. Ломоносова

С.А. КАПРАНОВ, д.м.н., профессор кафедры РНИИМУ им. Н. И. Пирогова

В рекомендациях совещания совета экспертов по лечению ДГПЖ (2009) заключено, что оптимальным вариантом оперативного лечения при объеме аденомы предстательной железы (ПЖ) от 30 до 80 см^3 является трансуретральная резекция, а при больших размерах – открытая аденомэктомия. Однако не все пациенты могут перенести открытую операцию из-за выраженной соматической патологии, высокого анестезиологического риска, возможных сердечно-сосудистых осложнений. Нельзя забывать, что также могут быть осложнения в ходе выполнения операции, в раннем или позднем послеоперационных периодах, что увеличивает сроки пребывания больного в стационаре а также время послеоперационной реабилитации. В последние годы совершенствуется технология выполнения открытой аденомэктомии, в эндоурологию внедряются новые лазерные методики и т. д. Несмотря на это выполнение операций при больших объемах аденомы ПЖ (более 80 см^3) сопровождается увеличением времени оперативного вмешательства, риском развития осложнений на разных этапах лечения. При невозможности выполнения радикальной операции приходится прибегать к паллиативной операции – эпицистостомии, что, естественно, ухудшает качество жизни больных. С внедрением в урологическую практику рентгенэндоваскулярной хирургии, в частности суперселективной эмболизации артерий ПЖ, появляются определенные надежды у этой категории больных на восстановление и улучшение качества самостоятельного мочеиспускания за счет уменьшения объема ПЖ и аденоматозных узлов. Суперселективная эмболизация артерий ПЖ не требует проведения эндотрахеального наркоза или перидуральной анестезии, благодаря чему минимизируются риски возможных осложнений, уменьшается пребывание пациента в стационаре, повышается качество жизни.

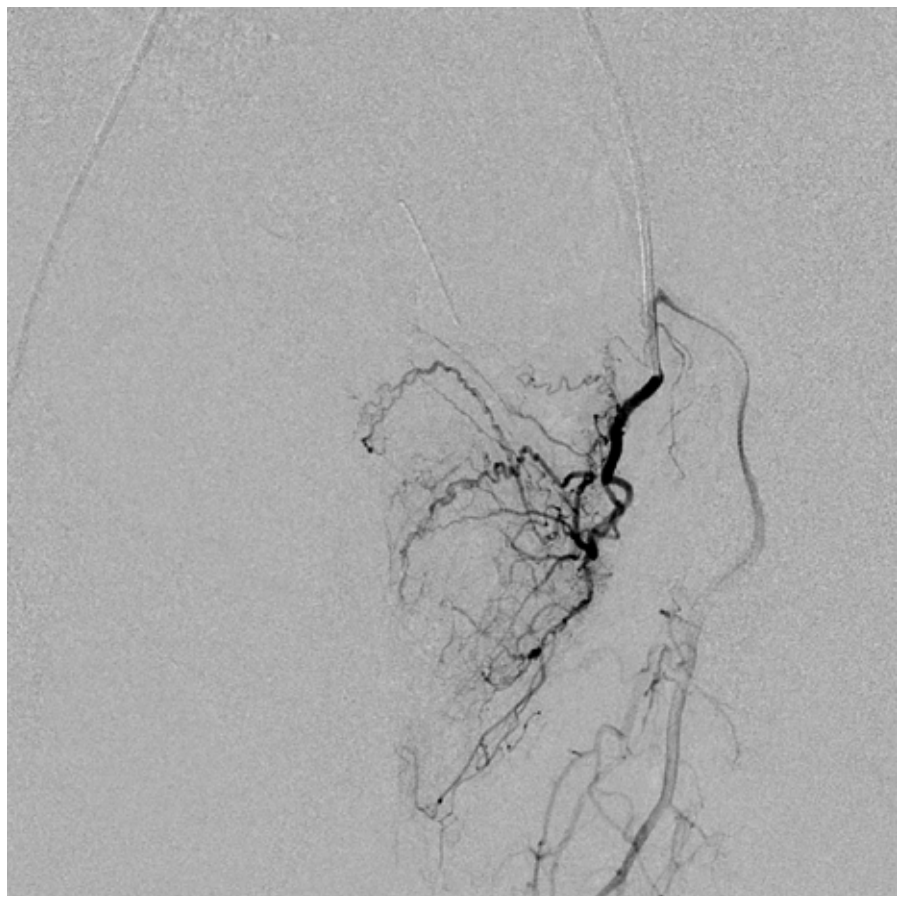


Рис. 1. Артериограмма аденоматозных узлов предстательной железы пациента М., 64 лет до эмболизации.

В отечественной и зарубежной литературе, начиная с 2010 г., были представлены предварительные данные о результатах нового метода лечения ДГПЖ – суперселективной эмболизации артерий ПЖ у пациентов с большим объемом аденомы ПЖ и выраженными соматическими заболеваниями (Е.А. Яковец и соавт., 2010; F. Carnevale и соавт., 2010; Д. Курбатов и соавт., 2011; J. Pisco и соавт., 2011). Новая малоинвазивная высокотехнологичная методика лечения аденомы ПЖ позволяла добиться уменьшения объемов ДГПЖ и улучшения качества мочеиспускания.

Методика. Суперселективная эмболизация выполняется в рентгенооперационной под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП). Больного укладывают на спину, после обработки операционного поля под местной анестезией производят пункцию общей бедренной артерии. Через просвет иглы внутрь артерии вводят металлический проводник, покрытый тефлоном. По проводнику вводят интродьюсер №5f с катетером – зондом №5f, который проводят во внутреннюю подвздошную арте-

рию, по нему вводят микрокатетер. Последний продвигают максимально дистально по просвету простатической артерии, являющейся ветвью нижней мочепузырной артерии. Выполняют обзорную артериографию с использованием неионного контрастного препарата (рис. 1).

Ангиограммы анализируют, затем выполняют суперселективную эмболизацию артерий ПЖ микросферами размером 250–400 мкм в объеме 0,25 мл.

После эмболизации производят контрольную артериографию, при отсутствии контрастирования артерий ПЖ эмболизация считается выполненной успешно (рис. 2). Артерии ПЖ эмболизируют с двух сторон. Перед эмболизацией в мочевой пузырь по уретре устанавливают катетер Фолея №18-20Сн, который, как правило, удаляют на следующий день. Подготовка к операции не отличается от стандартной предоперационной подготовки.

С 2013 г. на базе ГБУЗ «ГКБ №31 Департамента Здравоохранения г. Москвы» суперселективная эмболизация артерий ПЖ выполнена 38 больным. Оперативное лечение этим пациентам было противопоказано или нежелательно из-за высокого операционного и/или анестезиологического риска, т. к. они имели выраженные сопутствующие заболевания: ишемическую болезнь сердца, нарушение сердечного ритма, гипертоническую болезнь 2–3 ст., сахарный диабет, последствия ранее перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, постинфарктный кардиосклероз. Возраст больных составил от 59 до 80 лет (средний возраст 68,0 ± 8,0 лет). Объем ПЖ, по данным трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ), до операции был в пределах от 61 до 211 см^3 (средний объем ПЖ – 133,5 ± 23,0 см^3). Объем аденоматозных узлов составлял от 40 до 180 см^3 (средний объем аденомы ПЖ – 115,0 ± 21,0 см^3). Уровень простатического специфического антигена (ПСА) до операции колебался в пределах от 0,8 до 22 нг/мл (9,9 ± 3,0 нг/мл). Пациентам с уровнем ПСА выше 4,0 нг/мл перед операцией выполнялась трансректальная биопсия ПЖ. По данным урофлоуметрии, перед операцией максимальная скорость мочеиспускания была от 6,6 до18,4 мл/сек (средняя Vmax – 10,5 мл/сек).

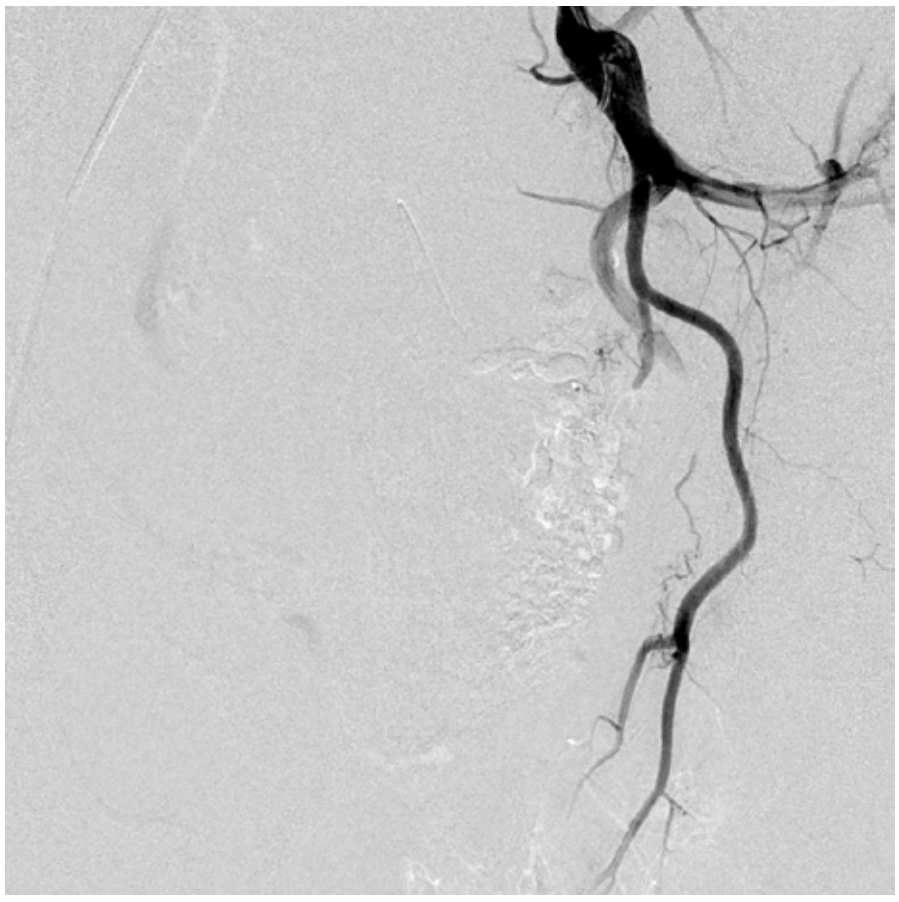


Рис. 2. Артериограмма после суперселективной эмболизации артерий предстательной железы пациента М., 64 лет. Контрастирование аденоматозных узлов отсутствует.

Осложнений в ходе выполнения операции не было. При контрольном ТРУЗИ с доплерографией на следующий день интенсивность кровотока в артериях ПЖ и аденоматозных узлах снизилась в среднем на 90 % . При контрольном обследовании через 1 месяц отмечено уменьшение объема ПЖ в среднем на 27,3 %, объема аденоматозных узлов – на 26,4 %, снижение уровня ПСА на 20,2 % от исходного.

По данным урофлоуметрии, максимальная скорость мочеиспускания повысилась в среднем на 8,1 мл/сек. У 34 больных после удаления уретрального катетера в 1-е сутки восстановилось самостоятельное мочеиспускание, из них трое мужчин имели цистостомический дренаж, установленный ранее в связи с развитием острой задержки мочеиспускания. После выполнения суперселективной эмболизации артерий ПЖ на10-е сутки цистостомический дренаж был удален, восстановлено самостоятельное мочеиспускание. В раннем послеоперационном периоде у одного пациента произведена троакарная цистостомия в связи с обострением хронического простатита, проведена консервативная терапия, через 1,5 месяца восстановлено самостоятельное мочеиспускание.

Развитие современной рентгенэндоваскулярной хирургии позволило внедрить в урологическую практику высокотехнологичный, малоинвазивный метод лечения ДГПЖ – суперселективную эмболизацию артерий ПЖ. Полученные предварительные данные позволяют надеяться, что суперселективная эмболизация артерий ПЖ займет свое место в арсенале уже внедренных оперативных пособий в лечении ДГПЖ, позволит восстановить адекватное мочеиспускание, улучшить больным с отягощенным соматическим статусом качество жизни. Наш опыт применения суперселективной эмболизации артерий ПЖ при лечении ДГПЖ говорит о том, что данный метод является малоинвазивным, эффективным, высокотехнологичным методом лечения, который не требует проведения эндотрахеального наркоза или перидуральной анестезии и позволяет добиться выраженного уменьшения объема ПЖ и аденоматозных узлов, а также значительного улучшения мочеиспускания.

ПОДПИСКА

www.bionika-media.ru

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

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

Стоимость подписки: на 1 полугодие 2015 г. (3 выпуска) **462 руб. 00 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

Хронобиологические аспекты применения комплекса НейроДоз у больных ЭД

А.В. КУЗЬМЕНКО, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко

В.В. КУЗЬМЕНКО, д.м.н., профессор кафедры урологии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко

Т.А. ГЯУРГИЕВ, ассистент и аспирант кафедры урологии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко

Д.Е. СТРОЕВА, ассистент и аспирант кафедры урологии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко

Эректильная дисфункция (ЭД) является одной из самых актуальных проблем современной урологии и андрологии, серьезно влияющей на качество жизни (КЖ) мужчин во всем мире.

Эректильные нарушения встречаются среди мужчин всех возрастов. По данным Всемирной организации здравоохранения, после 21 года расстройства эрекции выявляются у каждого 10-го мужчины, а после 60 лет каждый 3-й мужчина вообще не способен выполнить половой акт. По данным Массачусетского исследования пожилых мужчин [MMAS, 2004], ЭД встречается у 40 % мужчин в возрасте 40–50 лет, у 50 % – в возрасте 50–60 лет и у 70 % мужчин старше 60 лет независимо от страны и этнической принадлежности.

При этом необходимо отметить, что число мужчин, страдающих данным заболеванием, с каждым годом увеличивается. В США ЭД страдают от 10 до 30 млн мужчин работоспособного возраста, в Германии – от 3 до 4 млн.

В настоящее время этиологически различают психогенный (депрессия, беспокойство, стресс), встречающийся в 25–29 % случаев, органический (сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, андрогендефицит и др.), встречающийся у 28–30 % пациентов, и смешанный типы ЭД, которые выявляются у 40–46 % больных.

Социальная значимость ЭД определяется не только широкой распространенностью данного заболевания. Сексуальная активность является ключевым компонентом КЖ у большинства пациентов. E.O. Laumann и соавт. (1999) установили, что ЭД, снижая КЖ, более чем в 4 раза повышает физическую неудовлетворенность пациентов и более чем в 2 раза – эмоциональную. Сексуальные расстройства способны привести мужчин к состоянию стресса, депрессии, могут являться причиной тяжелых психических расстройств, суицида.

Таким образом, ЭД, являясь полиэтиологическим заболеванием, развивается как при воздействии внешних стрессовых факторов на организм, так и при наличии внутренних органических нарушений. При этом следует отметить, что переход от нормы к патологии, от здоровья к болезни происходит постепенно, по мере снижения адаптационных возможностей организма, по мере перехода от напряжения регуляторных систем к их перенапряжению и истощению. Понятие адаптации неразрывно связанно с биологическими ритмами в человеческом организме.

В различных биологических системах процессы непостоянны во времени и носят циркадный, ритмический характер, что проявляется изменением биологических ритмов, которые являются одним из важнейших механизмов регуляции и адаптации. Особенно большое значение циркадность имеет в выработке серотонина и мелатонина, что имеет определяющее значение в гормональной регуляции, которая в свою очередь определяет все биохимические процессы в организме, необходимые для нормального функционирования всех систем. Таким образом, суточные колебания функций организма образуют единое целое при объединении всех физиологических, поведенческих, метаболических процессов. На рисунке 1 представлен пример хронограммы здорового человека, полученный с использованием компьютерного комплекса «Динамика», который позволяет проводить анализ биологических ритмов организма человека, выделяемых из электрокардиосигнала в широкой полосе частот. Основу метода составляет новая информационная технология анализа вариабельности сердечных ритмов – «фрактальная нейродинамика». Для получения всей необходимой информации достаточно регистрации ЭКГ в любом стандартном отведении в течение 5 минут.

Рис. 1. Пример хронограммы здорового человека

Рис. 2. Пример хронограммы мужчины с ЭД

Под хроноритмом в данном исследовании подразумевается зависимость интегрального показателя здоровья H(T) от времени суток T. При этом суточный прогноз включает три зоны функциональных состояний, в зависимости от расположения хронограммы:

- первая зона 100–75 %, означает «физиологическая норма», оптимальный нормальный уровень функционирования систем регуляции организма;
- вторая зона 75–25 %, «преморбидное состояние», выраженное нарушение регуляторных механизмов;
- третья зона 25–0 %, «срыв адаптации», истощение механизмов регуляции.

Патологические процессы сопровождаются рассогласованием ритмов физиологических систем, которое является одной из причин выраженной или скрытой патологии в организме. Патогенетической основой и эндогенным механизмом развития нарушений в работе биосистемы является десинхроноз. Диагностика данного состояния основывается на оценке степени напряжения регуляторных механизмов и их функциональных резервов до развития патологического процесса. Если десинхроноз привел к развитию какого-либо острого состояния, то можно осуществлять контроль своевременной активизации процессов адаптации .

Купирование десинхроноза приводит к восстановлению адаптационных резервов функциональных систем организма, что позволяет проводить более эффективную коррекцию патологических процессов, в т. ч. ЭД.

На рисунке 2 представлен пример хронограммы мужчины с ЭД, полученный с использованием компьютерного комплекса «Динамика».

Целью данного исследования была оценка эффективности применения препарата НейроДоз с учетом хронобиологического аспекта у больных ЭД.

Материал и методы

За период с января по май 2014 г. нами были обследованы 60 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет, находящиеся на амбулаторном лечении с диагнозом: эректильная дисфункция. Алгоритм обследования пациентов включал в себя сбор анамнеза заболевания, анализ показателей тяжести тревожно-депрессивных расстройств и КЖ с помощью батареи психометрических и психологических методик (шкалы Гамильтона для оценки депрессии – HDRS, тревоги – HARS, шкала оценки КЖ – SF-36, а также опросника мужской копулятивной функции – МКФ Лорана—Сегала и международного индекса эректильной функции – МИЭФ). Проводили регистрацию индивидуального хроноритма больных с использованием компьютерного комплекса «Динамика», стандартные лабораторные тесты (общеклинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови с определением уровней глюкозы, мочевины, креатинина, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, билирубина), исследование гормонального статуса (уровней тестостерона свободного и связанного, лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, пролактина), а также содержание простатического специфического антигена у мужчин старше 40 лет однократно для выявления критериев исключения.

Критериями исключения являлись: наличие анатомических дефектов полового члена, сахарный диабет, тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, гормональные нарушения, в т. ч. андрогендефицит.

Пациенты были разделены на 4 возрастные группы:

- в возрасте 20–30 лет – 10 (16,7%) пациентов;
- в возрасте 31–40 лет – 24 (40%) пациента;
- в возрасте 41–50 лет – 20 (33,3%) пациентов;
- в возрасте 51–60 лет – 6 (10%) пациентов.

В последние десятилетия широкое применение, в частности в урологии и андрологии, нашли биологически активные добавки, одной из которых является биологически активный комплекс НейроДоз (STADA CIS).

Несмотря на то что в настоящее время НейроДоз чаще назначают урологи в составе терапии преждевременной эякуляции, учитывая его действие на нервную систему, имеются данные об эффективности применения комплекса и при коррекции других патологических состояний, одним из которых является ЭД.

НейроДоз является сбалансированной комбинацией веществ, которые при совместном применении взаимно усиливают действие друг друга, что позволяет достичь максимального эффекта. Данный биокомплекс, представляя собой совместную комбинацию прекурсоров серотонина,

таких как тирозин, фенилаланин, триптофан, глутамин, витамин B_6, магний, способствует коррекции его уровня, влияя на нейрогенный и психогенный компоненты патологического процесса. Пациенты принимали биокомплекс Нейродоз в течение двух месяцев в дозировке 2 капсулы 2 раза в сутки.

Оценку клинической эффективности проводили через 30 и 60 дней после начала лечения, она основывалась на динамике показателей вопросника МКФ, МИЭФ и субъективной оценке клинической эффективности пациентом, также производился анализ психоэмоционального статуса больных и динамики изменения хронограмм на 1-е и 60-е сутки.

Результаты и обсуждение

По данным вопросников МКФ и МИЭФ, в 1-е сутки в первой группе у 8 (80 %) пациентов выявлена ЭД легкой степени, у 1 (10 %) – средней тяжести и у 1 (10 %) больного – тяжелая ЭД. Во второй группе у 12 (50 %) пациентов выявлена ЭД легкой степени, у 10 (41,7 %) – средней тяжести и у 2 (8,3 %) больных – тяжелая ЭД. В третьей группе у 8 (40 %) пациентов выявлена ЭД легкой степени, у 11 (55 %) – средней тяжести и у 1 (5 %) больного – тяжелая ЭД. В четвертой группе у 1 (16,7 %) пациента выявлена ЭД легкой степени, у 2 (33,3 %) – средней тяжести и у 3 (50 %) больных – тяжелая ЭД.

Оценка психического статуса на 1-е сутки: средний балл по шкале Гамильтона в первой группе составил 12,0 ± 1,4 балла, что соответствует легкой степени выраженности депрессивной симптоматики; во второй группе – 16,0 ± 1,5 балла, что соответствует средней степени выраженности депрессивной симптоматики; в третьей группе – 19,0 ± 1,1 балла, что соответствует тяжелой степени выраженности депрессивной симптоматики; в четвертой группе – 20,0 ± 1,2 балла, что соответствует тяжелой степени выраженности депрессивной симптоматики.

У больных первой группы уровень тревоги в среднем составил 16,0 ± 1,6 балла, второй группы – 18,0 ± 2,2, в третьей группе – 18,0 ± 2,1, в четвертой группе – 19,0 ± 1,1 балла, что по шкале Гамильтона соответствовало «симптомам тревоги» во всех группах пациентов. По опроснику КЖ SF-36 данные во всех четырех группах были сравнимы, наиболее низкие показатели наблюдались по шкалам «общее здоровье», «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», «жизненная активность», «социальное функционирование».

При оценке хроноритмограмм на 1-е сутки у всех 60 (100%) пациентов кривые хроноритмов были расположены в третьей и второй зонах, что свидетельствовало о наличии десинхроноза. На фоне приема комплекса НейроДоз, по данным вопросников МКФ и МИЭФ, на 30-е сутки в первой группе у 7 (70 %) пациентов выявлена ЭД легкой степени, у 3 (30 %) пациентов ЭД купирована. Во второй группе у 20 (83,3 %) пациентов выявлена ЭД легкой степени, у 4 (16,7 %) – средней тяжести. В третьей группе у 8 (40 %) пациентов выявлена ЭД легкой степени, у 12 (60 %) – средней тяжести. В четвертой группе у 1 (16,7 %) пациента выявлена ЭД легкой степени, у 3 (50 %) – средней тяжести и у 2 (33,3 %) больных – тяжелая ЭД.

На фоне приема комплекса НейроДоз, по данным вопросников МКФ и МИЭФ, на 60-е сутки в первой группе у 10 (100 %) пациентов ЭД купирована. Во второй группе у 24 (100 %) пациентов ЭД не выявлена. В третьей группе у 12 (60 %) пациентов ЭД восстановлена, у 8 (40 %) сохранялась ЭД легкой степени. В четвертой группе у 3 (50 %) пациентов выявлена ЭД легкой степени, у 2 (33,3 %) – средней тяжести и у 1 (16,7 %) больного – тяжелая ЭД.

Оценка психического статуса на 60-е сутки: средний балл по шкале Гамильтона в первой группе составил 4,0 ± 1,3 балла, что соответствует отсутствию депрессивной симптоматики; во второй группе – 6,0 ± 1,1 балла, что также соответствует отсутствию депрессивной симптоматики: в третьей группе – 12,0 ± 1,2 балла, что соответствует легкой степени выраженности депрессивной симптоматики; в четвертой группе – 16,0 ± 1,1 балла, что соответствует депрессии средней степени тяжести.

У больных первой группы уровень тревоги в среднем составил 10,0 ± 1,2 балла, второй группы – 13,0 ± 2,2 балла, отсутствие симптомов тревоги, третьей группы – 16,0 ± 2,1, четвертой группы – 18,0 ± 2,2 балла, что по шкале Гамильтона соответствует «симптомам тревоги». По опроснику КЖ SF-36 в первой и второй группах по всем шкалам показатели достигли нормальных значений, в третьей группе отмечено повышение КЖ по шкалам «общее здоровье», «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», «жизненная активность», «социальное функционирование», в четвертой группе наблюдались низкие показатели по всем шкалам.

При оценке хроноритмограмм на 1-е сутки у всех 60 (100 %) пациентов была отмечена нормализация хроноритмов, кривые были расположены в первой и второй зонах, признаки десинхроноза отсутствовали.

Выводы

• При обследовании пациентов с использованием компьютерного комплекса «Динамика» у всех мужчин с ЭД были выявлены признаки выраженного десинхроноза и психоэмоциональных расстройств.

• По данным шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), тревоги (HARS), шкалы оценки КЖ (SF-36), у пациентов всех групп были выявлены признаки выраженных психоэмоциональных расстройств, а также отмечалось снижение КЖ.

• Применение комплекса НейроДоз позволило скорректировать эректильные расстройства и психоэмоциональный статус у всех пациентов, но наиболее эффективно в первой, второй и третьей группах.

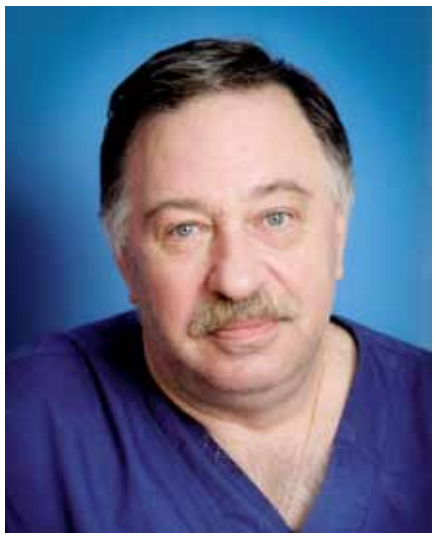
• Терапия комплексом НейроДоз восстанавливает нормальные хроноритмы во всех группах больных независимо от возраста и степени тяжести ЭД.

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

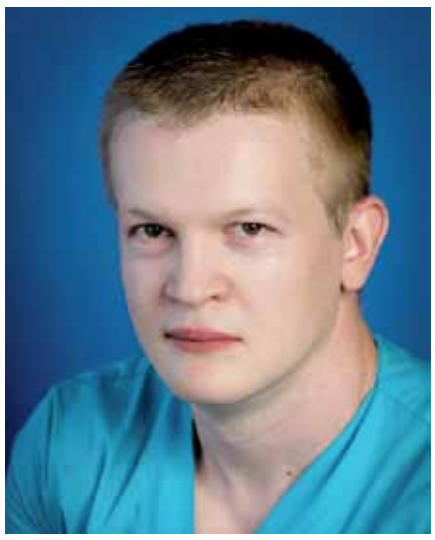
STADA
CIS
НейроДоз®
Продли удовольствие!
PHARMENERGY
НейроДоз®
Компоненты натурального комплекса НейроДоз® стимулируют выработку серотонина и тем самым способствуют:
• увеличению продолжительности полового акта
• усилению яркости оргазма
• понижению уровня тревожности и депрессии
БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ
Реклама

Исследование матриксной металлопротеиназы-9 и белка KI-67 при новообразованиях предстательной железы

И.И. БАБИЧЕНКО, д.м.н., профессор, зав. кафедрой патологической анатомии РУДН



П.И. МОТИН, зав.урологическим отделением ГКБ №29



С.А. ПУЛЬБЕРЕ, врач-уролог

А.В. ЛОКТЕВ, аспирант кафедры урологии и оперативной нефрологии РУДН

М. АБУД, ординатор кафедры урологии и оперативной нефрологии РУДН

В мире рак предстательной железы (РПЖ) занимает 3–4-е место в заболеваемости злокачественными новообразованиями. Ежегодно регистрируется более 600 тыс. новых случаев этого заболевания. В Соединенных Штатах это самый часто диагностируемый рак (без учета злокачественных новообразований кожи) и второй по смертности среди онкологических заболеваний. РПЖ широко распространен в России и характеризуется высокими темпами роста заболеваемости и смертности. Последняя обусловлена поздней диагностикой и большим числом наблюдаемых пациентов с местно распространенными и диссеминированными формами РПЖ. Поэтому разработка и внедрение в клиническую практику программ ранней диагностики РПЖ является не только важной медицинской, но большой социальной и экономической задачей государственного значения. Существующие методы диагностики и стадирования РПЖ, такие как пальцевое ректальное исследование, трансректальное ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография и биопсия предстательной железы (ПЖ) не всегда могут дать четкий ответ о наличии и характере течения РПЖ. До недавнего времени считалось, что проблему точной диагностики РПЖ решает определение уровня простатспецифического антигена (ПСА), однако в настоящее время существуют убедительные данные о недостаточной диагностической значимости этого маркера (M. O'Shaughnessy, 2010). В связи с этим существует необходимость в разработке новых методов ранней диагностики и прогнозирования течения РПЖ.

Основным критерием агрессивности РПЖ является наличие метастазов. Метастазирование – многоступенчатый процесс, в ходе которого опухолевые клетки диссеминируют из первичной опухоли в отдаленные вторичные органы и ткани путем деградации экстракле точного матрикса.

Разобщение компонентов экстракле точного матрикса – ключевых факторов метастазирования, происходит в результате действия нескольких протеолитических ферментов, основными из которых являются матриксные металлопротеиназы (ММП). ММП-9 разрушает основные компоненты внеклеточного матрикса: коллаген IV, фибронектин и ламинин, и может использоваться как маркер злокачественного фенотипа опухолей (В.П. Авдошин и соавт., 2011).

Ki-67 является маркером пролиферативной активности клеток. Экспрессию этого ядерного белка многие исследователи считают прогностическим фактором для большинства опухолей, включая и РПЖ (G. Fisher, 2013).

Целью настоящего исследования явилось изучение экспрессии маркера пролиферации Ki-67 и матриксной ММП-9 в неизмененных клетках секреторного эпителия при доброкачественной гиперплазии ПЖ (ДГПЖ) и атипических клетках аденокарциномы ПЖ различных градаций по шкале Глисона с целью изучения молекулярных механизмов инвазивного роста опухолевых клеток в ПЖ.

В работе был использован операционный материал 53 пациентов с диагнозом аденокарцинома ПЖ, средний возраст больных составил 67 лет (от 52 до 83 лет). В качестве контроля изучали биопсийный материал 10 пациентов той же возрастной группы с диагнозом ДГПЖ.

Гистологическая оценка новообразований выполнена с использованием баллов шкалы Глисона, которые соответствовали наиболее выраженным анапластическим изменениям клеток опухолевых желез, выявленных при биопсии у данного пациента. У всех пациентов также определялся уровень общего ПСА в сыворотке крови. Были выделены 4 группы пациентов по градациям шкалы Глисона: 2-я градация – 10 больных (средний уровень ПСА 9,2 $\pm$8,4 нг/мл), 3-я градация – 18 пациентов (ПСА 13,3 $\pm$12,0 нг/мл), 4-я градация – 20 человек (ПСА 10,7 $\pm$5,3 нг/мл) и 5-я градация – 5 пациентов (ПСА 16,3 $\pm$6,2 нг/мл).

Материал фиксировали в 10 % нейтральном формалине (pH 7,4), после проводки на гистопроцессоре заливали в парафин, с температурой плавления +54 °С. Для гистологического и иммуногистохимического исследования серийные срезы толщиной 5 мкм монтировали на стеклах, покрытых поли-L-лизином. Выявление тканевых антигенов осуществляли с помощью очищенных антител кроличьей антисыворотки к матриксной ММП-9 (Thermoscientific) 1:400 и Ki-67 (MM1, Diagnostic Biosystems) 1:100. Выявление иммунных комплексов проводили при помощи безбиотиновой системы детекции на основе пероксидазы хрена (N-Histofine, Япония), срезы докрашивали гематоксилином Майера.

Оценку интенсивности иммуногистохимической реакции с ММР-9 осуществляли по следующим параметрам: 0 – отсутствие коричневых гранул в цитоплазме клеток, 1 – наличие отдельных мелких гранул в цитоплазме, 2 – распределение в отдельных клетках крупных гранул, 3 – наличие крупных гранул в цитоплазме большинства клеток. Индекс пролиферации Ki-67 (ИП Ki-67) определяли отношением числа иммунореактивных ядер клеток к общему числу ядер в %. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы Statistica 10.0. стандартными методами с определением средней арифметической (M) и среднего квадратического отклонения (σ). Учитывая ненормальное распределение отдельных статистических показателей, сравнение двух независимых групп осуществляли непараметрическим методом при помощи U-критерия Манна–Уитни. Достоверными считали различия средних при уровне статистической значимости $p < 0,05$. Корреляционные взаимоотношения между градацией опухоли по шкале Глисона, индексом пролиферации клеток, выраженностью экспрессии ММР-9 оценивали с помощью коэффициента корреляции Спирмена (r_s).

При изучении пролиферативной активности клеток в контрольном материале – ДГПЖ, отдельные клетки, окрашенные антителами к белку Ki-67, располагались только в базальном клеточном слое, пролиферативной активности клеток секреторного клеточного слоя не отмечалось (рис. 1).

В аденокарциноме различных градаций выявлен широкий спектр пролиферативной активности секреторных железистых клеток (таблица 1).

Как видно из представленных данных, уровень экспрессии ММР-9 снижается в опухолевых клетках по мере нарастания в них анапластических изменений, при этом в аденокарциномах 2-й и 3-й градаций уровень экспрессии этого фермента достоверно в 2 раза превышает этот показатель в аденокарциномах 4-й и 5-й градаций. Нами не выявлено достоверных различий в экспрессии ММР-9 между аденокарциномами 2-й и 3-й градаций, а также между 4-й и 5-й градаций. По уровню экспрессии ММР-9 эти группы опухолей оказались идентичны.

В высокоинвазивных аденокарциномах 4-й и 5-й градаций, нами отмечено увеличение пролиферативной активности атипических клеток (рис. 2).

Таким образом, пролиферативная активность анапластических клеток аденокарциномы различных градаций по шкале Глисона является чувствительным тестом для дифференциальной диагностики этих новообразований.

Экспрессия матриксной ММП-9 выявлялась в цитоплазме опухолевых клеток в виде мелких или крупных гранул, при этом отмечалась различная интенсивность

Рис. 1. Иммуногистохимическая реакция в доброкачественной аденоме предстательной железы с антителами к белку Ki 67. Окраска ДАБ-гематоксилин (× 200)

Рис. 2. Иммуногистохимическая реакция в аденокарциноме предстательной железы (5-я градация по шкале Глисона) с антителами к белку Ki-67. Окраска ДАБ-гематоксилин (× 200)

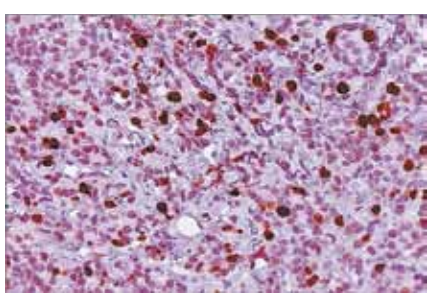


Рис. 3. Иммуногистохимическая реакция при ДГПЖ с антителами к белку ММП-9 (интенсивность 3 балла). Окраска ДАБ-гематоксилин (× 400)

Рис. 4. Иммуногистохимическая реакция в аденокарциноме предстательной железы (4-я градация по шкале Глисона) с антителами к белку ММП-9 (интенсивность 1 балл). Окраска ДАБ-гематоксилин (× 400)

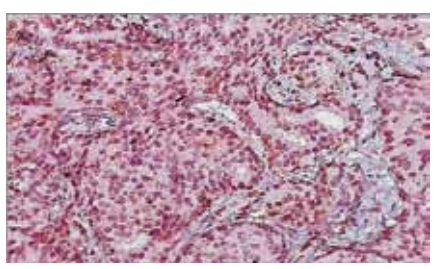


Таблица 1. Характеристика экспрессии ИП Ki-67 и ММР-9 в предстательной железе при ДГПЖ и аденокарциноме различных градаций по шкале Глисона

	ДГПЖ/аденокарцинома шкала Глисона	Число пациентов	ИП Ki-67, M ± S (%)	ММР-9 M ± S (у.е.)
1.	ДГПЖ (контроль)	10	0	3,0
2.	2-я градация (2 балла)	10	5,3 ± 1,1	1,8 ± 0,4
3.	3-я градация (3 балла)	18	7,2 ± 1,4*	1,8 ± 0,5
4.	4-я градация (4 балла)	20	10,0 ± 3,9*,**	0,9 ± 0,4#,##
5.	5-я градация (5 баллов)	5	17,2 ± 9,4*,**	0,8 ± 0,4#,##
	Всего:	63		

* – достоверные различия между 2–3, 2–4, 2–5; ** – достоверные различия между 3–4, 3–5; # – достоверные различия между 2–4, 2–5; ## – достоверные различия между 3–4, 3–5.

Таблица 2. Корреляционные взаимоотношения между клиническими, морфологическими и иммуногистохимическими характеристиками аденокарциномы предстательной железы

Параметры	Показатели	Возраст	ПСА	Градация по шкале Глисона	ИП Ki 67	Экспрессия ММР-9
Возраст	rs p	X	0,290* 0,034	0,164 0,239	0,065 0,642	-0,009 0,948
ПСА	rs p	X	X	0,276* 0,046	0,1313 0,348	0,022 0,875
Градация по шкале Глисона	rs p	X	X	X	0,674* 0,0001	-0,660* 0,0001
ИП Ki 67	rs p	X	X	X	X	-0,369* 0,006
Экспрессия ММР-9	rs p	X	X	X	X	X

* – достоверные показатели

окрашивания продуктами ДАБ (диаминобензидин) реакции. При ДГПЖ отмечается выраженная иммуногистохимическая реакция, в секреторных клетках в большом количестве видны крупные, средние и мелкие гранулы ММР-9 (рис. 3).

При изучении аденокарциномы мы выявили снижение интенсивности иммуногистохимического окрашивания ММР-9. При исследовании иммуногистохимической реакции в аденокарциноме ПЖ (2-й и 4-й градаций по шкале Глисона), в цитоплазме секреторных клеток отмечаются отдельные мелкие гранулы ММР-9 (рис. 4).

Следует отметить, что в аденокарциномах различных градаций интенсивность окрашивания была ниже, чем при ДГПЖ.

Изучение молекулярных особенностей онкогенеза открывает новые возможности диагностики и лечения опухолей ПЖ, помогает раскрыть механизмы их биологического потенциала и инвазивных свойств. В настоящее время показано прогностическое значение при аденокарциномах ПЖ таких показателей, как градация шкалы Глисона, уровень общего ПСА в сыворотке крови, многие авторы указывают, что важным показателем является уровень пролиферативной активности опухолевых клеток. В таблице 2 представлены корреляционные взаимоотношения между клиническими, морфологическими характеристиками опухолей ПЖ, пролиферацией клеток и экспрессией ММР-9.

Как видно из представленных данных, наблюдается умеренная положительная корреляционная связь между градацией по шкале Глисона и ИП клеток по показателю Ki 67 (rs = 0,674) и умеренная отрицательная корреляционная связь градации опухолей с уровнем экспрессии матриксной ММП-9 (rs = -0,660). Слабая достоверная отрицательная корреляция существует между уровнем пролиферативной активности клеток и экспрессией секреторными опухолевыми клетками ММР-9 (rs = -0,369).

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют, что при ДГПЖ отмечается высокий уровень экспрессии ММР-9; в аденокарциноме ПЖ происходит снижение экспрессии ММР-9, причем по мере увеличения градации по шкале Глисона выявлено уменьшение количества данного фермента в секреторных опухолевых клетках.

Селективный ингибитор ФДЭ-5 при нарушениях мочеиспускания

В современной научной литературе все большее внимание уделяется взаимосвязи симптомов нижних мочевых путей (СНМП) и эректильной дисфункции (ЭД). Проведен целый ряд крупномасштабных эпидемиологических исследований, подтвердивших высокую частоту возникновения и общие факторы риска для СНМП, вызванных доброкачественной гиперплазией предстательной железы и ЭД.

Л.А. ХОДЫРЕВА, д.м.н.,
доцент кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова

А.А. ДУДАРЕВА, к.м.н.,
врач-уролог, сотрудник ОМО по урологии ДЗМ

M.H. Braun и соавт. провели анкетирование 5000 мужчин в возрасте от 30 до 80 лет и отметили сочетание симптомов нижних мочевых путей (СНМП) и эректильной дисфункции (ЭД) у 72,2 % респондентов, тогда как СНМП без ЭД наблюдались у 27,7 % мужчин.

Многочисленные исследования указывают на присутствие оксида азота (NO) и фосфодиэстеразы в гладких мышцах сосудов нижних мочевых путей, простате, мочевом пузыре, уретре. Экспериментально было подтверждено, что NO влияет на процесс мочеиспускания, угнетая нейротрансмиссию в афферентных волокнах нижних мочевых путей, а также, что NO участвует в снижении тонуса гладких мышц уретры и простаты, улучшении кровотока в них. Более того, фосфодиэстераза 5-го типа (ФДЭ-5) была выделена из клеток спинального центра мочеиспускания в области крестца.

S. Uckert и соавт. в эксперименте на ткани простаты человека подтвердили, что повышение уровня цГМФ способствует расслаблению детрузора, при этом из иФДЭ-5 только тадалафил вызвал 50 % уменьшение тонуса. Отмечено повышение уровня цГМФ в 28 раз при применении тадалафила, в 12 раз – варденафила и в 3 раза – силденафила по сравнению с контролем.

Фундаментальные исследования указывают на существование взаимосвязи ЭД и СНМП, следовательно, ингибиторы ФДЭ-5 обоснованы в терапии обоих заболеваний.

В 2011 г. FDA (Food and Drug Administration), а затем в 2013 г. EAU (European Association of Urology) одобрили применение тадалафила 5 мг ежедневно для лечения мужчин с СНМП/доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) с сопутствующими нарушениями эректильной функции или без них. Таким образом, на сегодняшний день рекомендованными препаратами для лечения СНМП/ДГПЖ являются α-адреноблокаторы, ингибиторы 5α-редуктазы, М-холинолитики и иФДЭ-5.

M. Gacci и соавт. провели мета-анализ 12 клинических исследований, включающих 3430 мужчин с СНМП/ДГПЖ, который показал, что применение иФДЭ-5 типа достоверно улучшало МИЭФ и индекс IPSS, но не влияло на максимальную скорость мочеиспускания Qmax по сравнению с плацебо.

Комбинированное применение иФДЭ-5 и α1-адреноблокаторов улучшало МИЭФ, индекс IPSS и Qmax. Также исследователи отметили связь выраженного клинического эффекта у молодых мужчин с меньшим индексом массы тела и изначально невысоким общим баллом IPSS. Возраст и ожирение у мужчин могут быть связаны с андрогенным дефицитом, который влияет на эффективность иФДЭ-5.

Y. Dong и соавт. провели мета-анализ 8 (n = 2913) клинических исследований по применению тадалафила и плацебо. Полученные результаты так же, как и в предыдущем анализе подтвердили значительное улучшение МИЭФ, общего индекса IPSS, ирритативных и обструктивных симптомов IPSS, качества жизни QoL по сравнению с плацебо. Изменения Q_{max} на фоне приема тадалафила в различных дозах (2,5, 5,0, 10,0 и 20,0 мг) не показали существенного улучшения. Однако при анализе тадалафила в дозе 5 мг (n = 1147) выявлено значительное улучшение Q_{max} по сравнению с плацебо. M. Oelke и соавт. также отметили значимое увеличение Q_{max} на фоне приема тадалафила в отличие от плацебо, сравнимое с эффектом тамсулозина.

H. Porst и соавт. и R. Dmochowski и соавт. не отметили влияния тадалафила на Qmax и объем остаточной мочи, а также показатели комплексного уродинамического исследования.

Неоднозначные результаты исследований могут говорить о различных механизмах влияния на СНМП у α-адреноблокаторов и иФДЭ-5. Клинический эффект последних может быть связан с улучшением кровообращения и снижением ишемии за счет увеличения NO и цГМФ в нижних мочевых путях и предстательной железе. Broderick и соавт. провели исследование, результаты которого показали, что при приеме тадалафила изменение баллов IPSS было более значительным у мужчин без эректильных нарушений по сравнению с мужчинами, страдающими ЭД. Это может свидетельствовать о том, что ежедневный прием тадалафила оказывает благоприятное действие на IPSS независимо от того, есть ли у пациента ЭД или нет. Кроме того, более существенные улучшения у мужчин без ЭД указывают, что эффект тадалафила на СНМП не зависит от улучшении эректильной функции.

Клинические исследования по эффективности и безопасности комбинированной терапии тадалафилом с препаратами из группы α-адреноблокаторов (доксазозином и тамсулозином) провели R.A. Kloner и соавт. Пациенты, принимавшие тадалафил и доксазозин, отмечали значительное снижение максимального систолического давления, а прием тамсулозина и тададафила не влиял на артериальное давление по сравнению с монотерапией тамсулозином. F. Giuliano и соавт. также не отметили значимых изменений гемодинамики между приемом тадалафила и его комбинации с альфузозином.

R.P. Regadas и соавт. оценивали эффективность и уродинамические изменения у пациентов, получавших тамсулозин в качестве монотерапии и в комбинации с тадалафилом, которые показали достоверно значимое снижение детрузорного давления в группе комбинированной терапии. Комбинированная терапия тадалафилом и ингибиторами 5-α-редуктазы изучается.

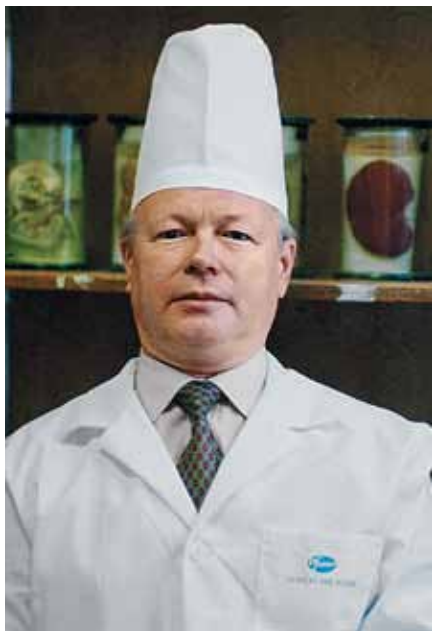
A. Casabe и соавт. в 2014 г. опубликовали предварительные результаты международного рандомизированного двойного слепого клинического исследования, в которое были включены 695 пациентов в возрасте старше 45 лет с IPSS>13, объемом простаты > 30 мл. Результаты показали достоверное улучшение баллов общего IPSS и МИЭФ при приеме тадалафила в дозе 5 мг с финастеридом 5 мг по сравнению с группой финастерида с плацебо в течение 6 месяцев. Комбинированная терапия тадалафила с ингибиторами 5-α-редуктазы приводила к быстрому купированию СНМП у мужчин с ДГПЖ, а также улучшала эректильную функцию и нивелировала ее снижение на фоне приема финастерида.

Учитывая результаты проведенных исследований, мы можем рекомендовать терапию иФДЭ-5 пациентам с СНМП/ДГПЖ с ЭД и без нее; пациентам у которых имеется ретроградная эякуляция или ЭД на фоне терапии α-адреноблокаторами и ингибиторами 5-α-редуктазы. Возможно применение тадалафила как в комбинации с ингибиторами 5-α-редуктазы, так и с α-адреноблокаторами.

Открытия последних десятилетий показали возможность применения иФДЭ-5 при различных заболеваниях и патологических состояниях. Необходимо продолжать их дальнейшее изучение.

Таким образом, на сегодняшний день, рекомендованными препаратами для лечения СНМП/ДГПЖ являются α-адреноблокаторы, ингибиторы 5α-редуктазы, М-холинолитики и иФДЭ-5.

История и достижения пермской урологии



М.И. ДАВИДОВ, доцент, председатель Пермского краевого общества урологов и андрологов и Пермского регионального отделения РОУ

Есть в Перми старинное красивое здание, расположенное в уютном уголке города на улице Биармской (б. Плеханова). Здание клиники построено в 1915 г. по проекту архитектора Золога и является памятником истории и архитектуры.

Здесь сегодня размещена урологическая клиника Городской клинической больницы №2 им. Граля (лечебная база курса урологии Пермской государственной медицинской академии).

Вначале в здании был размещен госпиталь для раненых, а 27 ноября 1920 г. здесь была открыта клиника факультетской хирургии с курсом урологии медицинского факультета Пермского университета. Именно с этой даты идет отсчет урологии Пермского края как самостоятельной медицинской специальности.

На первом этаже располагалось 25-коечное урологическое отделение, на втором – хирургическое отделение. Операционные занимали отдельный двухэтажный блок здания. Корпус был построен добротно: метровой толщины стены, высокие (до 6 м) потолки. Имелось горячее и холодное водоснабжение, канализация, лифт, электрическое освещение. Для 73-тысячной Перми 1920 г. это были сказочные условия для больных и врачей.

Уникальна личность первого заведующего кафедрой и клиникой факультетской хирургии с курсом урологии. Это был личный лейб-медик последнего российского царя Николая II, дворянин, доктор медицины, профессор Владимир Николаевич Деревенко.

В.Н. Деревенко являлся учеником профессора С.П. Федорова и работал вначале в Санкт-Петербурге в госпитальной хирургической клинике своего учителя. Научные направления Деревенко – урология и хирургия органов брюшной полости. Известны 10 наиболее крупных работ Деревенко, среди них – очень интересная статья по аденомам почки, опубликованная в 1908 г.

В 1912 г. приват-доценту В.Н. Деревенко выпала честь стать лейб-хирургом царской семьи. Эту должность он добросовестно исполнял в течение 6 лет, до дня расстрела царской семьи в Екатеринбурге. Вместе с царской семьей расстреляли трех человек прислуги и доктора Е.С. Боткина. Около 30 человек царской свиты (включая Деревенко) избежали расстрела.

Профессор В.Н. Деревенко был избран по конкурсу и заведовал кафедрой и клиникой факультетской хирургии с курсом урологии Пермского университета с 1920 по 1924 г. Одновременно он являлся главным врачом клиники.

В период заведования Деревенко происходило, по существу, рождение и становление пермской урологии. Открытое 25-коечное урологическое отделение стало первым урологическим отделением на Урале.

В.Н. Деревенко оборудовал в клинике просторный эндоскопический кабинет, который располагался на территории операционного блока и был оснащен закупленным за границей эндоскопическим оборудованием. В кабинете выполняли цистоскопию, катетеризацию мочеточников, дробление камней мочевого пузыря с помощью механического литотриптора, диатермокоагуляцию папиллом и другие эндовезикальные вмешательства. Деревенко сам лично выполнял цистоскопию и постепенно обучил ей всех врачей, работающих в урологических палатах. В рентгеновском кабинете были освоены ретроградная пиелография, ретроградная цистография, пневмоцистография, уретрография и другие рентгеноурологические методики того времени. Проводились все известные в мире на тот период времени лабораторные исследования крови, мочи, эякулята.

В клинике были освоены и широко выполнялись все известные хирургические вмешательства того времени: нефрэктомия, пиело- и уретеролитотомия, ушивание разрывов почки и мочевого пузыря, резекция мочевого пузыря с опухолью, чреспузырная аденомэктомия, первичный шов уретры при травме и др. Уже в то время производилась цистэктомия! В.Н. Деревенко прекрасно выполнял операции, читал лекции по урологии, проводил практические занятия. Клиника оказывала урологическую помощь больным из Перми и всей Пермской губернии, в которую тогда входили Челябинск и Екатеринбург.

В.Н. Деревенко был репрессирован как бывший царский доктор и в дальнейшем погиб при строительстве ДнепроГЭСа.

С 1925 по 1931 г. заведующим кафедрой факультетской хирургии с курсом урологии был профессор Д.П. Кузнецкий. Дмитрий Петрович являлся одним из лучших учеников С.П. Федорова, с которым вместе проработал в Санкт-Петербурге 11 лет. По специальности Кузнецкий был урологом. Он одним из первых в России произвел уретеролитотомию. В 1908 г. в Санкт-Петербурге Кузнецкий удалил гигантскую лейомиому мочевого пузыря массой 9 кг! Широко известна монография Д.П. Кузнецкого «Камни почек и мочеточников».

В Перми Кузнецкий развернул большую хирургическую деятельность. Повысилась сложность операций, стали приезжать на лечение больные из Тюмени, Кирова и других соседних городов. Д.П. Кузнецкий имел 54 научных печатных работы, в т. ч. два раздела по урологии в Руководстве по практической хирургии.

В 1926 г. факультетскую клинику хирургии и урологии Пермского университета посетил С.П. Федоров. Он провел в клинике несколько дней и остался очень доволен оснащением больницы, состоянием научной и лечебной работы. Знаменитый профессор с блеском выполнил показательную операцию нефрэктомии. Уезжая, С.П. Федоров подарил на память сотрудникам больницы свой портрет с дарственной надписью, эта бесценная реликвия свято хранится в клинике.

В 1928 г. в клинике побывал народный комиссар просвещения А.В. Луначарский, который высоко оценил постановку работы, назвав клинику «жемчужиной Урала».

В 1920-х гг. в Перми начали широко применять сложную даже по сегодняшним меркам операцию цистэктомию с пересадкой мочеточников в сигмовидную кишку. Превосходно выполнял эту операцию и сам Д.П. Кузнецкий, и его ученики. Так, молодой врач А.Л. Фенелонов, лично выполнив более 20 таких операций, обобщил результаты в статье «Экстирпация мочевого пузыря при злокачественных новообразованиях». В дальнейшем, в 1950 г., Аркадий Лаврович стал заведующим кафедрой факультетской хирургии с курсом урологии. Профессор А.Л. Фенелонов известен еще и тем, что в течение многих лет по доброй воле лечил эвакуированного в годы войны в Пермь писателя Юрия Тынянова, мучительно страдавшего от рассеянного склероза с тяжелейшим расстройством мочеиспускания. Поскольку писателю негде было жить, Фенелонов поставил кровать Тынянова прямо к себе в служебный кабинет. Аркадий Лаврович лечил писателя, ухаживал за ним, поддерживал морально в его страданиях. О Фенелонове писатель Розенфельд написал книгу «Доктор Голубев».

Среди пермских урологов одним из самых известных является Илларион Андронович Иванов (1895–1965). На здании клиники установлена мемориальная доска в его честь. И.А. Иванов в 1939 г. успешно защитил в Москве кандидатскую диссертацию, посвященную влиянию боевых отравляющих веществ на почки. В годы Великой Отечественной войны И.А. Иванов – ведущий хирург урологического госпиталя – произвел свыше 4 тыс. сложных операций.

Лейб-хирург, профессор В. Н. Деревенко (1920) – «отец» пермской урологии.

Награжден орденом Ленина. И.А. Иванов – автор оригинального, известного во всем мире способа фаллопластики с помощью кожно-мышечного лоскута из бедра. Его способ восстановления полового члена до сих пор применяется в различных зарубежных клиниках. Он же разработал и широко применял сложные восстановительные операции при аномалиях мочевого пузыря и уретры. Огромную популярность в стране, особенно на Урале

Здание урологической клиники ГКБ №2 им. Граля. Здесь в 1920 г. было открыто первое урологическое отделение на Урале.

Групповое фото урологов Пермского края.

и в Сибири, ему принесли операции по формированию влагалища при атрезии.

В 1956 г. И.А. Иванов успешно защитил докторскую диссертацию на тему «Восстановительные операции при повреждениях полового члена и мочеиспускательного канала». При И.А. Иванове урологическое отделение было расширено до 65 коек. Он опубликовал более 60 научных работ, разработал 20 методов диагностики и лечения, защищенных авторскими свидетельствами на изобретение.

Признанием заслуг пермской урологии явилось проведение в Перми в 1994 г. Всероссийского пленума урологов, который был посвящен проблеме воспалительных заболеваний мочевого пузыря, предстательной железы и уретры. В Пермь прибыли ведущие урологи страны: академики Н.А. Лопаткин и М.Ф. Трапезникова, член-корр. РАМН Ю.А. Пытель, О.Б. Лоран, А.Ф. Даренков, Е.Б. Мазо, профессора Ю.Г. Аляев, В.Н. Ткачук, О.Л. Тиктинский и др. В работе пленума приняли участие более 600 урологов страны.

Большую роль в подготовке и проведении пленума сыграл главный уролог Пермской области Б.Н. Климов (1928–2003). Большой вклад в развитие урологии в Пермском крае и в Коми-Пермяцком автономном округе внесли П.Г. Кубариков, Д.И. Дремин, С.В. Харичев, И.Л. Катков, Э.А. Рудакова, Г.Г. Дьячков.

С 1992 г. мне было поручено курировать 140-коечную урологическую клинику ПГМА на базе ГКБ №2 им. Граля, а в 2000 г. я был избран председателем Пермского краевого общества урологов и андрологов и председателем Пермского регионального отделения Российского общества урологов (РОУ).

Я был тогда молод. Преодолеть трудности мне помогли ректоры медицинской академии Е.А. Вагнер, В.А. Черкасов и И.П. Корюкина, мой учитель хирургии В.М. Субботин, главные врачи ГКБ №2 им. Граля Ю.И. Павлецов и В.Н. Грязнов, руководители здравоохранения А.В. Крутень и Ю.Б. Бусырев.

Это были очень трудные «послеперестроечные» годы т. н. «оптимизации», попыток резкого сокращения коек, врачебных приемов, снижения финансирования. Однако урология Перми и Пермского края с честью выдержала испытания. Мы сумели сохранить коечный фонд, увеличить число врачей-урологов, внедрить принципиально новые методики диагностики и лечения, освоить новую технику, создать андрологическую службу, которой до этого в крае не существовало.

В настоящее время в Пермском крае с населением 3,3 млн человек работают 116 врачей урологов (в 1992 г. было только 50, т. е. число специалистов-урологов выросло на 132 %). Развернуто 445 стационарных урологических коек, из них 40 онкоурологических и 42 детских урологических.

В 1992 г. в Перми функционировало только 4 урологических отделения с общим коечным фондом в 200 коек. В настоящее время успешно работают: урологическая клиника ГКБ №2 им. Граля с отделениями мужской и женской урологии и отделением дистанционной литотрипсии (ДЛТ) и эндоурологии (общее число коек 100), урологическое отделение в краевой клинической больнице на 45 коек, онкоурологическое отделение в краевом онкодиспансере на 40 коек, фтизиоурологическое отделение в Центре фтизиохирургии на 25 коек, урологический центр ФМБА России на базе МСЧ №140 на 42 койки, урологическое отделение МСЧ №11 на 32 койки, детское урологическое отделение на 42 койки в Детской клинической больнице №15. Таким образом, по Перми с населением 1,0 млн человек развернуто 326 урологических коек (прирост по сравнению с 1992 г. составил 63 %).

Еще 119 урологических коек функционирует в небольших городах Пермского края, где имеется 4 урологических отделения (в окружной больнице Коми-Пермяцкого автономного округа в Кудымкаре, в городах Кунгур, Березники и Чайковский) и урологические палаты в больницах городов Соликамск, Лысьва, Кизел, Чусовой и Краснокамск.

Таким образом, с 1992 г., несмотря на тяжелую экономическую ситуацию, в Перми удалось открыть 5 новых урологических отделений, в т. ч. специализированные онкоурологическое, детское и эндоурологическое отделения. В остальных городах Пермского края удалось сохранить урологические отделения или палаты в мелких городах.

В связи с этим нужно отметить большую организаторскую работу главного уролога Пермского края к.м.н. Д.И. Дремина и главного специалиста по урологии Перми к.м.н. А.А. Лядова. Успешно работают заведующие отделениями И.Л. Катков, Д.В. Ломаев, Д.Н. Аникин, А.М. Игошев, А.В. Семенов, М.А. Ильиных, М.В. Токарев.

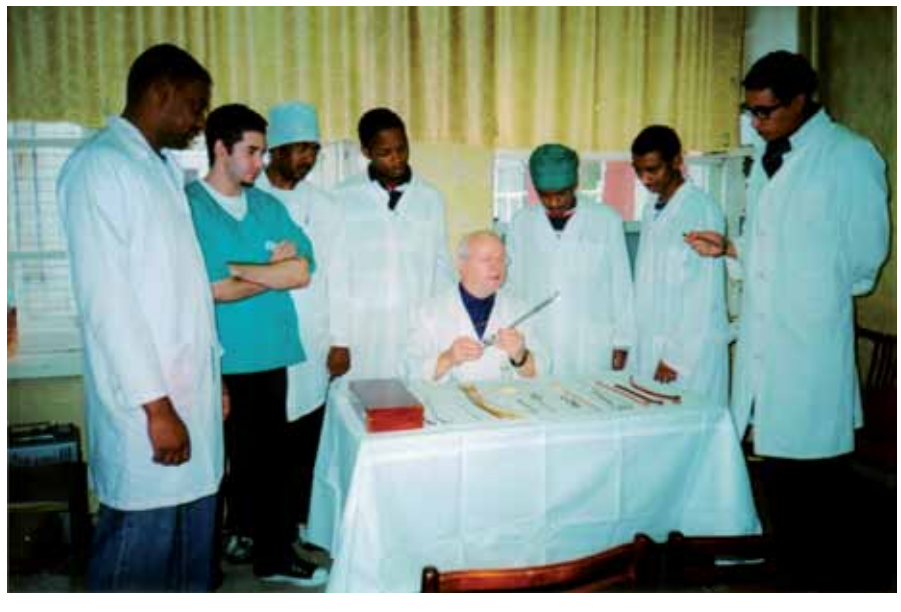
В поликлиниках Перми и городов Пермского края функционирует 58 урологических амбулаторных приемов. Каждый из урологических кабинетов поликлиник оснащен цистоскопами, урофлоуметром и другим необходимым оборудованием. Внедрена электронная запись к урологу через Интернет. Все урологические стационары и кабинеты поликлиник прошли лицензирование.

За эти годы проводилась большая работа по наращиванию кадрового потенциала. Все 116 урологов прошли клиническую ординатуру или первичную 4-месячную специализацию и имеют сертификаты уролога, один раз в 5 лет они обучаются на курсах ФПК в Москве, Санкт-Петербурге или других городах страны. Проводится также аттестационно-сертификационный цикл по урологии на базе факультета повышения квалификации ПГМА. Высшую категорию по урологии имеют 48 урологов, первую – 42, вторую – 15. Таким образом, 77,6 % урологов Пермского края имеют высшую или первую аттестационную категорию.

В стационарах и поликлиниках закуплено современное оборудование и используются все известные в урологии методы диагностики – компьютерная томография, ядерно-магнитный резонанс, УЗИ, радиоизотопная диагностика, комплексное исследование уродинамики. В каждом лечебном учреждении освоены современные лабораторные методы исследования крови, мочи и эякулята, бактериологические исследования. Ведется постоянный бактериологический мониторинг при инфекциях мочевых путей в Перми.

В 1993 г. в Пермском крае была внедрена дистанционная ударно-волновая литотрипсия. В настоящее время используется 4 литотриптора фирмы «Dornier» (Германия) с электромагнитным принципом генерации ударной волны, размещенные в 3 отделениях ДЛТ. За это время ДЛТ выполнена 40 тыс. больных мочекаменной болезнью. Полная дезинтеграция камня достигнута у 97,4 % пациентов, число осложнений составило менее 0,5 %. Широко используется контактная литотрипсия камней почек, мочеточников и мочевого пузыря, внедренная в работу 11 урологических отделений. Для контактного дробления камней применяются два лазерных гольмиевых литотриптора «Calculase», несколько пневматических литотрипторов «Calcusplit» и ультразвуковых фирмы «Karl Storz». Благодаря широкому использованию ДЛТ и контактной литотрипсии, за последние 20 лет число открытых операций по поводу мочекаменной болезни снизилось в 11 раз и составляет только 4 %, послеоперационная летальность уменьшилась в 5,4 раза, койко-день сократился в 4,1 раза.

Для лечения доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП), рака мочевого пузыря в стадии Т1 и ряда других заболеваний широко применяются трансуретральная резекция (ТУР), для чего в 10 отделениях успешно функционируют ТУР-операционные с наборами инструментов «Kare Storz», «R. Wolf» и «Olimpus» и оборудованием для цветного мониторирования («стойки»). Благодаря широкому внедрению ТУР, число открытых аде-



Доцент М. И. Давидов проводит занятия по урологии со студентами из Мозамбика, Зимбабве и Судана.

номэктомий в Пермском крае за 20 лет снизилось в 4,4 раза, послеоперационная летальность при ДГП сократилась с 3,8 до 0,4 %, число послеоперационных осложнений уменьшилось с 19,8 до 0,5 %, средний койко-день сократился с 21,8 до 4,2. При стриктурах уретры широко используется оптическая внутренняя уретротомия, снизившая число травматичных открытых пластик уретры с длительным сроком реабилитации больных. Внедрены перкутанная нефростомия, лапароскопическое удаление опухолей надпочечников, лапароскопическое ушивание мочевого пузыря при его травмах, пункция кист почек, ретроперитонеоскопические хирургические вмешательства, операции TVT (Tension-free Vaginal Tape) и TVT-O при стрессовом недержании мочи и другие современные миниинвазивные методики.

Открытые оперативные вмешательства выполняются значительно реже, но повысилась их сложность и улучшились отдаленные результаты. Внедрены сложные методики реконструктивно-восстановительных операций при пузырно-влагалищных и мочеточниково-влагалищных свищах, нейромышечной дисплазии мочеточника, пластике лоханочно-мочеточникового сегмента при гидронефрозе, различные виды уретероцистоанастомозов и др.

В 1999 г. открыто онкоурологическое отделение, что позволило качественно повысить оказание помощи онкологическим больным. Внедрены резекция почки при раке, расширенная нефрэктомия с удалением соседних органов и опухолевых тромбов из нижней полой вены, радикальная простатэктомия, значительно шире используется цистэктомия с различными видами деривации мочи. Мультифокальная биопсия простаты и определение простатического специфического антигена стали рутинными методами.

Создание Центра неотложной урологической помощи на базе ГКБ №2 им. Граля с круглосуточным дежурством трех урологов и всех вспомогательных служб значительно улучшило оказание экстренной специализированной помощи населению миллионного города. Круглосуточно выполняются экстренные операции при гнойном и обструктивном пиелонефрите, гнойном паранефрите, травмах мочеполовых органов, эпидидимите, перекруте семенного канатика, гангрене Фурнье, приапизме, острой задержке мочеиспускания, анурии и других неотложных состояниях.

Большая работа проведена по улучшению оказания андрологической помощи. По существу, эта служба создана впервые. В Пермском крае, начиная с 2000 г., организовано 23 врачебных приема урологов-андрологов. Успешно проводятся диагностика и лечение эректильной дисфункции, мужского бесплодия, андрогенного дефицита, хронического простатита, варикоцеле и других андрологических заболеваний.

В Пермском крае успешно функционирует Пермское региональное отделение РОУ,включающее всех 116 урологов края. Ежегодно проводится от 12 до 15 научно-практических конференций Пермского регионального отделения РОУ. На каждой конференции заслушивается от 2 до 4 научных докладов, демонстрируются интересные больные. В частности, в 2013 г. проведено 15 научных конференций краевого общества, на которых прозвучало 39 докладов. Темы заседаний и докладов: «Хирургическое и медикаментозное лечение ДГП», «Мочекаменная болезнь», «Эректильная дисфункция», «Гиперактивный мочевой пузырь», «Инфекции мочевых путей» и др. На каждом научном заседании присутствуют от 50 до 90 урологов.

На краевые конференции урологов регулярно приглашаются ведущие ученые страны, которые выступают с докладами и лекциями. Лекции урологам Пермского края в Перми читали профессора В.В. Борисов, В.Н. Ткачук, В.Н. Журавлев, И.А. Корнеев, Г.Г. Кривобородов, К.Л. Локшин, Т.С. Перепанова, З.К. Гаджиева, Е.А. Ефремов, С.И. Гамидов, Л.А. Синякова, Л.Г. Спивак и др.

Ежегодно проводится День уролога Пермского края, который включает Итоговую краевую научную конференцию с 15–20 докладами и культурную программу на базе отдыха. По итогам работы за год Правление краевого общества урологов и андрологов регулярно определяет лучших урологов Пермского края с вручением соответствующих дипломов. Ими были признаны замечательные специалисты М.А. Ильиных, А.В. Иванов, А.И. Петруняев, В.Б. Веретенников, И.С. Горбунова, Н.Е. Бунова, А.П. Соколов и др.

Урологи Пермского края участвовали в работе всех съездов, конгрессов и пленумов РОУ и конгрессов «Мужское здоровье», неоднократно выступали на них с докладами, публиковали тезисы и статьи. Обычно на съездах и пленумах пермская делегация состоит из 12–15 урологов.

Пермские урологи участвовали в работе международных и европейских конгрессов в Париже, Милане, Женеве, Стокгольме, Гаване, Вене, Ереване и других городах мира. Урологи Пермского края регулярно публикуют свои работы в центральных российских журналах, включая журнал «Урология». Так, за последние 5 лет урологами Пермского края опубликовано 36 научных работ в центральных российских журналах. Девять пермских урологов являются кандидатами медицинских наук.

В рамках нашего краевого общества успешно функционирует Секция андрологии, объединяющая всех 23 урологов-андрологов. Помимо посещения урологами-андрологами общеурологических конференций, проводятся научные заседания Секции с научными докладами. Секция андрологии составляет основу Пермского регионального отделения Всероссийского общества «Мужское здоровье». К работе регионального Отделения регулярно подключаем эндокринологов, венерологов, терапевтов, психоневрологов, которые участвуют в научных заседаниях.

В заключение, следует признать, что пермская урология за 94 года со дня своего рождения прошла большой и славный путь. Несмотря на отдаленность территории от центральных регионов, трудные условия для жизни населения и работы врачей достигнуты большие успехи в диагностике и лечении урологических заболеваний, снижении летальности, ранней реабилитации больных. Внедрены современные технологии, высокоэффективные методы диагностики и лечения. Впереди еще много нерешенных задач. Но пермские урологи с оптимизмом смотрят в будущее!

НЕКРОЛОГ

Александр Владимирович Малышев был положительным примером во всем

16 августа 2014 г. на 40-м году жизни после тяжелой и продолжительной болезни скончался заведующий урологическим отделением ГКБ №53, ведущий научный сотрудник НИИ урологии, д.м.н. Малышев Александр Владимирович.

Александр Владимирович родился 7 декабря 1974 г. в столице Восточной Сибири, городе Иркутске.

В 1992 г. окончил с золотой медалью среднюю школу, а в 1998 г. – с отличием Иркутский государственный медицинский университет.

С 1998 по 2001 г. обучался в аспирантуре на кафедре госпитальной хирургии и в декабре 2000 г. защитил кандидатскую диссертацию, в этом же году прошел профессиональную переподготовку по урологии в Иркутском государственном институте усовершенствования врачей.

С 2001 по 2007 гг. работал научным, а затем старшим научным сотрудником Научного центра реконструктивной и восстановительной хирургии Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. Одновременно с 2000 г. работал врачом отделения неотложной хирургии, затем урологического отделения Иркутской областной клинической больницы. Возглавлял Совет молодых ученых Восточно-Сибирского научного центра.

В 2006 г. защитил докторскую диссертацию. В 2006–2007 гг. работал ассистентом курса урологии Иркутского государственного медицинского университета.

С 2007 г. работал в должности ведущего научного сотрудника инновационного отдела НИИ урологии, а в 2008 г. стал заведовать урологическим отделением ГКБ №53 г. Москвы. Александр Владимирович является автором 49 научных трудов, в т. ч. трех монографий, шести изобретений.

В 2006 г. Александр Владимирович был награжден премией академика Н.А. Лопаткина «За вклад в развитие отечественной урологии».

Александр Владимирович Малышев был вдумчивым, талантливым врачом, хорошим организатором лечебного процесса.

Коллеги и пациенты знали этого прекрасного человека как доброго, отзывчивого, всегда готового прийти на помощь. Для коллективов ГКБ №53 и НИИ урологии Александр Владимирович Малышев являлся бесспорным авторитетом, пользовался любовью и уважением.

В НАШИХ СЕРДЦАХ НАВСЕГДА ОСТАНЕТСЯ ДОБРАЯ ПАМЯТЬ И СВЕТЛЫЙ ОБРАЗ ЭТОГО ПРЕКРАСНОГО ЧЕЛОВЕКА – МУЖА, ОТЦА, ДРУГА

Главный уролог г. Москвы и организационно-методический отдел по урологии Департамента здравоохранения г. Москвы выражают соболезнования родным и близким

Омник Окас для лечения СНМП/ДГПЖ*

Когда поход
в туалет может стать
ночным кошмаром

Рег. уд.: ЛС-000849 от 24.02.11

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

Информация для специалистов здравоохранения
реклама

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ