стр. 2
Ежегодный IX Конгресс Российского общества онкоурологов состоялся 1–3 октября 2014 г. в ГК «Космос»

стр. 3
«Интеграция в урологии» – основная тема XIV Конгресса Российского общества урологов, прошедшего в Саратове

стр. 26
Открытие памятника Антону Павловичу Чехову рядом с корпусом МГУ им. М.В. Ломоносова

ГАЗЕТА ВЫХОДИТ ПРИ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКЕ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

№ 5 ОКТЯБРЬ 2014 г.

В НОМЕРЕ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Ксантогранулематозный пиелонефрит
стр. 6

ИНТЕРВЬЮ
М.Е. Чалый: Будущее медицины готовится в настоящем
стр. 10

ИНТЕРВЬЮ
Протеомика как составляющая трансляционной медицины
стр. 12

ЛЕКЦИЯ
Выбор иФДЭ-5 типа у больных ЭД и хроническим простатитом
стр. 16

ПРАКТИКА
Алгоритм диагностики туберкулеза предстательной железы
стр. 20

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК
В.Ф. Войно-Ясенецкий: гонимый иерарх, человек Церкви и человек общества
стр. 24

Дорогие коллеги!

Поздравляем вас с профессиональным праздником, который отмечали 2 октября урологи во всем мире.

За прошедшие годы многое было сделано для того, чтобы урология стала одним из значимых высокотехнологичных направлений медицины.

В урологическую практику внедрены современные эффективные и безопасные методы консервативного и радикального лечения урологических заболеваний. В настоящее время продолжается освоение новых технологий и малоинвазивных методов органосохраняющих операций, обеспечивающих более высокий уровень качества жизни пациентов. Современному урологу в клинической практике важны не только достижения в области урологии, но и знания по физиологии и морфологии, биологии и биохимии, хирургии и терапии и многих других направлений медицины.

Желаем профессиональных успехов в нашем нелегком и благородном труде!

реклама

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

Информация для специалистов здравоохранения

RUS/VES/08.2014/KASHT/375

ЛС-000687 от 05.07.2010

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

Главный редактор
Армаис Альбертович КАМАЛОВ, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, главный уролог г. Москвы, директор университетской клиники МГУ им. М.В. Ломоносова, заведующий кафедрой урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова,
Заместитель главного редактора
Любовь Алексеевна ХОДЫРЕВА, д.м.н., руководитель организационно- методического отдела по урологии Департамента здравоохранения г. Москвы, доцент кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова

Научный редактор
Анна Анатольевна ДУДАРЕВА, к.м.н., сотрудник организационно-методического отдела по урологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Редакционный совет
Аполихин О.И., д.м.н., профессор
Аляев Ю.Г., д.м.н., профессор, член-корр. РАН
Велиев Е.И., д.м.н., профессор
Винаров А.З., д.м.н., профессор
Глыбочко П.В., д.м.н., профессор, член-корр. РАН
Даренков С.П., д.м.н., профессор
Дутов В.В., д.м.н., профессор
Зубань О.Н., д.м.н., профессор
Каприн А.Д., д.м.н., профессор, член-корр. РАН
Кривобородов Г.Г., д.м.н., профессор
Лоран О.Б., д.м.н., профессор, член-корр. РАН
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:
Руководитель департамента по рекламе в медицинской прессе – Ольга КРЕКШИНА
Менеджеры по работе с клиентами
Наталия ДИВЛЕКЕЕВА, Анна ДОНСКИХ
Телефон: (495) 786-25-57 (доб.131)
E-mail: divlekeeva@bionika-media.ru
Директор по корпоративным продажам – Ирина ШУЛЕНИНА

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.
Распространение федеральное

Газета набрана и сверстана в ООО «Бионика Медиа», отпечатана в ОАО ООО «Борус-Пресс» 300041, г. Тула, ул. Сойфера, д. 6
Тираж 5000 экз.
Номер подписан 24 октября 2014 г. в 10:00

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

IX Конгресс Российского общества онкоурологов

1–3 октября 2014 г. в Москве состоялся ежегодный IX Конгресс Российского общества онкоурологов (РООУ), который собрал ведущих ученых и практиков онкоурологии из России, из-за рубежа и стран СНГ. Основными темами Конгресса стали проблемы диагностики и лечения болезней мочеполовой системы, выявления рака на разных стадиях, специфики диагностики онкоурологических заболеваний: рака мочевого пузыря, предстательной железы, почки.

Этот год стал для онкоурологов юбилейным. Двадцать лет назад в 1994 г., заведующие урологическими отделениями МРНЦ и РОНЦ им. Н.Н. Блохина организовали в Обнинске первую Всероссийскую конференцию с участием стран СНГ «Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний», которая впоследствии стала площадкой для обмена опытом и выработки единых подходов специалистов России и зарубежных коллег. Основная идея РООУ – объединение специалистов для лечения пациентов с онкоурологическими заболеваниями. Это позволило развить мультидисциплинарный подход в лечении злокачественных образований. А перевод полнотекстовых рекомендаций Европейской ассоциации урологов и их публикация на русском языке позволили приблизить уровень оказания урологической помощи в нашей стране к единым международным стандартам.

IX Конгресс Российского общества онкоурологов состоялся в ГК «Космос»

На открытии Конгресса с приветственным словом выступили: президент Российского общества онкоурологов, заведующий отделением урологии ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, проф. В.Б. Матвеев, директор ФГБУ МНИОИ им. П.А. Герцена Минздрава России, директор ФГБУ Медицинский радиологический научный центр Минздрава России, главный уролог АН РФ, член-корреспондент РАН и РАО, проф. А.Д. Каприн; председатель Российского общества урологов, директор Клиники урологии им. Р.М. Фронштейна ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, член-корреспондент РАН, проф. Ю.Г. Аляев.

Традиционно Конгресс проводился в формате лекций, докладов, дискуссий. В рамках мероприятия работала специализированная выставка и сателлитные симпозиумы с участием производителей ЛС и медоборудования. Была продолжена практика прошлого года сессий докладов по присланным тезисам, что позволило онкоурологам поделиться результатами своей работы с коллегами.

1 октября с обзорными докладами выступили: В.Б. Матвеев (Москва), осветивший тему «Рак почки: Что нового в 2013–2014 гг.?»; Б.Я. Алексеев (Москва) «Рак предстательной железы: Что нового в 2013–2014 гг.?»; О.Б. Карякин (Москва) «Рак мочевого пузыря: Что нового в 2013–2014 гг.?». Состоялись сателлитные симпозиумы компаний АО «Санофи-авентис групп» (Франция) и компании ЗАО «Байер».

Второй день Конгресса прошел в самом активном режиме, начавшись с параллельных сессий, посвященных раку мочевого пузыря и раку предстательной железы. Программа включала в себя круглый стол с разбором клинических случаев, оригинальные и постерные доклады ученых-онкоурологов из самых разных городов России, Беларуси Узбекистана, США и Франции. Следующая сессия была посвящена раку почки. Прошел круглый стол с разбором клинических случаев: «Лечение распространенного рака почки, вопросы комбинированной терапии».

В зале «Сатурн» состоялась сессия молодых ученых, которые выступили с докладами на темы: «Хирургическое лечение больных раком мочевого пузыря, раком почки, раком полового члена», «Современные методы диагностики и лечения больных раком предстательной железы». Сессия молодых ученых приобрела особое значение в аспекте поддержания традиций преемственности в области онкоурологии. В последнее время наблюдается повсеместное падение качества образования, что в случае медицинских специалистов просто недопустимо. Ведущие российские ученые неоднократно говорили о том, как важно помогать молодым ученым в продвижении их идей и методик, мотивировать их на расширение знаний и повышение своей квалификации. Возможность выступить перед своими коллегами с рассказом о своих достижениях и проблемах, обменяться опытом, как это было сделано на этом Конгрессе, несомненно, поможет формированию настоящих профессионалов в области онкоурологии. Завершился день сателлитными симпозиумами компаний Medac GmbH (Germany) и GSK (ГлаксоСмитКляйн).

В заключительный день Конгресса сессия была посвящена теме: «Рак предстательной железы», после чего был проведен круглый стол с разбором клинических случаев: «Лечение рака предстательной железы высокого риска прогрессирования», обсуждены постерные и оригинальные доклады участников Конгресса.

Завершил Конгресс Президент РООУ, д.м.н., проф. В.Б. Матвеев, который поблагодарил всех участников: «Мы все делаем большую, нужную работу для наших пациентов и всего здравоохранения страны». Он отметил, что на этом Конгрессе удалось достигнуть более высокого уровня, чем в предыдущие годы: «Впервые успешно прошла сессия молодых ученых, стали приживаться постерные сессии, что раньше не всегда получалось т.к. нужно». И выразил надежду, что в следующем году это значимое мероприятие пройдет в более расширенном составе.

Трудно переоценить значение подобных мероприятий, учитывая, какой проблемой продолжают оставаться онкологические заболевания. Ясно одно, что три дня Конгресса, прошедшие в продуктивном общении и обмене бесценным опытом, помогут специалистам-онкоурологам отстоять у болезни еще тысячи и тысячи жизней.

Шилькова Светлана

XIV Конгресс Российского общества урологов (РОУ) в Саратове

10–12 сентября 2014 г. в Саратове состоялся XIV Конгресс Российского общества урологов. Мероприятие традиционно объединило ведущих профессионалов с мировым именем, а также зарекомендовавших себя молодых ученых. Основная тема конгресса – «Интеграция в урологии»

Выбор Саратова как места проведения мероприятия не случаен. Ведь именно в этом крупном культурном, экономическом и образовательном центре Поволжья в последние годы отмечается стремительное развитие урологии. Конгресс собрал более 1000 участников – делегатов из различных регионов России, а также ряда иностранных государств: Великобритании, США, Швеции, Израиля, Германии, Италии.

Организаторами мероприятия выступили Российское общество урологов (РОУ), Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации, Правительства Саратовской области, Европейской ассоциации урологов (EAU – European Association of Urology) и Министерства промышленности и торговли Российской Федерации.

Открытие Конгресса РОУ, которое сопровождалось культурно-развлекательной программой с участием артистов – лауреатов международных фестивалей и конкурсов, прошло 10 сентября в Театре оперы и балета, выбранном в качестве основной площадки. Далее состоялись следующие мероприятия: 11 сентября – пленарные заседания, 12 сентября – секционные заседания, часть которых была организована на территории Библиотеки и Лицея СарГМУ, и закрытие Конгресса. В рамках мероприятия на Театральной площади Саратова прошла специализированная выставка, в которой приняли участие ведущие компании-производители фармацевтической продукции, медицинского оборудования и расходных материалов для урологии.

Торжественному открытию Конгресса предшествовало совместное заседание Президиума РОУ и профильной комиссии по урологии России. В рамках заседания прозвучали отчет о работе редакции журнала «Урология» А.Г. Мартова, отчет исполнительного директора РОУ М.А. Газимиева, а также следующие доклады: «Пути интеграции главных специалистов МЗ и председателей региональных отделений РОУ» Д.Ю. Пушкаря, «Печатные и электронные издания РОУ за 2014 г. для непрерывного и дистанционного медицинского образования (модули, клинические рекомендации)» Ю.Г. Аляева и «Международная интеграция как фактор совершенствования урологии» О.И. Аполихина.

Открыл конгресс председатель оргкомитета и председатель РОУ Ю.Г. Аляев, который подчеркнул необходимость интеграции в урологической науке и междисциплинарных решений и взаимодействий. На торжественном открытии были оглашены приветственные обращения губернатора Саратовской области В.В. Радаева и заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации Т.В. Яковлевой, что еще раз подтверждает высо-кую общественную значимость прошедшего события. С обращениями выступили проректор по научной работе ГБОУ ВПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н., профессор В.Н. Николенко и ректор ГБОУ ВПО СГМУ им. В.И. Разумовского, д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации В.М. Попков.

В.В. Радаев: «Отрадно, что региональная научная школа достигла такого уровня, что на нашей земле проводится Конгресс с участием специалистов с мировыми именами. Саратовская медицинская школа известна своими традициями. Здесь работали многие знаменитые ученые, внесшие значительный вклад в развитие отечественного здравоохранения. Сегодня в практику медицинских учреждений все активнее внедряются современные методы профилактики, диагностики и лечения заболеваний. И тем важнее становится проведение подобных мероприятий, чтобы весь этот положительный научный опыт сполна передался нашим специалистам, остался на вооружении местных врачей. Искренне желаю всем участникам Конгресса профессиональных научных успехов, результативных встреч и плодотворного общения».

Т.В. Яковлева: «Развитие урологии идет по пути постепенной трансформации ее отдельных направлений в самостоятельные дисциплины: урогинекологию, нейроурологию, андрологию, онкоурологию и др. Поэтому Конгресс призван обобщить достижения последних лет и найти пути дальнейшего развития этой важнейшей отрасли медицины. Научная программа Конгресса посвящена современным аспектам и достижениям урологической науки, новым направлениям в профилактике, диагностике и лечении больных урологическими заболеваниями, развитию и применению передовых направлений в урологии, повышению качества специализированной урологической помощи населению. Выражаю уверенность, что Конгресс пройдет на высоком научно-методическом уровне, позволит участникам ознакомиться с новейшими разработками, повысить свои профессиональные знания, эффективно использовать опыт специалистов».

В.Н. Николенко: «Я счастлив тем, что мне выпала такая часть приветствовать участников Конгресса от многотысячного коллектива ведущего медицинского ВУЗа России – Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова и его ректора – директора НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, члена-корреспондента РАН Петра Витальевича Глыбочко. Саратовская земля всегда консолидировала образовательные, научные идеи, объединяла культуры многих народов. Как никогда сейчас России нужна такая интеграция. Из 14 конгрессов 5 было проведено именно в Саратове. Это объективное признание научного потенциала медиков, ученых и педагогов города Саратова. Я желаю плодотворной работы, чтобы мы выработали очень важные резолюции для урологов и специалистов других научных дисциплин на нашем Конгрессе».

Торжественная церемония открытия XIV Конгресса РОУ

В.М. Попков: «Столь высокого уровня всероссийское мероприятие проводится в Саратове не впервые. И на настоящий момент делегатами сегодняшнего научного форума являются практически 1000 человек. Открывающийся Конгресс, несомненно, обещает быть не только интересным, он повысит уровень профессиональных знаний, будет содействовать междисциплинарному развитию и укреплять деловые, дружеские связи. Дорогие друзья, пусть дни, проведенные вами в Саратове, запомнятся вам не только обширной научной программой, но и красотой саратовской осени, гостеприимством саратовцев.».

В Конгрессе приняли участие известные урологи, нефрологи, хирурги, онкологи, морфологи и специалисты многих смежных отраслей из ведущих отечественных и зарубежных медицинских школ. В качестве ведущих спикеров выступили: председатель оргкомитета Ю.Г. Аляев, секретарь оргкомитета Д.Ю. Пушкарь, сопредседатель оргкомитета П.В. Глыбочко, заместители председателя оргкомитета О.Б. Лоран и О.И. Аполихин, член оргкомитета А.Г. Мартов. В организационный комитет вошли: В.М. Попков, Б.И. Блюмберг, В.В. Борисов, М.А. Газимиев, В.Н. Журавлев, А.А. Камалов, А.Д. Каприн, М.И. Коган, С.Н. Алексеенко, С.Х. Аль-Шукри, А.В. Амосов, О.И. Братчиков, Е.И. Велиев, А.З. Винаров, А.В. Гудков, С.П. Даренков, В.В. Дутов, И.В. Казанская, Б.К. Комяков, Г.Г. Кривобородов, Е.В. Кульчавеня и др. Кроме того, в качестве спикеров на Конгрессе выступили: генеральный секретарь EAU, профессор университета Шеффилда Chris Chapple (Великобритания), генеральный секретарь EAU Per-Anders Abrahamsson (Швеция), Dogu Teber (Германия), Gunther Schneider (Германия).

Множество пленарных заседаний и постерных секций позволили участникам обсудить наиболее актуальные вопросы практической урологии. В целом в рамках научной программы Конгресса были рассмотрены следующие ключевые темы: научно-образовательная интеграция в урологии; фармакотерапия урологических заболеваний; значимость лучевых методов в диагностике и лечении урологических заболеваний; диагностика и лечение мочекаменной болезни у взрослых и детей; современные подходы в диагностике и лечении аденомы и рака простаты; интеграция урологии, гинекологии и абдоминальной хирургии; уроонкология; интегративные преемственные подходы в детской и взрослой урологии; уроандрология; травма мочеполовой системы и нейроурология.

Платиновые спонсоры конгресса – компании «Астеллас», «Eli Lilly», «Рекордати», генеральные спонсоры – компании «Берлин-Хеми/А.Менарини», «Сандоз», «Stada CIS».

Информационные партеры мероприятия: специализированные издания ИД «Бионика Медиа»: журналы «Урология», «Клиническая нефрология», газеты «Московский уролог», «Вестник Российского общества урологов», «Медицинский вестник».

Мы выбрали правильный путь

В прошлом году была создана урологическая служба Приволжского федерального округа. Своими впечатлениями о первых итогах ее работы и возникших проблемах, а также об итогах XIV Конгресса Российского общества урологов с корреспондентом газеты Александром Рыловым поделился главный внештатный специалист уролог Приволжского федерального округа и министерства здравоохранения Саратовской области, профессор Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского (СГМУ), Борис Исаакович БЛЮМБЕРГ, заслуженный врач России.

-Борис Исаакович, сколько лет Вы являетесь главным внештатным специалистом урологом Приволжского федерального округа?

- Урологическую службу города Саратова и Саровской области я возглавляю 29 лет, а главным внештатным специалистом урологом Приволжского федерального округа был единогласно избран всего год назад. Это произошло в Москве на XIII Конгрессе Российского общества урологов. Такую должность предложил ввести профессор Д.Ю. Пушкарь, главный внештатный специалист уролог Минздрава РФ, его инициатива была одобрена профильной комиссией министерства и Российским обществом урологов (РОУ).

- Какие задачи были поставлены перед Вами?

- Оказывать организационно-методическую помощь урологам регионов, а также координировать лечебно-диагностическую работу в отношении больных урологическими заболеваниями в 14 субъектах федерации Приволжского федерального округа, в который кроме Саратовской области входят Башкортостан, Удмуртия, Пермский край, Оренбургская, Самарская, Нижегородская, Ульяновская, Кировская области, Мордовия, Пензенская область, республика Марий Эл, республика Татарстан и Чувашия. Территория нашего округа составляет 6% от территории РФ, здесь проживают около 30 млн жителей, что составляет примерно 20% населения России.

- Как изменились отношения главных специалистов урологических служб Приволжского округа?

- Наши отношения основываются на взаимном уважении и признании большого, ценного опыта каждого из моих уважаемых коллег, главных внештатных специалистов 13 регионов Приволжского округа как в организации руководимых им урологических служб, так и в оказании специализированной урологической помощи. В роли главного внештатного специалиста уролога округа я координирую работу по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи урологическим больным. Благодаря этому больным будет легче получить консультации ведущих специалистов нашего региона, пройти обследования на новейшем диагностическом оборудовании и лечение, причем, прежде всего, оперативное, с использованием инновационных малоинвазивных методик.

> «...»
>
> ***Территория Приволжского федерального округа составляет 6% от территории РФ, здесь проживают около 30 млн жителей, что составляет примерно 20% населения России***

- Как Вы думаете, почему было решено назначить главным окружным урологом специалиста именно Саратовской области?

- В Саратове сложилась мощная урологическая школа. Она включает кафедру СГМУ и клинику при ней, НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии. Этому центру во всем Приволжском федеральном округе нет равных по кадровому потенциалу и уровню оснащенности. Наш саратовский центр для урологических больных сходен с теми, которые действуют сегодня при крупных университетах в странах с наиболее развитым здравоохранением. Именно на базе таких комплексов получают лечение самые трудные пациенты, требующие наиболее сложной, дорогой, а подчас и уникальной медицинской помощи, а также ведется образовательная и научная работа. Для выполнения некоторых операций к нам приезжают пациенты не только из соседних, но и отдаленных областей России. Ежегодно в нашем центре обслуживаются больные из 15–16 регионов страны. Подготовка специалистов урологов для нашего округа и их последипломное образование, а также научные исследования – не менее важные направления нашей работы.

- Как действует ваш комплекс?

- Начну с того, что Саратовский университет, одно из старейших высших учебных заведений юга России, был основан еще в 1909 г. и состоял из единственного факультета — медицинского. Понятно, что столь же почтенным считается возраст и Саратовского государственного медицинского университета им. В.И Разумовского. В 1970-е гг. на базе 8-й городской больницы была организована кафедра урологии Саратовского медицинского института. И на этой же базе начало функционировать отделение на 180 коек, которое оказывало населению города и всей области плановую урологическую помощь. С 2002 г. кафедру урологии возглавил профессор Петр Витальевич Глыбочко, занимавший тогда пост ректора Саратовского государственного медицинского университета, который продолжил развитие научных направлений и совершенствование лечебного и учебного процессов в клинике. П.В. Глыбочко вместе с академиком Николаем Алексеевичем Лопаткиным сделали очень много для того, чтобы в 2005 г. в нашем городе открылся второй в нашей стране НИИ урологии.

Сегодня НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии, входящий в состав СГМУ, включает в себя 7 подразделений. Из них 5 занимаются фундаментальными проблемами медицины, а именно: отделы клинической фармакологии и патофизиологии, лучевой диагностики, морфологический отдел, ЦНИЛ, научно-образовательный центр, базируются на соответствующих кафедрах СГМУ. Два же основных клинических отдела, во-первых, детской урологии и андрологии и, во-вторых, реконструктивной уронефрологии и трансплантации почки находятся на базе клиники урологии, оперативной нефрологии и детских болезней в составе Клинической больницы им. С.Р. Миротворцева.

Замечу, что мы, сотрудники СГМУ, проводим очень большую лечебную работу в целом ряде университетских клиник, которые всего имеют 2 тыс. коек. Самая же большая наша база – больница им. С.Р. Миротворцева на 1100 коек, из которых 120 коек предназначены для лечения урологических больных. Еще в одной из саратовских больниц муниципального подчинения развернуто 100 коек для оказания неотложной урологической помощи, и там трудятся мои коллеги из СГМУ. Таким образом, нашей стационарной базой являются, в общем и целом, 220 коек, и это, согласитесь, значительный потенциал, при грамотном и оперативном использовании которого можно ежегодно оказывать помощь тысячам больных.

- Расскажите пожалуйста подробнее о деятельности урологической клиники в больнице им. С.Р. Миротворцева.

- Наша 120-коечная урологическая клиника занимает отдельный 5-этажный корпус, оборудованный в соответствии с европейскими стандартами. Клиника включает в себя 4 многопрофильных подразделения, одно из них – отделение реконструктивной уронефрологии и трансплантации почки; другое – отделение онкоурологии. Кроме того в 2 смены работает лечебно-диагностическое отделение. В 9 операционных клиники, кроме открытых хирургических вмешательств выполняются малоинвазивные операции: все виды лечения мочекаменной болезни – контактная и дистанционная ударно-волновая литотрипсии камней почек, мочеточников и мочевого пузыря, для которой у нас используются 2 современных литотриптора; лапароскопические операции при различных урологических заболеваниях, сосуди-

> «...»
>
> ***Урологическая школа Саратовской области включает кафедру СГМУ и клинику при ней, НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии***

стые операции, выполняемые при всех видах вазоренальной гипертонии.

С гордостью замечу, что из более чем 3 тыс. операций, выполняемых нами ежегодно, примерно 80% относятся к 3–4 категориям сложности, а открытые операции уходят в прошлое. При мочекаменной болезни эндоскопические операции мы проводим 95% больных. Для выполнения таких вмешательств клиника оснащена современным эндоскопическим и другим оборудованием из Германии, Австрии, Израиля, Японии и США. Например, у нас есть высокоэнергетический лазер для квантовой хирургии заболеваний уретры, предстательной железы и мочевого пузыря, две установки для МРТ, компьютерный томограф, гамма-камера, позволяющая выполнять все виды радионуклидной диагностики, УЗИ-оборудование экспертного класса.

Обладая столь мощной и разнообразной диагностической базой, мы добились сокращения времени обследования каждого пациента всего до одного «диагностического дня». Отдельным разделом работы клиники является заместительная терапия у больных с острой и хронической почечной недостаточностью, а также трансплантация почки от живого родственного донора. Если говорить о лечении больных, проводимом в 30-коечном отделении онкоурологии, то и здесь наши возможности очень велики. Например, мы выполнили свыше 260 операций на установке Аблатерм.

- Напомните, пожалуйста, читателям нашей газеты, для чего она применяется.

- HIFU – абляция простаты, выполняемая при помощи установки Аблатерм – это технология для минимально инвазивного трансректального лечения рака предстательной железы с помощью высокоинтенсивного сфокусированного ультразвука. Такие установки предназначены для термоаблации опухоли без повреждения окружающих тканей, что является методом выбора для лечения локализованного рака простаты.

- В клинике проводится только лечение стационарных больных?

- Нет, как я уже сказал, у нас действует также консультативно-диагностическое отделение, где ведут прием 3 уролога, кандидаты медицинских наук. В консультативной работе участвуют и большинство из 13 сотрудников кафедры урологии СГМУ, и другие специалисты нашего урологического центра.

- Борис Исаакович, я понял, что в Саратове сегодня сложился крупный высокотехнологичный комплекс для лечения урологических больных со столь большим потенциалом, что вы можете принимать пациентов и из других регионов. Но насколько доступно для них лечение в Саратове?

- Основная цель организации окружной урологической службы как раз и состояла в том, чтобы повысить доступность такого высокотехнологичного лечения для всех пациентов Приволжского федерального округа. Думаю, что мы выбрали правильный путь в том, что создаем сейчас не громоздкую бюрократическую структуру, а гибкие и эффективные механизмы взаимодействия между собой, с ЛПУ Приволжского округа и организационную работу с нашими больными, благодаря чему они могут без проволочек, а, главное, своевременно попасть на консультацию, обследование и лечение в наш саратовский урологический центр. Уже сегодня многие пациенты, лечившиеся у нас, ощутили, что весь комплекс проблем, включая выделение квоты на высокотехнологичное лечение, получение направлений на разные виды медицинской помощи и т.д. был решен для них быстро и качественно. Таковы первые результаты работы окружной урологической службы. Но не скрою, что мы сталкиваемся и со многими проблемами. Пока лучше всего налажена связь между нашим центром и урологическими службами Пензенской, Ульяновской областей, республикой Башкортостан. Взаимодействие со службами остальных регионов пока только налаживается.

- Вы говорили, что на базе СГМУ, кроме лечения больных, выполняется и большая образовательная работа.

- Верно, причем мы готовим урологов не только для нашего региона. Последипломное образование у нас получают урологи как Саратовской, так и других областей России. Только в этом году наша клиническая ординатура подготовила 17 специалистов, из которых лишь некоторые остаются в нашей области. Например, уже много лет все ЛПУ соседней с нами Пензенской области укомплектованы нашими выпускниками. При СГМУ действует факультет повышения квалификации по урологии, 2–3 раза в год мы проводим полуторамесячные курсы для урологов и нефрологов, а также для общих хирургов, травматологов и онкологов.

- Какие проблемы Вы видите сегодня в работе урологической службы города Саратова и области?

- Всего в Саратовской области работают около 200 урологов. В Саратове же урологическая помощь оказывается в 25 кабинетах поликлиник и 3 стационарах областного и муниципального подчинения. Для населения 39 районов области медицинскую помощь оказывают 3 межобластных урологических центра в городах Энгельсе, Балакове, Балашове с консультативно-диагностическими отделениями и стационарами на 40–45 коек. Я не вижу серьезных проблем ни в кадровом, ни в базовом обеспечении саратовской городской и областной урологической службы. У нас достаточно врачей, коек, кабинетов, оборудования, словом, всего для лечения пациентов с относительно несложными, «банальными» урологическими заболеваниями. Но меня очень беспокоит ситуация с оснащенностью 120-коечной урологической клиники высокотехнологичным оборудованием. Часть устройств уже выработали свой ресурс, их пора менять, другие нуждаются в серьезном ремонте. Много средств мы тратим на расходные материалы. Хочется надеяться, что получаемое нами федеральное финансирование не сократится, а, наоборот, увеличится. Огромную помощь в материальном оснащении клиники, научной работе, организации связей с ведущими клиниками России нам оказывает ректор СГМУ, заведующий кафедрой урологии, профессор В.М. Попков.

-Недавно в вашем городе прошел XIV Конгресс Российского общества урологов, каковы Ваши впечатления от Конгресса?

- «Интеграция в урологии» – так была сформулирована основная тема Конгресса. Соответственно, его главная концепция заключалась в доступности междисциплинарного обмена опытом представителей различных специальностей, что создает возможность получения углубленных знаний по наиболее актуальным проблемам современной урологии. Организаторами конгресса были РОУ, возглавляемое членом-корр. РАН, профессором Ю.Г.Аляевым, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, возглавляемый членом-корр. РАН, П.В. Глыбочко, и СГМУ.

В конгрессе кроме урологов приняли участие нефрологи, хирурги, онкологи, морфологи, дерматовенерологи и специалисты многих смежных отраслей медицинской науки ведущих отечественных и зарубежных медицинских школ, в задачи которых входит представление результатов последних исследований и разработок, выявление тенденций и наиболее перспективных научных направлений и путей практической реализации их результатов, расширение информационного поля и взаимодействие между научными и медицинскими учреждениями, то есть как раз то, что и называется «интеграцией в урологии».

Напомню, что немало выступавших на Конгрессе специалистов не только включили слово «интеграция» в название своих докладов, но и сделали эту проблему их ключевой темой. Например, профессор Д.Ю. Пушкарь назвал одно свое выступление «Пути интеграции главных специалистов МЗ и председателей региональных отделений РОУ», а второе – «Интеграция онколога и уролога – неформально». В числе ведущих мировых специалистов урологов на съезде выступил с докладом «Интеграция научных и организационных секций в Европейской ассоциации урологов. Видение проблем интеграции РОУ и ЕАУ» британский профессор Крис Чаппл, генеральный секретарь Европейской ассоциации урологов.

Утром 11 сентября в необычном формате «семинаров за завтраком» мы услышали три очень интересных и актуальных доклада, обсудили представленные в них темы и клинические случаи, подискутировали с большой пользой для всех. Профессор В.Б. Матвеев рассказал о лечение метастатического рака почки, уточнил показания к паллиативной нефрэктомии, хирургическому лечению отдаленных метастазов различных локализаций, лекарственной неоадъювантной терапии; а также о прогнозе выживаемости таких больных. Появившиеся в последние годы принципиально новые методы лечения нейрогенной детрузорной гиперактивности, что значительно изменило стратегию лечения таких пациентов, обсудил профессор Г.Г. Кривобородов. Наконец, в своем выступлении «Взрослые болезни из детства» профессор А.Ю. Павлов остановился на врожденных пороках развития мочеполовой системы, лечение которых у детей проводится в несколько этапов на протяжении длительного времени.

Хотел бы сказать напоследок, что Конгресс, по-моему, прошел «на отлично». Поскольку доклады, представленные на пленарных заседаниях и сессиях, отличались высокой содержательностью, новизной и были хорошо иллюстрированы, они принесли большую пользу участникам и гостям форума.

«...»

Саратовский университет, одно из старейших высших учебных заведений юга России, был основан еще в 1909 г. и состоял из единственного факультета – медицинского

«...»

В Саратове урологическая помощь оказывается в 25 кабинетах поликлиник и 3 стационарах областного и муниципального подчинения. Для населения 39 районов области медицинскую помощь оказывают 3 межобластных урологических центра

Ксантогранулематозный пиелонефрит

Ксантогранулематозный пиелонефрит (КП) – это агрессивная форма интерстициального нефрита, включающая гнойно-деструктивный и пролиферативный процессы в почке с образованием гранулематозной ткани. Заболевание впервые описано R. Schlagenhaufer в 1916 г., и к настоящему времени в мировой литературе насчитывается чуть более 1500 наблюдений.

А.А. КРАПИВИН, д.м.н., главный врач ГКБ №20

И.А. ЛАССКИЙ, к.м.н., заведующий урологическим отделением ГКБ №20

С.В. ШУБИН, к.м.н., врач-уролог ГБУЗ ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ

М.А. РЯБОВ, врач-уролог ГБУЗ ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ

Е.В. ФЕДОТОВ, к.м.н., заведующий патологоанатомическим отделением ГБУЗ ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ, главный внештатный патологоанатом СВАО

Введение

КП составляет 1% всех инфекционно-воспалительных заболеваний почек, которому подвержены все категории пациентов, независимо от пола и возраста, в том числе дети. Но наиболее часто КП встречается у женщин среднего возраста, в анамнезе которых есть указания на рецидивирующие инфекции или длительную обструкцию мочевых путей.

Выделяют две формы КП: диффузную (85%) и фокальную (15%). Трудности диагностики КП обусловлены тем, что он часто протекает под «маской» почечно-клеточного рака, перинефрального абсцесса, калькулезного пиелонефрита, карбункула почки, малакоплакии, лейомисаркомы или туберкулеза. Типичные симптомы включают боль в боку, лихорадку, недомогание, потерю аппетита и похудание. При осмотре нередко можно пропальпировать объемное образование в проекции почки. В анализах крови обычно выявляют лейкоцитоз или анемию. В посеве мочи наиболее часто встречаются *Escherichia coli* и *Proteus mirabilis*. При ультразвуковом исследовании (УЗИ), как правило, выявляются увеличение почки, расширение чашечек и лоханки, камни и гиподенсивные участки с очагами деструкции. Классическая триада при внутривенной урографии диффузной формы КП состоит из снижения или отсутствия функции почки, коралловидного нефролитиаза и диффузного увеличения почки. Компьютерная томография является наиболее информативным методом диагностики КП и позволяет помимо прочего выявить и оценить распространение процесса на соседние органы (рис. 1–2).

Окончательный диагноз КП основывается на данных гистологического исследования (после нефрэктомии): гранулематозный воспалительный инфильтрат, состоящий из нейтрофилов, лимфоцитов, плазменных клеток, лимфоцитов, ксантомных гистиоцитов и многоядерных гигантских клеток с замещением почечной паренхимы липидами, которые именуются ксантомными или «пенистыми» клетками (рис. 3).

Тактика лечения зависит от состояния больного и может быть как консервативной, так и хирургической.

Описание клинического наблюдения

Мужчина 66 лет поступил в урологическое отделение ГКБ №20 03.12.2012 в плановом порядке с диагнозом «Опухоль правой почки» для оперативного лечения. Из анамнеза известно, что больного в течение длительного времени беспокоили периодические боли в правом боку. При стационарном обследовании в одной из Московских городских больниц при УЗИ выявлено объемное образование и камень правой почки, а также множественные кисты с обеих сторон. При мультиспиральной компьютерной томографии с контрастированием получена следующая картина: в верхнем сегменте правой почки выявляется образование размерами 88 мм х 67 мм, неравномерно накапливающее контрастное вещество, неоднородной структуры с наличием гиподенсивных зон, не накапливающих контрастное вещество, значительно деформирующее верхний контур почки с распространением в клетчатку без границы с прилежащими отделами печени (6-й сегмент). Также образование распространялось в средний сегмент почки по заднему и медиальному контурам без границы на протяжении около 30 мм с правой поясничной мышцей с накоплением контраста в данной зоне. Почка ротирована кпереди, смещена вверх. Почечная ножка дифференцируется. Дефектов контрастирования сосудов нет. В правой почке определяются множественны кисты до 60 мм, вдающиеся в синус почки с деформацией лоханки, мелкий конкремент 4 мм. Парааортально и паракавально справа на уровне почечной ножки определялись лимфатические узлы до 13 мм. В левой почке множественные кисты (рис. 4, 5).

При динамической нефросцинтиграфии выявлено нарушение секреторной и выделительной функций правой почки средней степени выраженности за счет паренхиматозного компонента и задержки в чашечно-лоханочном комплексе.

При поступлении состояние удовлетворительное, лихорадки, интоксикации не было. Живот мягкий, умеренно болезненный в правых отделах. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, пальпация почек безболезненна, нижний край правой почки незначительно смещен вниз. В анализах крови умеренные анемия, гипопротеинемия и азотемия. В анализе мочи – незначительная протеинемия.

06.12.2012 в плановом порядке выполнена нефрэктомия справа. При ревизии выявлены отек и повышенная кровоточивость паранефральной клетчатки, увеличение в размерах правой почки, которая верхним полюсом интимно спаяна с печенью. В этой же области пальпируется плотный инфильтрат. При разъединении верхнего полюса почки и печени вскрыт абсцесс, выделено около 50 мл густого, сливкообразного гноя. С техническими сложностями, обусловленными выраженным паранефритом, выполнены нефрэктомия справа, а также парааортальная и паракавальная лимфодиссекция. На разрезе верхняя половина почки представлена округлым объемным образованием диаметром 7 см, желтого цвета с участками распада и гнойными полостями (рис. 6).

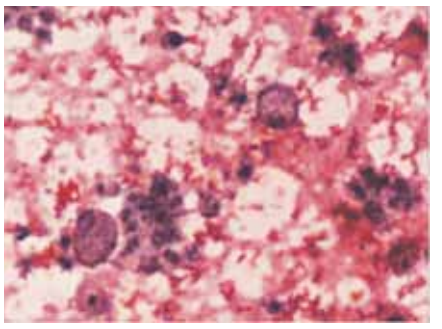


Рис. 3. Насыщенные липидами макрофаги, ксантомные или «пенистые» клетки (гематоксилин и эозин × 40)

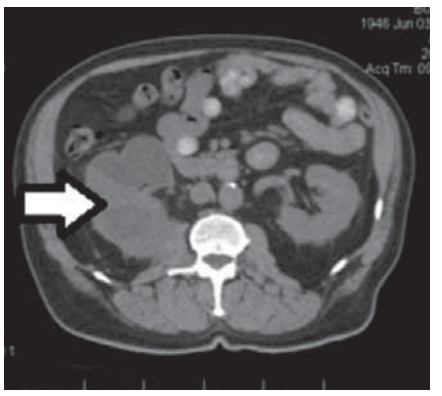


Рис. 4. Объемное образование правой почки. МСКТ. Сагитальный разрез

Рис. 5. Объемное образование правой почки. МСКТ. Фронтальный разрез

Рис. 6. Интраоперационный макропрепарат

Рис. 1. Истончение толщины паренхимы левой почки, отек паранефральной клетчатки и крупный конкремент (КТ без контрастирования).

Рис. 2. Массивное мягко-тканное образование в правой поясничной области, размытые границы паранефрия, дислоцированные петли кишечника (ВВУ)

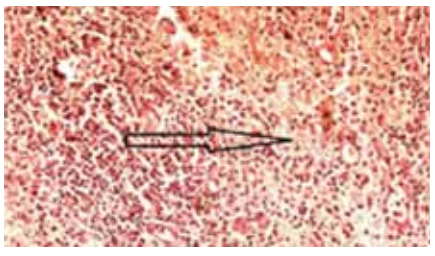


Рис. 7. Ксантомная гранулема с участками абсцедирования на периферии, г-э, 10×10

Рис. 8. Многоядерные гигантские клетки по ксантомных гранулем, г.-э, 10×20

Послеоперационный период протекал без особенностей, больной выписан на 12-е сутки. В посеве отделяемого из почки выявлена *Pseudomonas aeruginosa*.

Гистологическое исследование.

Ткань почки с морфологической картиной хронического активного пиелонефрита, ростом темноклеточной аденомы в одном из участков. Фрагменты ткани с морфологической картиной гранулематозного воспаления с большим количество ксантомных клеток, участками абсцедирования, разрастанием фиброзно-жировой ткани, гигантскими многоядерными клетками (рис. 7, 8). Фрагменты мочеточника с морфологической картиной хронического активного воспаления (рис. 9).

Гистологическое заключение: хронический подострый ксантоматозный пиелонефрит с развитием хронических абсцессов почки и паранефрия, формированием воспалительной псевдоопухоли. Папиллярная темноклеточная аденома почки.

Данный клинический пример отчетливо демонстрирует все сложности диагностики КП, который зачастую протекает под маской весьма разнообразных заболеваний, в частности опухоли почки T4N1Mx с распадом и абсцедированием. У пациента в предоперационном периоде не было отмечено каких-либо специфических признаков, четко указывающих на формирование КП. Это обусловлено тем, что классическая клинико-рентгенологическая картина выявляется, к сожалению, достаточно редко. При этом вовремя недиагностированное заболевание может иметь фатальные последствия для пациента. В связи с этим врачам (и не только урологам) необходимо быть настороже в отношении возможного развития КП особенно у пациентов с длительной обструкцией мочевыводящих путей и хроническим пиелонефритом на фоне сахарного диабета. Также необходим тесный междисциплинарный контакт, особенно между клиницистами и рентгенологами, что поможет своевременному выявлению и лечению этой сложной и редкой патологии.

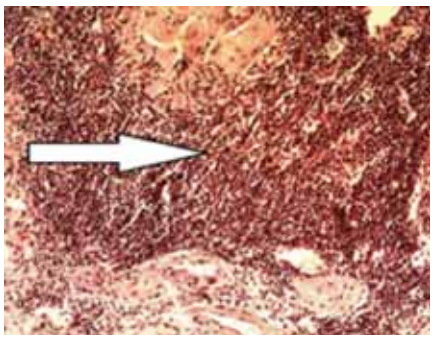


Рис. 9. Участки выраженной лимфоидной инфильтрации стромы с формированием псевдофолликулов, г-э,10×20

Преимущества тулиевого лазера в лечении объемных образований мочеточников

А.А. ЛИСЕНОК, к.м.н., врач-уролог, К 31+

Б.Е. ОСМОЛОВСКИЙ, к.м.н., врач-уролог, ГКБ №31

И.Е. КОСТИН, врач-уролог, К 31+

В.О. ЕЛАГИН, врач-уролог, К 31+

Начиная с 60-х гг. XX века лазерные хирургические операции уверенно и стремительно развиваются. Особенно востребованы лазерные технологии в хирургии трубчатых органов: сосудов, пищевода, кишечника, мочеиспускательного канала, мочеточника, уретры. Уникальны эндоскопические лазерные операции при пищеводе Барретта, варикозном расширении сосудов конечностей, дроблении камней почек и мочеточников, выпаривании объемных образований уретры и т.д. С первых опытов применения лазерных технологий до сегодняшнего дня активно используется CO2 лазер, который является лидером в открытой хирургии. В эндоурологии он неприменим из-за невозможности доставки его в полости органов через миниатюрные инструменты. В эндоурологии хорошо зарекомендовали себя и становятся все более популярными гольмиевый и тулиевый лазеры. Рассечение и выпаривание тканей, разрушение камней зависит от мощности лазерной установки. Лазерные «бескровные» технологии незаменимы у пациентов с нарушением свертывающей системы крови, на фоне приема антикоагулянтов.

В ГКБ №31 поступил мужчина П. 64 лет с диагнозом: Доброкачественная опухоль средней трети левого мочеточника. Сахарный диабет 2 типа. Гипертоническая болезнь. При поступлении предъявлял жалобы на интенсивную примесь крови в моче и умеренные боли в поясничной области слева. При обследовании выявлено объемное образование на границе средней и нижней трети мочеточника размерами 5,0x1,2 см на широком основании.

Операция выполнялась с применениям стандартного уретеропиелоскопа с рабочим каналом 5,5 сн, предварительно произведена щипковая биопсия. Использовался лазер системы «квантасистем» с гольмиевым и тулиевым источниками энергии с мощностью 30 и 200 Вт соответственно. Оперативный прием заключался в уретероскопии и вапоризации опухоли и занимал не более 80 минут. В ходе операций удалось выпарить всю опухоль, основание которой занимало 3/4 диаметра мочеточника и 3 см по длине. В процессе оперативного вмешательства учитывалась близость подвздошных сосудов. Операция закончилась установкой внутреннего мочеточникового стента №8 сн. Послеоперационный период протекал благоприятно на фоне приема антибиотиков и нестероидных противовоспалительных средств.

Особенности при выполнении «гольмиевой» вапоризации – хорошая видимость, но малая мощность и большая длительность манипуляции, удовлетворительный гемостаз.

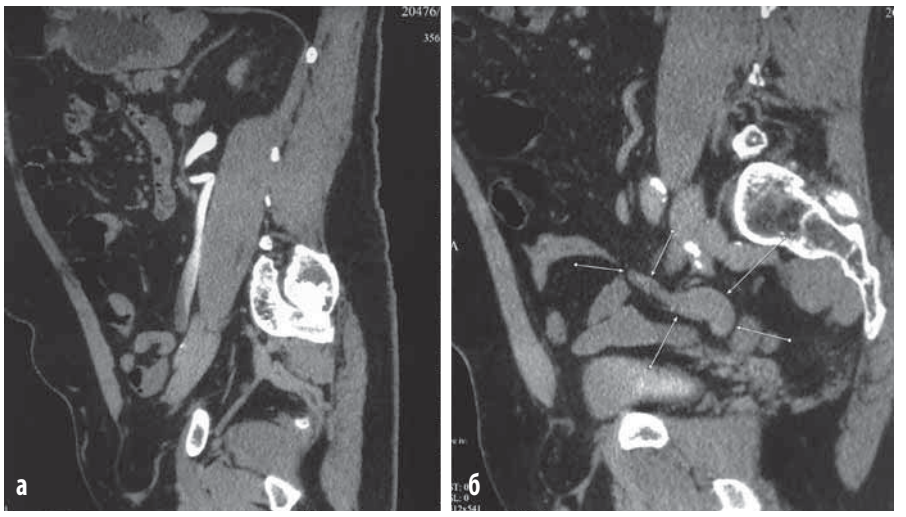


Рис. 1. МСКТ с контрастированием. А) Визуализируется расширенный левый мочеточник и стаз контраста над полипом на границе средней и нижней трети. Б) стрелками обозначен полип внутри мочеточника.

Особенности при выполнении «тулиевой» вапоризации: необходимость очищать оптику носика уретеропиелоскопа от «нагара» выпаренных тканей опухоли и недостаточная видимость во время непосредственно выпаривания («закипает» ирригационная жидкость), эти сложности эффективно устраняются импульсным увеличением потока ирригационной жидкости. Необходимо отметить, что превосходные мощностные качества и хороший гемостаз увеличивают скорость операции в разы (опухоль «тает на глазах»). Небольшая глубина проникновения тулиевого лазера позволяет смело выполнять вапоризацию в непосредственной близости от проводников и мочеточниковых катетеров, контакт с ними не приводит к значимому повреждению и тем более пересечению.

Таким образом, тулиевый лазер обладает всеми качествами, позволяющими хирургу получить удовольствие не только в процессе операции, но и от выполненной работы. Все вышеизложенное позволяет рекомендовать метод для лечения заболеваний не только мочеточников, но и чашечно-лоханочной системы и нижних мочевых путей у детей и взрослых, особенно у осложненных пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (искусственный клапан сердца, недавний инфаркт миокарда, инсульт и т.д.).

Рис. 2. Полип мочеточника

СНМП: время персонифицированной медицины

Сегодня в урологии все чаще подчеркивается необходимость индивидуального подхода к каждому пациенту с такой распространенной патологией, как симптомы нижних мочевых путей (СНМП). 10 сентября 2014 г. в рамках XIV Конгресса Российского общества урологов состоялся симпозиум при поддержке компании «Астеллас» под символичным названием «Per aspera ad astra» (лат. «через тернии к звездам»), который позволил практикующим врачам обобщить самые актуальные на сегодня подходы к лечению СНМП, особенности применения наиболее эффективных фармацевтических препаратов.

Симпозиум открыл д.м.н., профессор клиники урологии и хирургической андрологии РМАПО О.Б. Лоран. В своем выступлении он подчеркнул: «Сегодня хорошо известно, что не у всех пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) имеются СНМП. Не существует корреляции между жалобами больного, СНМП и размерами простаты. При уродинамическом обследовании у 25–55% пациентов с СНМП нет признаков инфравезикальной обструкции (ИВО)». Профессор обратил внимание аудитории на многофакторность этиологии СНМП, которая описана в рекомендациях Европейской ассоциации урологов (EAU – European Association of Urology Guidelines, 2014). Согласно данным рекомендациям, СНМП могут проявляться как целая группа различных заболеваний: ночная полиурия, гиперактивный мочевой пузырь (ГМП), ДГПЖ, нейрогенный мочевой пузырь (МП), опухоль МП, стриктура уретры, простатит, инородное тело, инфекции МП и др. По словам профессора, в связи с этим изменилась парадигма отношения к СНМП. Сегодня говорят о лечении ненейрогенных СНМП у мужчин, включая и ДПГЖ, что также зафиксировано в рекомендациях EAU от 2014 г.

Современным алгоритмам ведения пациента с СНМП было посвящено выступление д.м.н., профессора кафедры урологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова Г.Г. Кривобородова. Он подчеркнул неспецифичность СНМП и отметил, что этот факт должен заставить адресно относиться к диагностике и лечению рассматриваемой категории пациентов. В диагностике СНМП основное значение отводится анкете IPSS. При лечении СНМП/ДГПЖ оперативное вмешательство показано в следующих случаях: острая и хроническая задержка мочи, рефрактерная к консервативному лечению; рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей; некупирующая гематурия; почечная недостаточность; камни мочевого пузыря. Во всех случаях первым этапом является медикаментозная терапия, как отметил профессор.

Что касается препаратов для лечения СНМП у мужчин, то в рекомендациях EAU

Олег Борисович Лоран

от 2014 г. их перечень довольно обширный: α1-адреноблокаторы, ингибиторы 5α-редуктазы, холинолитики, ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5), аналоги вазопрессина (десмопрессин). Как подчеркнул профессор, сегодня эти препараты не только одобрены для лечения мужчин с СНМП, но многие из них имеют очень высокие уровни доказательности и степень рекомендации, т.е. в рандомизированных клинических исследованиях они подтверждают свою эффективность.

Г.Г. Кривобородов подробно рассмотрел несколько конкретных алгоритмов, касающихся медикаментозной терапии СНМП. Сначала он коснулся самой распространенной ситуации, когда у пациента имеют место только симптомы опорожнения, либо преобладают симптомы опорожнения над ирритативными симптомами. Если у таких пациентов есть критерии прогрессии ДГПЖ в виде объема простаты более 40 мл^3 и уровня ПСА (простатический специфический антиген) более 1,5 нг/мл, то, по словам профессора, возможно использование комбинированной терапии α-адреноблокаторами с ингибиторами 5α-редуктазы – в случае, когда пациент готов в течение длительного времени (6–12 месяцев) применять эту терапию. Если же у пациента нет риска прогрессии ДГПЖ, рекомендуется использовать α-адреноблокаторы. Затем профессор рассмотрел основные характеристики а-адреноблокаторов, указанные в рекомендациях EAU от 2014 г.: а-адреноблокаторы не оказывают выраженного действия на ИВО (улучшение СНМП не коррелирует с уродинамически доказанной ИВО); снижают СНМП на 35–40% и увеличивают максимальную скорость потока мочи на 20–25 %. При их применении наблюдается быстрое (до 4 недель) уменьшение симптомов, (это препараты скорой помощи); одинаково эффективны при легких, средних и тяжелых СНМП; эффективность а-адреноблокаторов не зависит от размера простаты и возраста пациента. Многие пациенты используют их длительно, при этом отсутствует привыкание, отмечаются хорошие клинические результаты.

«...»

При лечении СНМП/ДГПЖ оперативное вмешательство показано при острой и хронической задержке мочи, рефрактерной к консервативному лечению; рецидивирующей инфекции МП; гематурии; почечной недостаточности; камнях МП

В качестве следующей группы пациентов Г.Г. Кривобородов рассмотрел тех, у кого преобладают ирритативные симптомы, прежде всего, ГМП. Профессор подчеркнул, что ГМП является клиническим проявлением детрузорной гиперактивности (уродинамическое понятие), заключающейся в непроизвольном сокращении детрузора при наполнении МП. Это именно те симптомы, которые в большей степени по сравнению с обструктивными нарушают качество жизни пациентов. По мнению Г.Г. Кривобородова, основным методом лечения данной категории больных должны являться не а-адреноблокаторы, а холинолитики. Монотерапия М-холиноблокатором – это основной метод лечения пациентов с учащенным ургентным мочеиспусканием и ирритативными СНМП.

В рекомендациях EAU также указаны особенности и преимущества использования М-холиноблокаторов:

- у мужчин без ИВО по сравнению с плацебо они не повышают риск острой задержки мочи (ОЗМ) и приводят к незначительному увеличению объема остаточной мочи, лучшие результаты отмечаются у мужчин с уровнем ПСА ниже 1,3 нг/мл;
- у мужчин с легкой и умеренной ИВО не повышают риск ОЗМ, но значимо увеличивают объем остаточной мочи (поэтому следует периодически наблюдать пациента и проводить мониторинг остаточной мочи);
- М-холиноблокаторы могут быть назначены мужчинам с умеренными и выраженными СНМП, у которых преобладают симптомы накопления МП.

Последний алгоритм, приведенный профессором, был посвящен таким клиническим случаям, когда ирритативные симптомы сочетаются с обструктивными. У пациентов, у которых отмечены Q_{max}>5 мл/с и V ост.м.<200 мл, он рекомендовал сочетать α-адреноблокаторы с М-холиноблокаторами. Такую возможность подтверждают, прежде всего, данные клинического исследования NEPTUNE, которое проводилось с участием мужчин старше 45 лет (IPSS≥13, ≥2 эпизодов ургентности и ≥8 мочеис-

пусканий в течение 24 часов) со следующими показателями: объем простаты <75 мл^3, Q_{max} 4,0–12,0 мл/сек и объем остаточной мочи ≤150 мл. Пациенты сначала в течение 12 недель, а потом часть из них по желанию в течение 52 недель, принимали комбинированный препарат Везомни, содержащий солифенацин 6 или 9 мг и тамсулозин 0,4 мг. Исследование показало хорошую эффек-

Григорий Георгиевич Кривобородов

тивность и переносимость данной фармакотерапии у мужчин с симптомами опорожнения и наполнения МП. Через год частота задержки мочи составила меньше 1,1% и была сравнима с частотой встречаемости задержки мочи в общей популяции мужчин.

Современным подходам к терапии ГМП, проблеме приверженности пациентов лечению М-холинолитиками, препаратами с наиболее доказанной клинической эффективностью при данном заболевании, было посвящено выступление доцента кафедры урологии МГМСУ Г.Р. Касяна. Он подчеркнул, что большинство больных через год перестают принимать холинолитики. Согласно данным исследования Yeaw и соавт. (2009), только 20% пациентов, страдающих ГМП, принимают холинолитики спустя 12 месяцев (для сравнения – среди больных сахарным диабетом эта цифра составляет 60%). Причем в настоящее время, когда и врачи, и пациенты обладают доступом к огромному потоку информации, имеет место эффект ноцебо (развитие отрицательных реакций на прием плацебо) и возрастает влияние различных факторов на результаты лечения: отношения к болезни родственников, восприятия болезни врачом, отношения пациента к болезни, его ожиданий от лечения. Сегодняшнего пациента можно справедливо назвать «совершенным» потребителем. И врач-уролог, обладая максимальным «кредитом доверия», на первичном приеме и при назначении препарата обязательно должен учитывать как эффективность и безопасность последнего, так и возможность обеспечения приверженности лечению.

Одним из самых селективных М-холинолитиков для лечения ГМП является солифенацин (Везикар). Причем, по словам Г.Р. Касяна, на сегодняшний день фармакокинетический профиль Везикара в относительно новой дозировке 10 мг, которая в ближайшее время появится в России, уже очень хорошо изучен. Г.Р. Касян привел результаты ряда исследований, подтверждающих более высокую эффективность Везикара 10 мг по сравнению с его дозировкой 5 мг. К примеру, в исследовании STAR (C. Chapple и соавт., 2009) уже была отмечена дополнительная эффективность применения препарата через 12 недель у пациентов, увеличивших дозу до 10 мг. По данным исследования F. Chu (2009), солифенацин 10 мг в течение 12 недель терапии значительно облегчает симптомы ГМП, такие как частота мочеиспусканий, эпизоды недержания и ургентности. Таким образом, Везикар 10 мг достоверно снижает все симптомы ГМП по сравнению с плацебо. Согласно результатам исследования SUNRISE (L. Cardozo и соавт., 2013), увеличение дозировки препарата с 5 до 10 мг позволило снизить у пациентов с ГМП общий балл ургентности в 4,5 раза. Также, по данным A. Keith (2009), солифенацин 10 мг не оказывает значимого влияния на когнитивную функцию у пожилых пациентов в отличие от оксибутинина. Кроме того, в исследовании A. Wagg и соавт. солифенацин 10 мг продемонстрировал максимальную приверженность лечению у пациентов с ГМП среди других М-холинолитиков (троспиум, толтеродин, оксибутинин, дарифенацин).

Современные подходы к лечению, а также наиболее передовой опыт фармакотерапии расстройств мочеиспускания у мужчин осветил в своем докладе д.м.н., профессор кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова А.З. Винаров. Он подчеркнул, что в связи с многофакторностью проблемы за последние годы изменилась парадигма ее рассмотрения: с 2014 г. рекомендации EAU касаются лечения ненейрогенных расстройств,

Геворг Рудикович Касян

или СНМП, включая аденому простаты. Также профессор отметил: «Если мы говорим о множестве факторов и механизмов, которые вызывают расстройства мочеиспускания, то вряд ли мы можем рассчитывать на монотерапию».

У пациентов с высоким риском прогрессии ДГПЖ (большой объем предстательной железы, высокий уровень ПСА) повышается вероятность возникновения ОЗМ и необходимости оперативного вмешательства. Поэтому профессор А.З. Винаров подробно остановился на результатах исследования Combat (C. Roehrborn и соавт., 2009), которое подтвердило, что у больных ДГПЖ с высоким риском прогрессирования заболевания, комбинированная терапия α1-адреноблокатором с ингибитором 5α-редуктазы обеспечивает более значимое улучшение симптоматики, чем монотерапия каждым из препаратов. Кроме того, у данной категории пациентов комбинированная терапия снижала риск ОЗМ или необходимости оперативного лечения по сравнению с монотерапией.

Относительно комбинации α1-адреноблокаторов и М-холиноблокаторов профессор привел данные исследования J. Lee и соавт. (2004), которые подтвердили, что при наличии ДГПЖ и ГМП данная комбинация играет большую роль в лечении: дополнительное применение холинолитика приводило к значимому улучшению состояния у 73% пациентов, не получивших положительного эффекта в результате монотерапии α1-адреноблокатором. Похожие данные были получены в результате клинического исследования VICTOR, опубликованного в 2009 г. Оно касалось эффективности и безопасности комбинации препаратов солифенацин и тамсулозин у мужчин с сохраняющимися симптомами ГМП на фоне приема тамсулозина. По всем эпизодам ургентности, частоте мочеиспускания в течение 24 часов группа комбинированного лечения заметно превосходила группу, которая получала только тамсулозин. Аналогичны и результаты 12-недельного исследования NEPTUNE, опубликованного в 2013 г., в ходе которого комбинированная терапия солифенацином и тамсулозином применялась уже в качестве комбинированного препарата Везомни. В течение 52-недельного исследования NEPTUNE II в группе пациентов комбинированной терапии происходило дальнейшее улучшение по шкале IPSS, не наблюдалось увеличения риска ОЗМ.

Таким образом, согласно C. Chapple и соавт. (EAU, 2009), комбинация α-адреноблокатора и М-холинолитика показана пациентам при наличии ИВО и персистирующих симптомах гиперактивности МП со следующими клиническими характеристиками: клинически выраженная ИВО (Q_{max}<15 мл/сек); частота мочеиспусканий ≥8 ; ургентные позывы ≥1 в сутки с ургентным недержанием мочи или без него; ноктурия; суммарный балл IPSS≥12; QoL-качество жизни ≥3. Также данная комбинация показана пациентам с низким риском возникновения ОЗМ : объем остаточной мочи <200 мл; отсутствие ОЗМ в анамнезе, Q_{max}>5 мл/сек.

Однако, как отметил А.З. Винаров, существует и другая категория пациентов, у которых СНМП сочетаютсяс эректильной дисфункцией (ЭД). По данным исследования KEED (M. Braun и соавт., 2003), общее число пацентов с ЭД и СНМП (72,2%) почти вдвое превышает число пациентов с ЭД без СНМП (37,7%).

«...»

По результатам исследований, эффективность Везикара 10 мг по сравнению с его дозировкой 5 мг более высока

Андрей Зиновьевич Винаров

Традиционно у пациентов с ЭД применяются ингибиторы ФДЭ-5 (тадалафил).

Но на сегодняшний день появились исследования по различным комбинациям с тадалафилом. Например, в исследовании у мужчин с СНМП при ДГПЖ C. Roehrborn и соавт. (EAU, 2013), проводившемся в течение 6 месяцев, как подчеркнул А.З. Винаров, выигрышной оказалась комбинация тадалафила 5 мг с финастеридом 5 мг. При комбинированной терапии происходило более значимое улучшение симптомов мочеиспускания, чем в группе, которая получала только ингибитор 5α-редуктазы. Причем сексуальная функция у пациентов, которые получали комбинацию тадалафила с финастеридом, улучшалась, тогда как в группе, которая получала только ингибитор 5α-редуктазы, этого изменения не происходило.

Рассмотрев подробно различные варианты комбинированной терапии расстройств мочеиспускания у мужчин, в завершение своего выступления профессор А.З. Винаров особо отметил: «Мы переходим в эру персонифицированной медицины. И мы должны каждому пациенту подбирать то лечение, которое ему необходимо. Мы должны подходить к пациентам персонифицированно».

Елена Ермилова

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Будущее медицины готовится в настоящем

Бурный рост инноваций, практическое применение последних достижений науки – это то, без чего невозможно представить современную медицину. Безусловно, очень многое зависит от уровня профессионализма врачей и фармацевтов. О том, как осуществляется подготовка высококлассных специалистов-медиков, корреспонденту газеты «Московский уролог» Светлане Кудиновой рассказал директор Центра инновационных образовательных программ «Медицина будущего», д.м.н., профессор Михаил Евгеньевич ЧАЛЫЙ.

— **Михаил Евгеньевич, давайте поговорим о значении инноваций в медицине и, в частности в урологии и андрологии. Как использование современных методов повышает эффективность лечения?**

– Тенденции современной медицины – это бурно развивающиеся инновационные способы диагностики и лечения заболеваний, в т. ч. урологических и андрологических. За последние 10–12 лет появилось множество новейших технологий, позволяющих не только поставить диагноз, но также оптимизировать пути и нюансы оперативного лечения. В частности, на нашей кафедре была разработана и внедрена такая методика, как компьютерное трехмерное построение паталогического процесса. Благодаря этому способу диагностики мы можем видеть паталогический процесс в разных плоскостях и детально проанализировать все особенности оперативного лечения. Этот метод эффективен при таких заболеваниях, как мочекаменная болезнь, онкологические процессы, гидронефроз, а также заболевания мочеполовой сферы у мужчин.

Активно развиваются малоинвазивные высокотехнологичные способы лечения. Например, сейчас уже практически перестали делать открытые операции при мочекаменной болезни. Чтобы воздействовать на паталогический очаг, можно проникнуть к нему чрескожно, напрямую через почку либо воспользоваться естественными мочевыводящими путями. Подобные методы уменьшают период реабилитации больного, позволяют сократить срок его пребывания в стационаре. За счет этого появляется возможность прооперировать больше пациентов. Если раньше нормой было выполнение от семи до десяти операций в неделю, то теперь, благодаря современным технологиям, только за один день оперируют порядка двадцати пациентов. Широкое применение приобретают PRP-технологии, роботизированная хирургия, электродный фармафорез, малоинвазивные технологии: криоабляция, HI-FU терапия, нанонож и т. д.

— **В таких условиях к специалистам-медикам предъявляются особые требования. Насколько серьезно медицинские учреждения нуждаются сейчас в профессионалах высокого уровня?**

– Медицина всегда нуждалась и будет нуждаться в высококвалифицированных кадрах. С одной стороны, необходимо удерживать и развивать те достижения, которые существуют на сегодняшний день. С другой стороны, надо развивать перспективные направления, подхватывать новшества, повышать качество медицинской помощи. Конечно, очень важно подготовить на должном уровне молодое поколение, которое придет на смену практикующим врачам. Специалисты-медики должны уметь творчески мыслить, принимать решения, реализовывать научно-технические задачи. Именно для того, чтобы готовить профессионалов высокого уровня, при Первом МГМУ им. И.М. Сеченова был создан Центр инновационных образовательных программ «Медицина будущего». Идея его организации принадлежит ректору университета, члену-корреспонденту РАМН, профессору Петру Витальевичу ГЛЫБОЧКО.

— **Скажите, в чем особенности ЦИОП «Медицина будущего»? Какие задачи перед ним стоят?**

– Особенность Центра заключается в том, что помимо базовых дисциплин, мы предлагаем обширную программу дополнительных, которые помогают формировать из наших студентов штучных специалистов. Например, такой раздел, как «Инновационное предпринимательство», вооружает наших ребят знаниями в вопросах экономики, формирования бюджета, составления бизнес-плана. Они будут четко представлять, как создать свой бизнес и воплотить его в жизнь от момента стартапа. Руководитель должен обладать способностью видеть перспективы развития, анализировать текущую информацию, делать выводы и своевременно принимать необходимые решения. Такие профессионалы сейчас крайне необходимы, поскольку способны повысить эффективность предприятия в разы. Но, к сожалению, медицинские вузы если и готовят управленцев, то делают это не адресно.

Наши студенты имеют возможность пройти практическую подготовку по международным стандартам GCP – Good Clinical Practice (Надлежащая клиническая практика) и GMP Good Manufacturing Practice (Надлежащая производственная практика). Кроме всего прочего, это дает им право принимать участие в научных исследованиях в стационарах, клиниках, научно-производственных медицинских учреждениях. Уделяется внимание азам риторики, публичных выступлений, умению правильно составлять и писать статьи, презентации, диссертации, готовить доклады. Еще одно перспективное направление, по которому наши студенты проходят подготовку – персонифицированная медицина. Этот подход позволяет подбирать терапию индивидуально для каждого пациента с учетом особенностей его организма и восприимчивости к различным способам лечения. Безусловно, за этим направлением будущее.

Хочу отметить, что все наши студенты выполняют научно-исследовательские работы под непосредственным руководством лучших специалистов страны. Кроме того, ребята получают доступ к глобальной системе научных знаний ClinicalKey. Нашими партнерами являются биофармацевтический кластер «Серверный» фонда «Сколково», МФТИ, Европейский медицинский центр.

— **Сколько студентов у вас учатся?**

– На сегодняшний день – 150 человек на пяти факультетах. Мы отбираем лучших ребят со всей страны. У нас обучаются студенты примерно из сорока регионов России.

— **В Центре большое внимание уделяется изучению иностранных языков и международному сотрудничеству, что позволяет интегрировать студентов в единое мировое образовательное пространство. Расскажите о взаимодействии с иностранными партнерами.**

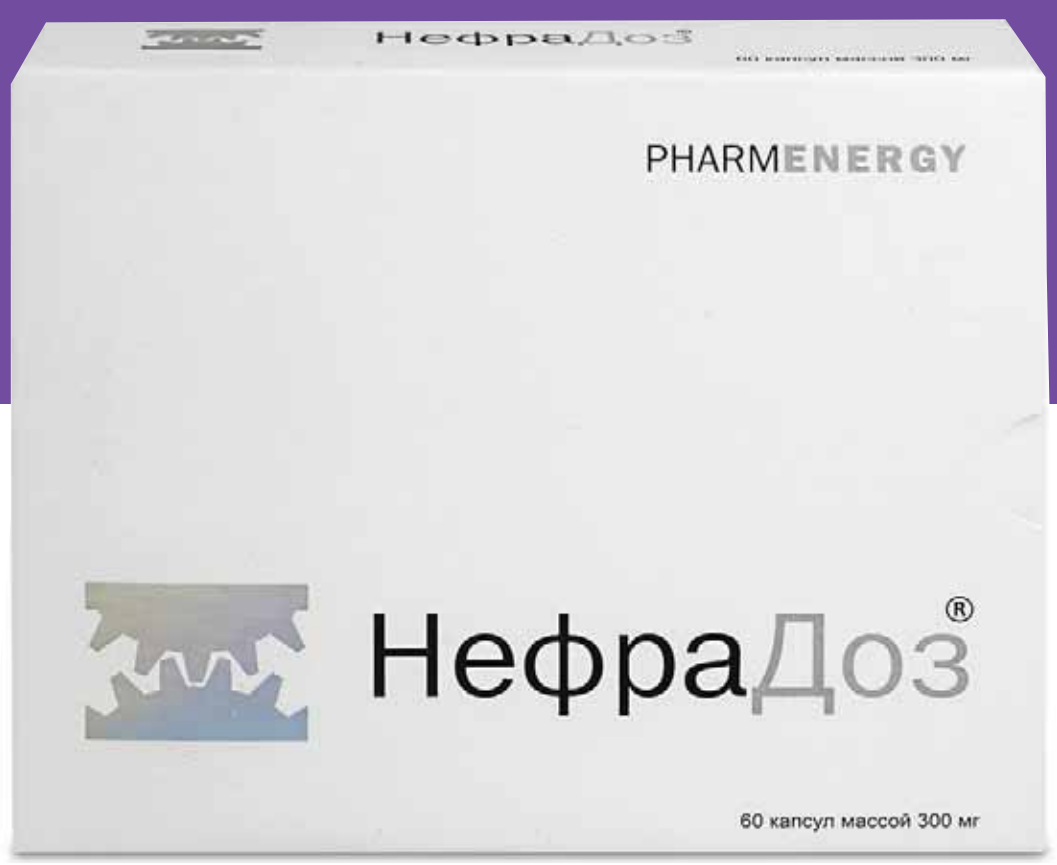
– Действительно, одной из наших основных концепций является углубленное изучение студентами иностранного языка. Бурное развитие медицинской науки требует постоянного присутствия на «передовом фланге». Необходимо быть в курсе новой информации, технологий, публикаций. Свободное владение английским языком позволяет нашим студентам не отставать от мировых трендов, затрагивающих инновации в медицине. Особо преуспевшие студенты получают возможность изучить второй иностранный язык. Важная особенность Центра в том, что студенты получают возможность зарубежных стажировок. Университет имеет очень богатые, тесные связи по всему миру. Благодаря им наши студенты могут проходить производственную практику и стажироваться в ведущих клиниках Европы и Америки. На сегодняшний день у нас заключены договора с 59 учреждениями в разных странах мира. Мы сотрудничаем с клиниками и университетами Великобритании, Германии, Франции, США, Италии, Австрии и других стран. В качестве примера могу назвать Венский медицинский университет (Австрия), Марбурский университет им. Филиппа (Германия), Университет Астона в Бирмингеме (Великобритания). Кроме того, мы сотрудничаем с Институтом ЮНЕСКО по информационным технологиям в образовании, а также с рядом институтов ближнего зарубежья.

— **ЦИОП «Медицина будущего» был организован в 2011 году. С момента его создания прошло не так много времени. Можно ли сейчас говорить о результатах? Насколько проект оправдывает ожидания?**

– В этом году будет первый выпуск лечебного и фармацевтического факультетов. За время обучения студенты показали очень хорошие результаты. Все они уже имеют от пяти до двенадцати публикаций в серьезных международных изданиях, принимают активное участие в студенческом движении. Недавно прошла Всероссийская студенческая олимпиада по клинической фармакологии. Из семи призовых мест, шесть заняли ребята из ЦИОП. Эти результаты говорят о том, что потенциал наших студентов очень высок. Они активно участвуют в международных конференциях, представляют свои работы, как правило, выполненные совместно с тьюторами от кафедр, выступают за рубежом с докладами.

Особо хочу отметить активную общественно-политическую позицию студентов ЦИОП. По их инициативе был организован ряд благотворительных акций «Сердце врача – детям». Наши ребята посещали Детский реабилитационный центр «Вдохновение», ФГБУ Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева Минздрава России, Фонд «Подари жизнь». Это крайне важно, поскольку врач, прежде всего, – очень гуманная профессия. Я нисколько не сомневаюсь, что мы скоро услышим о наших выпускниках. Ждать осталось недолго. Тем более что с каждым из них мы будем поддерживать связь.

Выход найден!



Марена красильная
Почечный чай
Солодка голая
Горянка
Родиола розовая
Гингко билоба
Ресвератрол

УМЕСТНЫЙ. УДОБНЫЙ. ДРУГОЙ.

STADA CIS
www.stada.ru

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ

БАД. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ RU. 77.99.11.003.E.016996.12.12

Производитель ООО «Витамер». Маркетинг и дистрибуция ООО «ШТАДА Маркетинг»

Реклама

Протеомика как составляющая трансляционной медицины

Протеомика — область биологии, позволяющая осуществить инвентаризацию всех белков клетки. Исследования, ведущиеся в этой отрасли, способствуют созданию диагностических тестов и лекарственных препаратов нового поколения. На вопросы корреспондента нашей газеты Юлии Головиной ответили Вадим Маркович Говорун, д.б.н., профессор, президент компании «Литех», заместитель директора НИИ Физико-химической медицины, заведующий лабораторией протеомики ИБХ РАН и Елена Николаевна Ильина, д.б.н., профессор, заведующая лабораторией Молекулярной генетики микроорганизмов.

Вадим Маркович Говорун

– Как может быть применена протеомика в практике уролога?

В.М.: Моча как здорового человека, так и человека с определенными заболеваниями содержит белки и пептиды (фрагменты белков, продукты их деградации). На сегодняшний день в научной литературе можно найти работы, посвященные идентификации и количественному определению белков и пептидов в моче с целью обнаружения новых биомаркеров урологических заболеваний. Протеомные методы позволяют идентифицировать белки в сложных соединениях и выделять их, даже если они присутствуют в очень малых концентрациях.

То есть постепенно накапливается понимание, из чего состоит эта белковая фракция. При тех или иных патологиях спектр выделяемых организмом белков сдвигается. В этом плане моча может оказаться портретом состояния здоровья пациента.

Но здесь мы уже говорим не только об урологии и не столько об урологии, как направлении медицины, изучающей и описывающей нозологию заболеваний мочеполовой системы. Даже минимальные зафиксированные изменения мочи еще без клинических признаков могут быть использованы для диагностики т.н. переходных состояний или ранних стадий болезни.

Конечно, в реалиях сегодняшнего дня протеомика используется в основном в исследовательских целях. Но и шаг в практику сделан огромный, это один из хороших примеров трансляционной медицины – процесса, предусматривающего внедрение открытий фундаментальных исследований, сделанных в лаборатории, в ежедневную практику лечащего врача.

– Что такое ПСА и его фракции с точки зрения протеомики?

Е.Н.: ПСА (простатический специфический антиген) – это белок. Он выделяется клетками простаты, его уровень в крови возрастает при воспалении и онкологических процессах. С точки зрения протеомики, его можно идентифицировать, взять сыворотку крови и однозначно померить есть там ПСА или нет, и если есть, то в каком количестве.

Другой вопрос – целесообразно ли это делать. Есть обыкновенные иммунологические тесты, с помощью которых определяют уровень ПСА и его фракций в сыворотке крови. С помощью методов протеомики можно получить намного больше информации, а именно определить структуру белка, выявить химические модификации. Это дает более точный результат, т.к. при применении ИФА-тестов могут быть перекрестные реакции и другие неспецифические моменты.

Существует еще PCA-3 (prostate cancer antigen 3). Это некодирующая РНК, которая экспрессируется исключительно клетками простаты, ее уровень возрастает при развитии аденокарциномы предстательной железы. Больше пока про этот маркер ничего не известно, белок с нее не транслируется.

Проводились ассоциативные исследования по транскриптомике клеток простаты при простатите и адренокарциноме. Оказалось, что эта некодирующая РНК не только продуцируется в клетках адренокарциномы, но еще и выделяется вместе с мочой.

– Определяете ли Вы в лаборатории PCA-3 и два проПСА? Насколько целесообразным Вы считаете их определение?

Е.Н.: Давайте мы их рассмотрим в несколько другой интерпретации – два маркера белковых (ПСА свободный и ПСА связанный) и PCA-3 – маркер РНК. Уровень двух первых форм определяются в крови, последний – в моче. Можно это сделать и в клетках простаты, но в этом случае необходима биопсия, что нецелесообразно.

На сегодняшний момент существуют тесты (они также создаются научно-производственной фирмой «Литех»), которые позволяют проводить идентификацию и количественную оценку PCA-3.

– Возможно ли внедрение PCA-3 в рутинную клиническую практику и когда это произойдет?

В.М.: Лабораторные испытания идут, внедрение PCA-3 РНК маркера будет возможно уже осенью этого года.

> «...»
>
> ***Внедрение PCA-3 (prostate cancer antigen 3) в рутинную клиническую практику будет возможно уже осенью 2014 г.***

– Что, по-Вашему, должен включать лабораторный профиль «Мужское здоровье»?

В.М.: Если мы говорим об идеале, то этот профиль должен включать некие базовые исследования, которые касаются бактериологии мочи с посевом не только легкокультивируемой аэробной, но и микроаэрофильной и анаэробной флоры. Есть такой инфекционно-воспалительный процесс, как баланопастит – воспаление желез на головке полового члена. Одним из этиологических факторов возникновения воспаления являются анаэробные бактерии, относящиеся к бактероидам. Как правило, исследование в бактериологической лаборатории, которая делает только традиционные посевы, их не выявляет.

Елена Николаевна Ильина

Должна присутствовать идентификация расширенного списка инфекций, включающего анаэробные бактерии, методами количественных real-time ПЦР. Качество тестов, которые выпускают отечественные производители, вполне достойно. Проведенные нами исследования по сопоставлению того, что же высевает бактериология из мочи и что мы видим с помощью количественного метода real-time ПЦР, показали, что результаты совпадают не только качественно, но и при проведении количественных оценок.

Е.Н.: Существуют некультивированные формы бактерий. L-формы – бактерии, частично или полностью лишенные клеточной стенки, но сохранившие способность к развитию, т.е. микроорганизм можно увидеть при микроскопии, его можно зарегистрировать с помощью тестов на антиген, ПЦР-тестов на ДНК. Но он не растет на искусственных питательных средах, что не мешает ему размножаться в организме человека. И таких микробов достаточно много

в моче, поскольку среда агрессивная (кислый pH, большая концентрация солей).

Протеомный профиль мочи не только как качественная, но и количественная инвентаризация белков, тоже имеет существенную диагностическую ценность. Существуют наработки, которые показывают, как он меняется при разных патологиях.

– Научно-производственная фирма «Литех» основана в 1992 г. при участии НИИ ФХМ для производства пищевых добавок. Вы изменили специализацию компании? Почему?

В.М.: На тот момент существовала разработка, некое ноу-хау, сделать β-каротин водорастворимым. Была найдена его соответствующая форма, наладили производство, но позже эту разработку продали. Как это ни парадоксально, пищевые добавки требовали бóльших затрат на производство, чем тест-системы для лабораторной диагностики.

– Что такое лаборатория на чипе? Когда эта практика появится в России?

В.М.: Классическая лаборатория на чипе – это миниатюрный прибор, напоминающий CD-диск, который позволяет проводить быстрые исследования. Для этого нужно всего лишь поместить на него каплю крови или мочи. После осуществления одного или нескольких многостадийных биохимических процессов на чипе результаты реакции считываются специальным устройством и передаются на компьютер.

Когда эта практика появится в России – не знаю. Скорее вопрос в том, когда эта практика будет распространена в мире повсеместно. За рубежом существуют фирмы, которые осваивают эту технологию, но если посмотреть их историю – то это фирмы, которые перекупаются друг у друга, пытаясь как-то развить рынок. Пока это только перспектива, ни одна лаборатория в мире не перешла полностью на lab-on-chip.

Е.Н.: Существует два варианта лабораторных исследований: сделать какой-то универсальный прибор, либо создать специализированные блоки в лаборатории. Использование специализированных приборов дает лучший результат. Еще один минус lab-on-chip – высокая стоимость одного анализа.

Технология lab-on-chip занимает определенную нишу, сейчас это называется «тест у постели больного», когда врачу срочно требуются первичные данные. Но представить, что лаборатория на чипе заменит диагностическую лабораторию крупной клиники пока невозможно. Технология требует исправления и усовершенствования, в этом случае можно будет говорить о появлении глобальной ниши ее применения.

– Какие инновационные проекты НИИ Физико-химической медицины проводятся? Какие Вы считаете перспективными?

В.М.: В НИИ проводится множество проектов: исследования конкретных возбудителей, ассоциативные исследования генетики человека с мультифакториальными заболеваниями, экзомное секвенирование, что, надеемся, принесет какие-то интересные находки. Многие из них связаны с трансляционной медициной, когда мы передаем разработки в практику.

Е.Н.: Один из самых интересных инновационных проектов, которые мы проводим, связан с исследованиями микробиоты – совокупности видов различных микроорганизмов. Кишечная флора – это фактически еще один орган человеческого организма, который очень сильно определяет общее состояние здоровья и имеет собственные законы функционирования.

Оказалось, что микробиота человека достаточно постоянна, что она имеет различия между разными этногруппами и слоями населения. Описаны три крупных энтеротипа: *Bacteroides, Prevotella* и *Ruminococcus*.

Мы в своей работе, опубликованной в журнале Nature Communications, выделили еще один интересный энтеротип, который отличается от описанного для горожан и характерен для жителей сельских регионов. Вероятно, из-за существенного отличия их пищевого состава, микробиота сельских жителей отличается от микробиоты урбанистического населения.

В НИИ Физико-химической медицины ведутся проекты, направленные на изучение состава микробиоты при разных нозологиях. Это и микробиота при анализе алкогольной зависимости, микробиота при легочных заболеваниях и т.д.

Мы пытаемся найти какие-то новые маркеры здоровья человека и предложить пути корректировки, связанные с составом его кишечной микрофлоры.

– Как Вы видите персонифицированную медицину?

В.М.: Система персонифицированной медицины в нашей стране существовала – земский врач лечил пациента. Потом произошел переход на медицину как науку, и мы стали лечить болезнь. Переход от существующей ретроспективной модели медицины к персонифицированной необходим, но для этого нужно выстроить новую систему образования врачей.

Кроме того, необходимо разработать и внедрить новые технологии, направленные на профилактику болезней. В основе персональной медицины будут лежать достижения генетики человека, поскольку эта наука, сопряженная с мощными технологиями определения структуры нуклеиновых кислот и информационными технологиями анализа, будет способна определять раннее развитие болезни и, таким образом, ляжет в основу всей предиктивной диагностики.

Российское общество урологов

Российская общественная организация «Мужское здоровье»

XI конгресс

«Мужское здоровье» с международным участием

При поддержке общественных профессиональных медицинских организаций

Место проведения:
гостиница Пуллман Сочи Центр 5*, г. Сочи, ул. Орджоникидзе 11

Сроки проведения:
апрель-май 2015 г.

Срок подачи тезисов:
до 15 марта 2015 г. Тезисы высылать на roo.rusmh@gmail.com

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

Тезисы, поступившие после 15 марта 2015 г. рассматриваться не будут!

Лучшие работы и доклады, отобранные Междисциплинарным советом, традиционно будут отмечены специальными премиями и дипломами

Дорогие коллеги, друзья, дамы и господа!

Приглашаем Вас принять участие в XI Российском конгрессе «Мужское здоровье», который пройдет в г. Сочи – курорте федерального значения и летней столице России.
В рамках научной программы конгресса будут обсуждаться наиболее актуальные вопросы мужского здоровья в формате междисциплинарного подхода возможности диагностики и лечения с учетом достижений фундаментальной науки в области медицины и многое другое.

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

Координаты оргкомитета:
ЛАЛАБЕКОВА Марина Валерьевна, исполнительный директор
+7 (499) 432-96-22, marina.lal@mail.ru

ОХОБОТОВ Дмитрий Александрович, ученый секретарь РОО «Мужское здоровье»
14072003m@gmail.com

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

По вопросам бронирования гостиниц, трансфера и организации культурной программы обращаться в оргкомитет

16+ реклама

Что нового в урологии 2014?

11 сентября 2014 г. в рамках XIV Конгресса Российского общества урологов впервые состоялся симпозиум по материалам Американской ассоциации урологов (AUA – American Urological Association), на котором были освещены результаты наиболее обсуждаемых в настоящее время экспериментальных исследований, данные о новых методах диагностики, а также подходы к терапии урологических заболеваний. Мероприятие прошло при поддержке компании «Эли Лилли».

Открывая симпозиум, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии МГМСУ Д.Ю. Пушкарь в своем выступлении затронул одну из самых актуальных проблем: сегодня нет типичного пациента с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), клиническая картина таких больных, как правило, отличается вариабельностью. И в клинических рекомендациях, основанных только на доказательной медицине, практикующий врач-уролог часто не находит ответов на многие вопросы. Д.Ю. Пушкарь озвучил результаты Российского исследования (2011) с участием 1225 мужчин с расстройствами мочеиспускания: норма была зафиксирована у 37,4%, а в отношении IIEF (International Index of Erectile Function – Международный индекс эректильной функции) – примерно у 11%. Профессор подчеркнул необходимость «апплицировать» полученные данные на клинические рекомендации. В рамках подобного рассмотрения проблемы анализ обширной литературы из последних материалов докладчиками AUA приобретает особое значение.

Д.м.н., профессор кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова А.З. Винаров в своем выступлении, посвященном сексуальной дисфункции, представил экспертное мнение по результатам тестостерон-заместительной терапии (ТЗТ).

Физическая активность может способствовать улучшению эффекта ТЗТ, также как и продолжительности ответа после отмены терапии (M. Park и соавт. Abstract MP48-02, AUA, 2014).

- Долгосрочное применение ТЗТ в тщательно контролируемой популяции является эффективным и безопасным методом лечения, способствующим улучшению симптомов со стороны нижних мочевыводящих путей (СНМП), снижению массы тела, улучшению эректильной функции, качества жизни, а также уменьшению боли в суставах, мышцах (D. Yassin и соавт. Abstract MP32-12, MP32-17, MP32-18, MP48-01, AUA, 2014).
- Сахарный диабет и ожирение могут рассматриваться как прогностические факторы недостаточного ответа на ТЗТ (A. Winter и соавт. Abstract MP48-04, AUA, 2014).
- Проводились исследования безопасности ТЗТ у мужчин, страдающих раком простаты (B. Wynia и соавт. Abstract MP48-03; R. Kacker и соавт. Abstract MP48-08, AUA, 2014). Несмотря на необходимость дальнейших исследований, прежде чем данная практика с нарушением инструкции по применению будет полностью одобрена, применение ТЗТ в данной популяции продолжает набирать обороты.

Также профессор подчеркнул: « Врачам вскоре потребуется больше беспокоиться об определении уровня гемоглобина, а не простатического специфического антигена (ПСА) у пациентов, получающих лечение тестостероном!»

А.З. Винаров проанализировал исследования физиологии тестостерона и отметил, что по-прежнему возникают трудности, связанные с определением уровня тестостерона.

Проблемам гиперактивного мочевого пузыря (ГМП/ГАМП) и эректильной дисфункции (ЭД) было посвящено выступление доцента кафедры урологии МГМСУ Г.Р. Касяна. Он продемонстрировал следующие результаты исследований вместе со своей экспертной оценкой:

- Толщина стенки мочевого пузыря при УЗИ меньше 1,25 мм (250 мл в пузыре) и функциональная емкость пузыря более 445 мл являются признаками гипоконтрактильности детрузора (M. Oelke и соавт., Abstract MP76–14, AUA, 2014).
- Комбинированное лечение ГАМП с помощью мирабегрона и холинолитиков в различных дозировках и комбинациях (мирабегрон 25 или 50 мг и солифенацин 2,5, 5 и 10 мг) не вызывает острой задержки мочи (ОЗМ), которая наблюдалась лишь в единичных случаях (0,2%) (V. Nitti и соавт., Abstract MP76–13, AUA, 2014).
- Тадалафил (5 мг ежедневно) после радикальной простатэктомии (РПЭ) предотвращает укорочение полового члена (G. Brock, Abstract MP48–10, AUA, 2014).
- Аванафил, новый ингибитор ФДЭ-5, в рандомизированном исследовании доказал свою эффективность при лечении ЭД (J. Wayne и соавт., Abstract MP48–11, AUA, 2014), отличается хорошей фармакокинетикой, хотя вряд ли подойдет для ежедневного приема.
- Ежедневный прием силденафила, согласно результатам рандомизированного двойного слепого исследования, не улучшает эректильную функцию после РПЭ (D. Kim и соавт,. Abstract MP48–12, AUA, 2014).
- Силодозин в дозировке 8 мг может оказывать отрицательное воздействие на сексуальную функцию у мужчин с СНМП/ДГПЖ (A. Salonia, Abstract MP48–15, AUA, 2014). Данные результаты подтверждают ранее полученные доказательства отрицательного воздействия силодозина на механизмы, ведущие к нарушению эякуляции и снижению эякуляторного объема.

Доцент кафедры урологии МГМСУ П.И. Раснер первую часть своего доклада посвятил фундаментальным разработкам в области фармакологии, выявив возможные положительные перспективы применения при ДГПЖ/СНМП энзимов аргиназы (G. Kedia и соавт., Abstract MP19-02, AUA, 2014), экстракта хонокиола (M. Hennenberg и соавт., Abstract MP19–08, AUA, 2014), ингибитора Rac, мономерной ГТФазы, (T. Kunit и соавт., Abstract MP19–09, AUA, 2014) и экстракта черной сои (W. Gae и соавт., Abstract MP19–13, AUA, 2014).

В следующей части своего выступления он остановился на результатах ряда исследований в области физиологии ДГПЖ/СНМП. Согласно новым данным, заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП) в анамнезе и/или положительные серологические исследования на ЗППП никакого влияния на СНМП и ДГПЖ не оказывают (B. Breyer и соавт., Abstract PD21–01, AUA, 2014). Также установлено, что хроническая почечная недостаточность с нарушением клубочковой фильтрации является существенным фактором риска ноктурии (C. Hsu и соавт., Abstract PD21–02, AUA, 2014), а хроническая тревога у больных раком предстательной железы (РПЖ) является фактором риска СНМП (D. Hatcher и соавт., Abstract PD21–06, AUA, 2014). П.И. Раснер затронул и проблему диагностики РПЖ после трансуретральной резекции аде-

номы простаты (ТУРП) при ДГПЖ. Исходя из данных соответствующего исследования (S. Talab и соавт., Abstract PD21–08, AUA, 2014), он отметил: «В основном, это пациенты группы «низкого риска». Таких пациентов в «эру ПСА» стало меньше». В завершении доклада П.И. Раснер озвучил ряд тезисов по результатам последних разработок AUA в области клинической медицины также относительно ДГПЖ/СНМП:

- Антихолинергические препараты могут применяться у пациентов после ТУРП с целью купирования беспокоящих их, связанных с катетером симптомов (A. Bannowsky и соавт., Abstract PD23–02, AUA, 2014).
- Добавление десмопрессина (перорально) в низких дозировках к терапии α-адреноблокаторами при СНМП/ДГПЖ эффективно при ноктурии, особенно в тяжелых случаях, связанных с ночной полиурией (A. Af и соавт., Abstract PD23–03, AUA, 2014).
- Комбинация тадалафила и финастерида может способствовать улучшению эректильной функции и/или СНМП (S. Glina и соавт., Abstract PD23–04, AUA, 2014).
- Поведенческая терапия – эффективный метод уменьшения выраженности ноктурии у мужчин (T. Johnson и соавт., Abstract PD23-10, AUA, 2014).

Выступление профессора кафедры урологии и хирургической андрологии РМАПО Е.И. Велиева было посвящено выявлению и скринингу РПЖ, определению стадии и маркеров. В первой части своего доклада он остановился на результатах исследований эффективности прицельной биопсии, в т.ч. повторной, проводимой под контролем МРТ.

- Прицельная биопсия, проводимая под контролем МРТ/УЗИ, более эффективна по сравнению с традиционной и может способствовать выявлению большего количество опухолей РПЖ высокой степени злокачественности (R. Rubin и соавт., Abstract MP53–03, AUA, 2014).
- Метод МРТ/ТРУЗИ более эффективен при выявлении клинически значимого РПЖ по сравнению со стандартной систематической биопсией (P. Mozer, Abstract MP67–05, AUA, 2014).
- Многоочаговость не влияет на выявление РПЖ методом мультипараметрической МРТ (N. Tan и соавт., Abstract MP53–02, AUA, 2014).
- При назначении пациенту биопсии ПЖ мультипараметрическая МРТ превосходит по эффективности калькулятор риска, представленный в исследовании PCPT (Prostate Cancer Prevention Trial). Полученные данные (S. Salami и соавт., Abstract PD19–09, AUA, 2014), по мнению Е.И. Велиева, обосновывают проведение МРТ перед повторной биопсией.
- Мультипараметрическая МРТ может способствовать повышению выявляемости пациентов, у которых проведение повторной биопсии неоправдано (Y. Ishikawa и соавт., Abstract MP67–08, AUA, 2014).

«...»

Физическая активность может способствовать улучшению эффекта T3T, так же как и продолжительности ответа после отмены терапии

- Мультипараметрическая МРТ характеризуется высокой диагностической точностью для выявления пациентов с РПЖ при проведении повторной биопсии (F. Porpiglia и соавт., Abstract MP69–13, AUA, 2014).

Профессор дал экспертную оценку инструментам для расчета риска РПЖ, подтвердившим свою эффективность в ряде исследований (M. Roobol, Abstract 19-03; C. Poyet и соавт., Abstract MP63–1, AUA, 2014): мобильному приложению, основанному на роттердамском калькуляторе риска, и модели калькулятора риска PCPT-CRC, которая, по его мнению, может эффективно применяться для определенных пациентов.

Представив затем данные исследований методов выявления генетических маркеров РПЖ, он отметил значимость эпигенетического анализа (A. Partin и соавт., Abstract MP63–14, AUA, 2014), метода OligoFISH (J. Hafron, Abstract MP69–20, AUA, 2014) и анализа генетического профиля (R. Eeles и соавт., Abstract MP63–15, AUA, 2014).

В отношении определения стадии РПЖ Е.И. Велиев выделил МРТ как надежный и достоверный метод (F. Porpiglia и соавт., Abstract MP42–15, AUA, 2014), подчеркнул прогностическую точность мультипараметрической МРТ (N. Passoni и соавт., Abstract MP42–16, AUA, 2014), которая в то же время менее эффективна при выявлении опухолей с высокой степенью злокачественности, если они имеют малые размеры и являются локализованными (J. Le и соавт., Abstract MP53–01, AUA, 2014), но может использоваться для выявления обширных – не очаговых экстракапсулярных инвазий РПЖ (T. Feng и соавт., Abstract MP67–20, AUA, 2014).

В заключительной части своего выступления профессор озвучил результаты исследований позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) с холином: положительный результат ПЭТ с 11С-холином/КТ может недооценивать истинное распространение РПЖ у пациентов, у которых отмечаются рецидивы только в лимфоузлах (S. Deconinck и соавт., Abstract MP42–04, AUA, 2014); ПЭТ с 18F-фтор-холином/КТ может использоваться для раннего выявления рецидивов РПЖ после проведения РПЭ (G. Simone и соавт., Abstract MP42–06, AUA, 2014).

Завершающий симпозиум доклад к.м.н., доцента кафедры урологии МГМСУ А.В. Говорова был посвящен лечению РПЖ. Среди минимально-инвазивных методов, исходя из проанализированных исследований, А.В. Говоров отметил криоаблацию простаты, сравнимую по результатам с РПЭ и лучевой терапией (D. Levy и соавт., Abstract MP45–16, AUA, 2014), и трансуретральную ультразвуковую аблацию простаты (TULSA) под контролем МРТ с хорошей переносимостью и благоприятным профилем безопасности (M. Billia и соавт., Abstract MP62–05, AUA, 2014).

По поводу хирургического лечения РПЖ было подчеркнуто, что при роботассистированной РПЭ удается сохранить больше нервных волокон (H. Miyake и соавт., Abstract PD14–07, AUA, 2014), что, по всей вероятности, приводит к лучшим функциональным результатам (сохранению эректильной функции). Также, согласно полученным данным, наличие СНМП у больных РПЖ до проведения РПЭ является фактором хорошего прогноза «реабилитации» функции мочеиспускания после операции (P . Chang и соавт., Abstract MP51–10, AUA, 2014).

Все большее внимание ученых, как подчеркнул А.В. Говоров, традиционно занимает РПЖ высокого риска. В результате анализа влияния адъювантной лучевой терапии после РПЭ на раково-специфическую смертность установлено: при наличии ≥2 неблагоприятных патоморфологических характеристик (позитивный край, экстракапсулярная инвазия, инвазия в семенные пузырьки и пр.) проведение адъювантной лучевой терапии снижает смертность от РПЖ (R. Abdollah и соавт., Abstract PD12–12, AUA, 2014). Также выявлено, что низкий уровень общего тестостерона связан с более высокой вероятностью наличия аденокарциномы 4-й градации по Глисону, что является признаком агрессивности РПЖ (Y. Neuzillet и соавт., Abstract PD14–04, AUA, 2014).

Следующую часть своего доклада А.В. Говоров посвятил сравнению адъювантной и сальважной лучевой терапии. Согласно проанализированным материалам исследований, при стадии pT2R1 и сумме баллов по шкале Глисона 4+3=7 или 8–10 выжидательная тактика не оправдана, проведение адъювантной лучевой терапии снижает частоту биохимического рецидива РПЖ (A. Karl и соавт., Abstract MP46–17, AUA, 2014), а для пациентов со стадией pT3aR1 адъювантная лучевая терапия будет являться гиперлечением (A. Karl и соавт., Abstract MP51–17, AUA, 2014). Охарактеризовав также другие исследования в области методов терапии РПЖ, А.В. Говоров в завершении своего выступления подчеркнул необходимость применения на практике полученных знаний.

Елена Ермилова

Реклама

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ СИАЛИС 5 МГ
Торговое название препарата: Сиалис®
Международное (непатентованное) название: Тадалафил.
Лекарственная форма: Таблетки, покрытые пленочной оболочкой.
Фармакотерапевтическая группа: Эректильной дисфункции средство лечения, ФДЭ-5 ингибитор.
Показания к применению: Эректильная дисфункция. Симптомы нижних мочевых путей у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Эректильная дисфункция у пациентов с симптомами нижних мочевых путей на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы.
Противопоказания: Повышенная чувствительность к тадалафилу или к любому веществу, входящему в состав препарата; В случае приема препаратов, содержащих любые органические нитраты; Применение у лиц до 18 лет; Наличие противопоказаний к сексуальной активности у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы: инфаркт миокарда в течение последних 90 дней, нестабильная стенокардия, возникновение приступа стенокардии во время полового акта, хроническая сердечная недостаточность II - IV классов по классификации NYHA, неконтролируемые аритмии, артериальная гипотензия (АД менее 90/50 мм рт.ст.), неконтролируемая артериальная гипертензия, ишемический инсульт в течение последних 6 месяцев; Потеря зрения вследствие неартериальной передней ишемической нейропатии зрительного нерва (вне зависимости от связи с приемом ингибиторов ФДЭ-5); Одновременный прием доксазозина, а также лекарственных средств для лечения эректильной дисфункции; Часто (более 2 раз в неделю) применение у пациентов с хронической почечной недостаточностью (клиренс креатинина менее 30 мл/мин); Дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция.
Способ применения и дозы: Для приема внутрь. *Применение препарата Сиалис® по показанию эректильная дисфункция (ЭД).* Для пациентов с частой сексуальной активностью (более двух раз в неделю): рекомендованная частота приема – ежедневно, один раз в сутки 5 мг, в одно и то же время, вне зависимости от приема пищи. Суточная доза может быть снижена до 2,5 мг в зависимости от индивидуальной чувствительности. *Для пациентов с нечастой сексуальной активностью (реже двух раз в неделю):* рекомендовано назначение препарата Сиалис® в дозе 20 мг, непосредственно перед сексуальной активностью согласно инструкции по медицинскому применению препарата. Максимальная суточная доза препарата Сиалис® составляет 20 мг. *Применение препарата Сиалис® по показанию ДГПЖ или ЭД/ДГПЖ.* Рекомендуемая доза препарата Сиалис® при применении один раз в сутки составляет 5 мг; препарат следует принимать приблизительно в одно и то же время дня, независимо от времени сексуальной активности. Продолжительность лечения устанавливается врачом индивидуально. У пациентов с почечной недостаточностью легкой степени тяжести (клиренс креатинина от 51 до 80 мл/мин) и средней степени тяжести (клиренс креатинина от 31 до 50 мл/мин) коррекция дозы не требуется. У пациентов с тяжелой степенью почечной недостаточности (клиренс креатинина <30 мл/мин и на гемодиализе): применение препарата Сиалис® один раз в сутки не рекомендуется.
Побочное действие: Наиболее частыми нежелательными явлениями у пациентов с эректильной дисфункцией являются головная боль и диспепсия, а также боль в спине, миалгия, «приливы» крови к лицу, заложенность носа.
Наиболее частыми нежелательными явлениями у пациентов с ЭД/ДГПЖ являются головная боль и диспепсия, боли в конечностях, гастроэзофагальный рефлюкс, миалгия.
Форма выпуска: Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 2,5 мг, 5 мг.
По 14 таблеток в блистер, состоящий из фольги алюминиевой ламинированной и пленки ПВХ/ПЭ/ПХТФЭ. По 1 или 2 блистера вместе с инструкцией по применению помещают в пачку картонную.
За полной информацией обращайтесь к инструкции по медицинскому применению препарата Сиалис® 5 мг
Регистрационный номер: ЛП-000133 от 11.01.2011

ED PM 513 130513

www.ochenprosto.ru
Тел. +7 495 258 5001. Факс +7 495 258 5005. medinfo_ru@lilly.com.
ООО «Лилли Фарма» 123317 Москва, Пресненская наб., д.10

Lilly

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Выбор иФДЭ-5 типа у больных эректильной дисфункцией и хроническим простатитом

Появление нескольких ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа (иФДЭ-5): силденафила, варденафила, тадалафила, уденафила поставило вопрос об их предпочтительном выборе. Большинство исследователей считают различия в применении разных иФДЭ-5 несущественными, а выбор препарата основывают на субъективной оценке предпочтительности и степени выраженности побочных эффектов.

Ю.М. ЕСИЛЕВСКИЙ, д.м.н., ведущий научный сотрудник НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Решение о выборе препарата, по существу, перекладывается на пациента. О.Б. Лоран высказывает мнение, что «никто, кроме самого пациента, не сможет выбрать лучший для него препарат. Врач должен лишь проинформировать пациента о возможных побочных эффектах и особенностях каждого препарата». Кроме медицинских показаний рекомендуют учитывать индивидуальные предпочтения и приоритеты пациента. Так, Н.А. Лопаткин говорил: «…одному нужен романтический ужин со свечами, а другому – хоть втемную, но на всю ночь…».

Мы сделали попытку предлагать конкретный ингибитор фосфодиэстеразы 5 типа (иФДЭ-5) на основании объективного исследования – ультразвуковой допплерографии сосудов мужской половой системы с фармакопробой каждым из препаратов, учитывая сосудистый генез степени готовности системы к возникновению и поддержанию эрекции. Кроме того, впервые учитывали влияние иФДЭ-5 на кровоснабжение предстательной железы (ПЖ), в которой при этом ослаблен органный кровоток.

Клинические наблюдения

Исследовали 30 больных хроническим простатитом (ХП) III категории (А, В), ассоциированным с эректильной дисфункцией (ЭД), в возрасте 30–68 лет. Длительность ЭД от 1 года до 5 лет. Сопутствующие заболевания – системный атеросклероз, метаболический синдром, аденома ПЖ I стадии. Критерии исключения – тяжелый интеркуррентный фон.

Методы

Проводили фармакодопплерографическое исследование сосудов мужских половых органов (глубоких и тыльных артерий пениса, внутрипростатических и парауретральных артерий, а также яичковых артерий). Измеряли величины пиковых скоростей кровотока (V_{max}) в этих сосудах с вычислением средних суммарных величин данных показателей в указанных сосудах. Далее больной принимал один из тестируемых препаратов, а именно: силденафил 50 мг, варденафил 10 мг, тадалафил 20 мг, уденафил 100 мг, повторное исследование проводили через 1 час. Фармакотестирование осуществляли каждым из препаратов с интервалом 4–7 дней. Выполняли аналогичные измерения, вычисления и сопоставление полученных величин в процентном отношении.

Результаты легче рассмотреть на графиках. Левый синий столбик – величины скорости кровотока до пробы, правый красный столбик – величины скорости кровотока после проведения пробы через 1 час.

Проба с силденафилом. Пиковая скорость кровотока в сосудах пениса после проведения пробы увеличилась в среднем на 61%. Средняя пиковая скорость кровотока в трех зонах ПЖ (левой, правой долях и периуретральной зоне) увеличилась в среднем на 33%. В сосудах семенных канатиков скорость кровотока в результате приема силденафила достоверно не изменилась.

> «…»
>
> ***Были исследованы 30 больных хроническим простатитом III категории (А, В), ассоциированным с эректильной дисфункцией***

Интегральный процент увеличения V_{max} в мужских половых органах =31% (рис. 1 А).

Со стороны показателей периферического сопротивления (IR, PI, S/D) отмечена лишь тенденция к увеличению индекса резистентности (IR) и систолодиастолического индекса (S/D) в сосудах пениса и уменьшению этих показателей в сосудах ПЖ. Как показали дальнейшие исследования, эти закономерности характерны для всех иФДЭ-5.

Проба с варденафилом. Пиковая скорость кровотока в сосудах пениса увеличилась в среднем на 64%. Пиковая скорость в сосудах трех зон ПЖ увеличилась в среднем на 24%. В сосудах семенных канатиков скорость кровотока после приема варденафила увеличилась в среднем на 19%. Интегральный процент увеличения V_{max} в мужских половых органах =36% (рис. 1 Б).

Проба с уденафилом. Пиковая скорость кровотока в сосудах пениса увеличилась после проведения тестирования в среднем на 37%. Усредненная скорость кровотока в трех зонах ПЖ увеличилась в среднем на 21%. В сосудах обоих семенных канатиков (левого и правого) скорость кровотока (V_{max}) после приема уденафила увеличилась в среднем на 24%. Интегральный процент увеличения V_{max} в мужских половых органах =27% (рис. 1 В).

Проба с тадалафилом. Пиковая скорость кровотока в сосудах пениса увеличилась после проведения пробы в среднем на 50%. Увеличение средней скорости кровотока в сосудах ПЖ после проведения пробы составляло 31%. В сосудах обоих семенных канатиков усредненная пиковая скорость кровотока после приема тадалафила увеличилась на 28%. Интегральный процент увеличения V_{max} в мужских половых органах =36% (рис. 1 Г).

Это средние данные о влиянии препаратов по группе в целом. Однако каждые конкретные наблюдения имели отличия. Приводим некоторые из наблюдений.

Наблюдение 1. Б-ой И., 65 л. Диагноз: Эректильная дисфункция. Хроническая простатопатия. Возрастной андрогенодефицит. Лечение эмпирически избираемыми препаратами – без эффекта. Сумма по анкете МИЭФ-5 – 14 баллов.

> «…»
>
> ***Появление нескольких иФДЭ-5: силденафила, варденафила, тадалафила, уденафила поставило вопрос об их предпочтительном выборе***

Предпринято исследование выбора иФДЭ-5. Тестируемые препараты – силденафил 50 мг, варденафил 10 мг, тадалафил 25 мг, уденафил 100 мг. Интервалы между тестами – 4 дня. Результаты – (см. рис. 2, набл. 1). На оси ординат здесь и далее – проценты увеличения средних скоростей кровотока в сосудах мужских половых органов после проведения проб. Максимальную разницу показателей средних скоростей кровотока органов половой системы до и после тестирования наблюдали при проведении пробы с препаратом варденафил (Левитра) 10 мг. Увеличение средних скоростей кровотока в органах мужской половой системы составило 66,7%. Этот препарат выбрали как оптимальный для лечения ЭД у этого пациента. В результате данного выбора сумма по анкете МИЭФ-5 достигла 19 баллов.

Наблюдение 2. Б-ой С., 57 л. Диагноз: Эректильная дисфункция. Хронический простатит IIIA. Сумма по анкете МИЭФ-5 равна 19 баллам. Предпринято исследование выбора иФДЭ-5. Тестируемые препараты и дозы – те же. Интервалы между тестами – 5 дней. Результаты показателей скоростей кровотока в мужских половых органах см. рис. 2, набл. 2. Максимальную разницу показателей средних скоростей кровотока органов половой системы до и после тестирования наблюдали при проведении пробы с препаратом силденафил (Виагра) 50 мг (+54,3%). Этот препарат выбрали как оптимальный для лечения

ЭД у данного пациента. В результате этого выбора сумма по анкете МИЭФ-5 стала равна 24 баллам.

Наблюдение 3. Б-ой К. 59 л. Диагноз: Эректильная дисфункция. Хронический простатит IIIB. Сумма по анкете МИЭФ-5 равна 18 баллов. Предпринято исследование выбора иФДЭ-5. Тестируемые препараты и дозы – те же. Интервалы между тестами – 7 дней. Результаты показателей скоростей кровотока в мужских половых органах (см. рис. 2, набл. 4).

Максимальную разницу показателей средних скоростей кровотока органов половой системы до и после тестирования наблюдали при проведении пробы с препаратом тадалафил (Сиалис) 20 мг (+64,7%). Этот препарат выбрали как оптимальный для лечения ЭД у данного пациента. В результате этого выбора сумма по анкете МИЭФ-5 стала равна 24 баллам.

Таким образом, эти примеры показывают, что нет препарата с абсолютным превосходством над остальными. Напротив, каждый из 4 пациентов максимально отреагировал на разные 4 иФДЭ-5. Это дает повод рекомендовать разработанное нами тестирование перед индивидуальным назначением препарата каждому конкретному больному. Это облегчает персонифицированный выбор препарата на основании объективного исследования, особенно когда сам больной не отмечает явной разницы при приеме каждого из этих препаратов.

Эффективность различных иФДЭ-5 (потенциальная способность к увеличению кровоснабжения мужских половых органов) у всех перечисленных препаратов сопоставима. Реакция остается индивидуальной, поэтому перед назначением препарата пациенту необходимо проводить персонифицированное тестирование. Тем не менее мы отдаем себе отчет в том, что увеличение скорости кровотока по сосудам полового члена – это не эрекция, а лишь готовность к возникновению и поддержанию эрекции при наличии (появлении) сексуального стимулятора – источника NO. Это актуально преимущественно для васкулогенной ЭД. При неваскулогенной ЭД реакция менее выражена, а иногда даже парадоксальна, что может помочь в дифференциальной диагностике генеза ЭД. При сохранных сосудах пениса увеличение кровотока не столь велико. Хочется подчеркнуть, что существенной особенностью действия иФДЭ-5 является их влияние на кровоток ПЖ.

Мы отметили это одними из первых еще в 2003 г., до того как были обнаружены рецепторы ФДЭ-5 в ПЖ в 2006 г. Анатомическое обоснование заинтересованности кровотока ПЖ и васкулогенной ЭД – единое питание пениса и ПЖ из бассейна ветвей внутренней подвздошной артерии. Патогенетическое обоснование – сочетание ЭД васкулогенной формы (уменьшение скорости кровотока в артериях полового члена) и ишемической простатопатии, при которой кровоснабжение ПЖ уменьшено в 2 раза по сравнению с нормой. Влияние на кровоток в семенных канатиках менее выражено, т.к. яичковая артерия отходит от аорты и характеризует в большей степени состояние центральной гемодинамики. Реализация увеличения кровотока в сосудах происходит, как правило, с участием увеличения тонуса соответствующих сосудистых стенок ответного характера. Эти изменения статистически недостоверны, как правило, проявляются в виде легкой тенденции. Поэтому для клинических целей в анализе следует ограничиться показателями усредненных и интегральных скоростей кровотока в сосудах мужской половой системы.

Напомним, что наша работа носила клинический прикладной характер, в связи с чем мы не могли исследовать динамику результатов этих пациентов в течение нескольких часов. Поэтому вопрос о показателях кровотока в мужских половых органах в отдаленном периоде после введения иФДЭ-5 остается до некоторой степени открытым. Клинический характер работы заключался в дополнительной субъективной оценке пациентами эффективности применения препарата и побочных эффектов после приема тестовых доз препаратов. В результате тестирования появляются возможности не только выбора конкретного препарата, но и функциональной диагностики нарушений гемодинамики мужских половых органов в целом. Так, например степень обратимости сосудистых нарушений выше при ХП IIIA и ниже при ХП IIIB, что обусловлено тяжестью изменений сосудов, пораженных атеросклерозом.

Гемодинамические эффекты исследованных иФДЭ-5 в целом позитивны, сопоставимы и, вместе с тем, индивидуальны. Это диктует целесообразность проведения фармакопроб по разработанному нами алгоритму для персонифицированного подбора лекарственного средства каждому отдельному пациенту. В среднем, округленно, интегральный процент прироста скорости кровотока при применении иФДЭ в органах мужской половой системы 30–40%: в пенисе – 40–60%, в ПЖ – 25–40%, в тестикулах – 15–30%.

При выборе препарата для лечения ЭД и ХП следует исходить из конкретных гемодинамических (фармакодопплерографических) результатов тестирования избираемыми лекарственными средствами. При этом предпочтительно выбрать препарат, одновременно улучшающий кровоток в ПЖ и яичках (т.е. имеющий наибольший интегральный процент прироста скорости кровотока в органах мужской половой системы). Необходимо также учитывать субъективные сведения о переносимости препарата (наличие побочных эффектов) и о приверженности пациента приему того или иного иФДЭ.

«...»

Для лечения ЭД и ХП предпочтительно выбрать препарат, одновременно улучшающий кровоток в предстательной железе и яичках

«...»

Гемодинамические эффекты исследованных иФДЭ-5 в целом позитивны, сопоставимы и, вместе с тем, индивидуальны

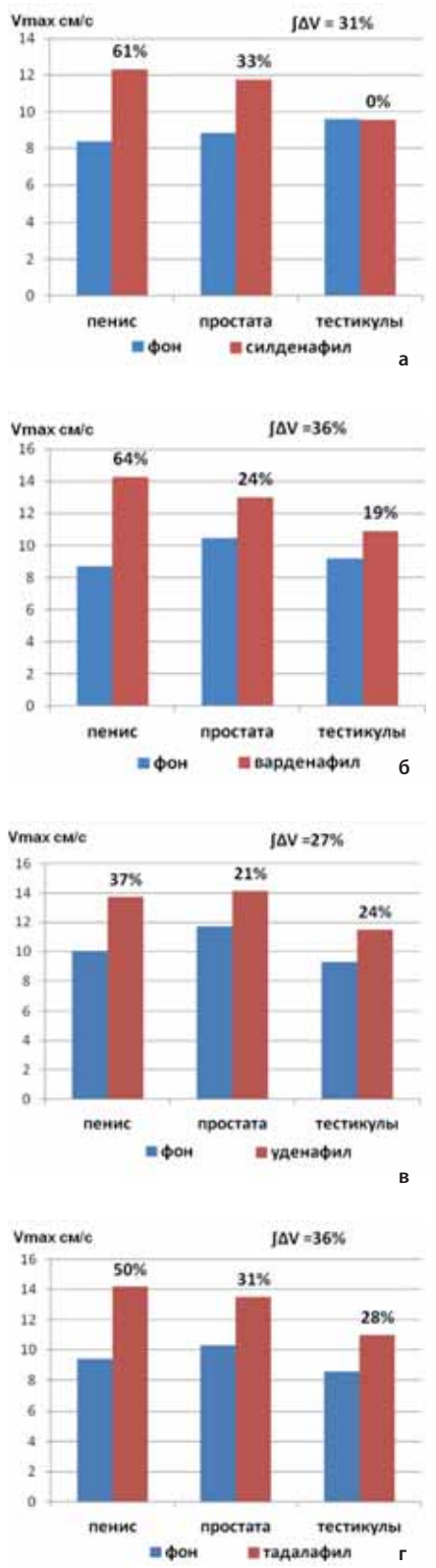


Рис. 1. Изменения V_{max} в сосудах пениса, ПЖ и тестикул через 1 час после приема силденафила (а), варденафила (б), уденафила (в), тадалафила (г).

Примечание. ∫ ΔV – показатель интегрального увеличения кровотока в сосудах мужских половых органов после фармакопробы.

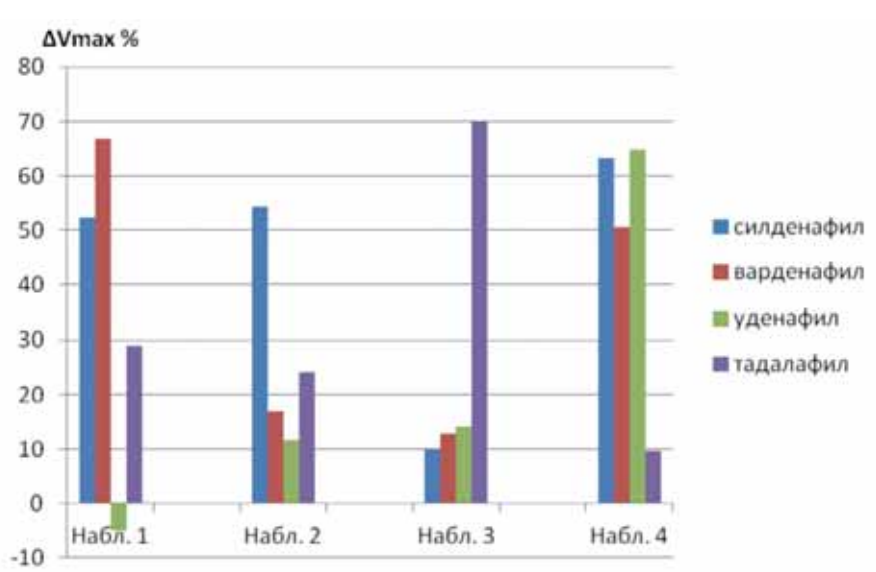


Рис. 2. Показатели интегральных изменений кровотока V_{max} (%) в сосудах мужских половых органов после фармакопробы с различными иФДЭ-5 в приведенных наблюдениях.

Современные возможности литолитической терапии

Мочекаменная болезнь уже многие годы лидирует в списке заболеваний почек и мочевыводящих путей, поэтому не случайно, что урологи всего мира по-прежнему уделяют повышенное внимание данной проблеме. На XIV конгрессе Российского общества урологов, который прошел 10–12 сентября в Саратове, со своим докладом о возможности литолитической терапии на примере препарата Блемарен выступил д.м.н. Д.Г. Цариченко.

Мировая тенденция к увеличению числа больных, страдающих мочекаменной болезнью (МКБ), не может не настораживать. Тем более, что данная патология с каждым годом охватывает все большее количество молодых пациентов. А если добавить к этому высокую вероятность рецидивов, то картина складывается достаточно удручающая. В связи с этим урологи всего мира находятся в постоянных поисках методов наиболее эффективной терапии данной патологии. МКБ может проявляться образованием отдельных или группы камней, локализующихся в разных отделах мочевыводящих путей: почках, мочеточниках, мочевом пузыре, мочеиспускательном канале.

Доля уратного уролитиаза в структуре заболеваемости МКБ неукротимо растет и в настоящее время, по данным различных авторовя достигает от 15 до 36,5%. Это обусловлено увеличением продолжительности жизни, гиподинамией, повышенным потреблением белковых продуктов, алкоголя, возрастающим воздействием ряда экологических факторов, психоэмоциональным напряжением.

Терапия МКБ включает как различные оперативные пособия, так и консервативную терапию. На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие особенности течения заболевания:

- локализация, состав конкрементов, их число, величина и форма;
- сроки от дебюта заболевания, возникновения рецидива, появления клинических проявлений;
- предшествующее лечение;
- наличие сопутствующей инфекции мочевых путей;
- функциональная способность почки и мочевых путей и выраженность ретенционных изменений верхних мочевых путей;
- наличие сопутствующих заболеваний.

Оперативное лечение, т.е. удаление камней при помощи хирургического вмешательства, было и остается одним из основных методов терапии МКБ. Однако при всех несомненных достижениях в этой области данный метод не может гарантировать отсутствия осложнений в послеоперационном периоде. Поэтому в тех случаях, когда это возможно, консервативная терапия предпочтительнее.

В таблицах 1 и 2 объединены данные об эффективности и безопасности наиболее часто используемых при камнях мочеточников дистанционной (ДЛТ) и контактной (КУЛТ) уретеролитотрипсии (клинические рекомендации европейской ассоциации урологов, 2013, 2014).

Вне зависимости от выбора того или иного метода лечения, ему должно предшествовать обследование, направленное на выявление метаболических нарушений, лежащих в патогенезе камнеобразования, и разработка метафилактических мероприятий, направленных на предотвращение рецидива.

Медикаментозное лечение пациентов с МКБ может включать литокинетическую («камнеизгоняющую») и литолитическую («камнерастворяющую») терапию.

Литолиз – это сложный биохимический процесс растворения конкрементов, содержащих соли мочевой кислоты, который происходит вследствие замещения водорода гидроксильных групп мочевой кислоты во 2 и 6 положениях пуринового ядра на щелочные металлы, поступающие из цитратов. Однако необходимо отметить, что с уверенностью говорить о высокой эффективности литолиза можно говорить лишь в случаях наличия камней, включающих безводную мочевую кислоту и дигидрат мочевой кислоты, в то время, как конкременты, содержащие гидроген урат калия растворяются гораздо хуже, а гидроген урат аммоний – практически нерастворимы.

Цитратная смесь – это буферная система, которая вследствие гидролиза соли сильного основания (бикарбоната калия) и слабой лимонной кислоты определяет ощелачивающее действие препарата и образование растворимой енольной формы мочевой кислоты. Цитратные смеси применяют при уратных и уратно-оксалатных конкрементах с содержанием оксалатов до 25% в следующих случаях:

- в качестве монотерапии;
- перед дистанционной, контактной и чрескожной литотрипсией с целью уменьшения длительности предполагаемого пособия;
- после дистанционной, контактной и чрескожной литотрипсии для растворения резидуальных фрагментов;
- для метафилактики.

Протокол обследования перед назначением цитратной терапии в обязательном порядке включает следующие исследования:

- Бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности выявленных микроорганизмов к различным антибактериальным препаратам.
- Биохимический анализ крови и мочи, направленный на выявление метаболических нарушений, способствующих камнеобразованию.
- Обзорная рентгенография органов мочевой системы для уточнения рентгенологических характеристик конкрементов.
- Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза с компьютерной денситометрией.
- Изучение химического состава конкрементов (в случае предшествующих оперативных пособий).

Одним из самых часто и успешно применяемых цитратных препаратов для лечения МКБ признан Блемарен, в состав которого входят: лимонная кислота (1197,0 мг), калия гидрокарбонат (967,5 мг) и натрия цитрат (835,5 мг).

Действие Блемарена основано на принципе последовательной нейтрализации реакции мочи. Когда реакция мочи приближается к нейтральной и pH устанавливается в пределах 7,0–7,2, значительно повышается растворимость солей мочевой кислоты и увеличивается выведение калия. Если данное значение pH удается поддерживать в течение длительного времени, происходит растворение имеющихся мочекислых камней, для метафиликтики же достаточно поддержание pH мочи в диапазоне 6,2–6,8.

Согласно инструкции, показаниями к приему препарата Блемарен являются:

- растворение мочекислых и кальций-оксалатных камней и предупреждение их образования;

Таблица 1. Эффективность ДЛТ и КУЛТ

Локализация	Полное отхождение камней			
	ДЛТ		КУЛТ	
	Гр	Медиана, %	Гр./б-ные	Медиана, %
н/3 <10 мм	17/1681	86 (80–91)	13/1622	97 (96–98)
н/3 >10 мм	10/966	74 (57–87)	8/412	93 (88–96)
ср/3 <10 мм	5/44	84 (65–95)	5/80	86 (81–89)
ср/3 >10 мм	2/15	76 (36–97)	5/73	78 (61–90)
в/3 <10 мм	14/886	90 (85–93)	9/243	80 (73–85)
в/3 >10 мм	11/293	68 (55–79)	8/230	79 (71–87)

Таблица 2. Осложнения ДЛТ и КУЛТ

Осложнения	ДЛТ		КУЛТ	
	Гр./б-ные	Медиана, %	Гр./б-ные	Медиана, %
н/3 сепсис	6/2019	3 (2–5)	7/1954	2 (1–4)
н/3 «к. дорожка»	1/26	4 (0–17)		
н/3 стриктура	2/609	0 (0–1)	16/1911	1 (1–2)
н/3 повреждение	1/45	1 (0–5)	23/4529	3 (3–4)
н/3 ИМП	3/87	4 (1–12)	3/458	4 (2–7)
ср/3 сепсис	2/398	5 (0–20)	4/199	4 (1–11)
ср/3 «к. дорожка»	1/37	8 (2–20)		
ср/3 стриктура	1/43	1 (0–6)	7/326	4 (2–7)
ср/3 повреждение			10/514	6 (3–8)
ср/3 ИМП	1/37	6 (1–16)	1/63	2 (0–7)
в/3 сепсис	5/704	3 (2–4)	8/360	4 (2–6)
в/3 «к. дорожка»	3/235	5 (2–10)	1/109	0 (0–2)
в/3 стриктура	2/124	2 (0–8)	8/987	2 (1–5)
в/3 повреждение	2/124	2 (0–8)	10/1005	6 (3–9)
в/3 ИМП	5/360	4 (2–7)	2/224	4 (1–8)

Таблица 3. Изменение плотности конкрементов почек до и после приема препарата Блемарен

КТ-плотность (средняя) камней почек	Число пациентов (n=30)	
	До (абс./%)	После (абс./%)
700–1000 HU	13 (43,3%)	26 (86,7%)
1000–1500 HU	17 (56,7%)	4 (13,3%)

- растворение смешанных мочекислооксалатных камней (при содержании оксалатов менее 25%);
- подщелачивание мочи у лиц, получающих цитостатики или препараты, повышающие выведение мочевой кислоты;
- симптоматическое лечение порфирии кожи.

Основным преимуществом Блемарена перед другими препаратами данной группы может считаться превалирование в нем в количественном соотношении лимонной кислоты над натрия цитратом, что способствует более интенсивному растворению мочевой кислоты из-за небольшого количества натрия. Разумная дозировка калия гидрокарбоната не является препятствием для применения Блемарена в тех случаях, когда концентрация калия имеет решающее для пациента значение.

Для уточнения целесообразности цитратной терапии до назначения препарата Блемарен пациенту необходимо в течение 4–5 дней с помощью полосок-индикаторов измерять pH мочи в строго установленное время. Чтобы получить достоверные результаты, никаких изменений в диете и образе жизни происходить не должно. Полученные данные фиксируются, с тем, чтобы в последующем вывести среднее значение pH мочи для утренней, обеденной и вечерней порций. После начала терапии Блемареном больной должен продолжать контроль значения pH мочи. Препарат Блемарен укомплектован тест-полосками для определения pH мочи, что дает пациентам возможность самостоятельно ежедневно контролировать pH и вовремя корректировать дозу препарата. В НИИ Уронефрологии и реподуктивного здоровья человека ГБОУ «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» проводится 2 исследования по оценке эффективности литолитической терапии при уратных и смешанных конкрементах верхних мочевых путей.

В первом из них оценивается эффективность цитратной терапии в консервативной терапии уратных камней мочеточников. Предпосылками к проведению данного исследования явилось отсутствие указаний на возможность применения литолиза при камнях мочеточника, поскольку одним из противопоказаний к назначению цитратной терапии является нарушение пассажа мочи, дилатация мочевых путей.

На сегодняшний день результаты применения препарата Блемарен оценены у 32 пациентов. В подавляющем числе 24 (75%) наблюдений в связи с нарушением пассажа мочи по верхним мочевым путям до начала лечения для восстановления адекватного оттока мочи устанавливали мочеточниковый стент. У 8 пациентов дренирования верхних мочевых путей не потребовалось. Цитратная терапия позволила добиться полного растворения конкрементов в течение 2 мес у 21 (66 %) пациента. Еще у 16 % больных удалось уменьшить размеры камней и в комбинации с контактной уретеролитотрипсией достигнуть полного избавления от конкрементов. Только у 18 % пациентов литолиз при уратных камнях мочеточников оказался неэффективным.

Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности применения препарата Блемарен у пациентов с уратными камнями мочеточников с ненарушенным или восстановленным по верхним мочевым путям оттоком мочи. Такой вид лечения дает возможность избежать всех негативных последствий оперативного лечения, которые наблюдаются даже при ДЛТ и КУЛ, несмотря на всю их несомненную высокотехнологичность.

Во втором исследовании оценивалась эффективность применения препарата Блемарен при подготовке к дистанционной нефролитотрипсии (Д-НЛТ)

Доказано, что эффективность Д-НЛТ напрямую связана с физико-химическими характеристиками камня. В результате применения цитратов происходит разрыхление и снижение плотности камней, содержащих соли мочевой кислоты, что позволяет разрушить их на более мелкие фрагменты меньшим числом импульсов при более низких энергиях. В исследовании приняли участие 30 пациентов со смешанными камнями почек размером 1,0– 2,5 см. Оценивалась их КТ-плотность до и после консервативного лечения Блемареном. Результаты данного исследования представлены в табл. 3.

Цитратная терапия имеет свои неоспоримые преимущества:

- не вызывает механических повреждений тканей почек и мочевыводящих путей;
- может использоваться как самостоятельный способ лечения, так и в комбинации с оперативными пособиями;
- помогает избежать рецидивов камнеобразования.
- применяемый в цитратной терапии препарат Блемарен обладает высокой биодоступностью, хорошо переносится, имеет оптимальный состав, позволяющий не только растворять уратные камни, но и предотвращать их повторное возникновение, выпускается в удобной форме, позволяющей пациентам контролировать эффективность проводимого лечения, не снижая при этом качество жизни.

Светлана Шилькова

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Алгоритм диагностики туберкулеза предстательной железы

Е.В. КУЛЬЧАВЕНЯ,
д.м.н., главный научный сотрудник ФГБУ «Новосибирский НИИ туберкулеза» МЗ РФ, руководитель отдела урологии Института туберкулеза, профессор НГМУ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) обозначила туберкулез как глобальную проблему современности, имея в виду преимущественно туберкулез органов дыхания. Экстраторакальному туберкулезу должного внимания мировые организации не уделяют. Однако по данным аутопсий, туберкулезное поражение предстательной железы (ПЖ) встречается у 70 % больных распространенными формами туберкулеза легких, как правило, прижизненно не диагностированное.

Туберкулез ПЖ в структуре мочеполового туберкулеза занимает особое место, поскольку это заболевание, ведет к бесплодию и формированию хронической тазовой боли, отрицательно влияет на половую функцию в целом.

Туберкулез ПЖ всегда считался заболеванием, необычайно трудным для ранней диагностики в силу отсутствия характерных клинических и лабораторных проявлений и невысокой частоты обнаружения микобактерии туберкулеза в секрете ПЖ и/или эякуляте . А ведь результаты лечения больных туберкулезом напрямую зависят от своевременной диагностики.

У половины больных туберкулезом ПЖ поводом обращения к врачу были различные нарушения мочеиспускания, дизурия, боль в промежности и в поясничной области. Лабораторные исследования у 85 % пациентов показали повышенное содержание лейкоцитов в осадке мочи, а у 78 % – в секрете простаты. Эритроциты присутствовали у 53 % больных в моче и у 29 % – в секрете.

Микобактерия туберкулеза (МБТ) в дериватах половых желез была обнаружена лишь в 36 %. У 79 % больных туберкулезный простатит сочетался с нефротуберкулезом, у 31 % – с туберкулезом яичка и его придатка; в 5 % случаев был диагностирован изолированный туберкулез ПЖ.

Мы рекомендуем руководствоваться следующим алгоритмом обследования больного с подозрением на хронический простатит неустановленной этиологии (в котором, учитывая эпидемическую ситуацию, в первую очередь следует заподозрить туберкулез):

1. Сбор анамнеза. Указание на перенесенный ранее или имеющийся в настоящее время туберкулез любых локализаций, особенно диссеминированные формы, наличие в семье детей с гиперергическими туберкулиновыми пробами должны насторожить врача в отношении туберкулеза.

2. Осмотр и физикальное обследование половых органов. Туберкулез ПЖ, как и другие формы туберкулеза мочеполовой системы, может осложняться образованием свищей (рис. 1); в этом случае обычно выделяются МБТ, устойчивые по крайней мере к одному противотуберкулезному препарату.

3. Трехстаканная проба мочи.

4.Ректальное исследование. Выполнение пальцевого ректального исследования с массажем ПЖ на первичном приеме приводит к контаминации мочи секретом железы, и врач не сможет объективно оценить состояние почек. Поэтому необходимо начинать обследование с 3-стаканной пробы мочи, причем струя мочи не должна прерываться, затем уже выполнять ректальное исследование с забором секрета; если он не получен, следует сделать общий анализ мочи после массажа ПЖ.

5. Анализ эякулята. Пиоспермия (абсолютно число лейкоцитов в 1 мл эякулята более 1 млн) характерна для туберкулеза, и свидетельствует о распространении специфического воспаления на семенные пузырьки.

6. Бактериологические исследования с определением чувствительности выявленной флоры к антибактериальным препаратам. Современным методом культуральной диагностики туберкулеза является посев диагностического материала на жидкие питательные среды с использованием автоматизированных систем культивирования, например BACTEC MGIT 960. Система BACTEC MGIT (mycobacteria growth indicator tube) 960 относится к разработкам высоких технологий. Культивирование микроорганизмов производится в специальных пробирках с жидкой питательной средой на основе модифицированной среды Middlebrook 7H9. Использование автоматических систем позволяет сократить сроки выявления возбудителя туберкулеза до 14 дней, а также проводить быструю идентификацию *Mycobacterium tuberculosis complex* и определять лекарственную чувствительность микобактерий. Технологически возможно исследование эякулята и секрета ПЖ на BACTEC 960.

7. Молекулярно-генетические методы основаны на применении полимеразной цепной реакции (ПЦР). После получения положительного сигнала в ускоренных системах культивирования микобактерий типа BACTEC идентификация *M. tuberculosis complex* с помощью ПЦР может быть проведена в течение 3 часов. Применяемые в настоящее время тест-системы на основе ПЦР позволяют также быстрое определить *Mycobacterium avium*, и *Mycobacterium intracellulare* и другие медленно растущие виды микобактерий, имеющих клиническое значение, а также дифференцировать *Mycobacterium bovis* (BCG) от вирулентных видов.

По данным Новосибирского НИИ туберкулеза, за 10 месяцев 2013 г. культивирование дериватов мужских половых желез на плотных яичных средах роста МБТ не выявило. Это вполне объяснимо: в клинику пациенты поступают, уже пройдя многократные курсы лечения антибиотиками, в т. ч. фторхинолонами и амикацином, что не может не сказаться негативно на высеваемости МБТ. В то же время культивирование на жидких питательных средах с использованием методики Bactec MGIT доказало присутствие МБТ в секрете ПЖ в 3,3% случаев, и у 1,5% больных МБТ была обнаружена в эякуляте этим методом. Эффективность выявления МБТ методом GeneXpert в эякуляте оказалась еще выше и достигла 12,5%, несмотря на то что у всех этих пациентов стандартные посевы дали отрицательные результаты. То есть микобактерия в патологическом материале присутствовала, но в результате неоптимальной предшествующей терапии, потеряла способность к росту на плотных яичных средах, применяемых в большинстве лабораторий. И если бы материал не был исследован методами Bactec и GeneXpert, бактериологическая верификация диагноза была бы невозможна. В декабре 2010 г. ВОЗ одобрила этот полностью автоматизированный тест амплификации нуклеиновой кислоты (Xpert Mtb/Rif) для одновременного выявления МБТ и определения ее устойчивости к рифампицину. Пилотные исследования показали высокую чувствительность и специфичность этого теста у больных внелегочным туберкулезом (в среднем 86,9 и 99,7% соответственно).

8. Ультразвуковое исследование (УЗИ) почек. Поскольку туберкулез ПЖ в 79% сочетается с туберкулезом почек, а при хроническом простатите почки интактны, обнаружение ретенции чашечно-лоханочной системы или тем более деструкции паренхимы почек свидетельствует в пользу туберкулезной этиологии воспаления ПЖ.

9. Трансректальное УЗИ ПЖ с допплерографией. Туберкулез ПЖ приводит к нарушениям ее структуры в виде участков повышенной и пониженной эхогенности, наличия гипер- и гипоэхогенных включений, диагностируемых во время трансректального УЗИ. Причем при хроническом простатите поражается преимущественно периферическая зона, а туберкулез захватывает и периферическую, и центральную зоны. Туберкулез ПЖ к тому же в полтора раза чаще сопровождается развитием простатолитиаза, чем неспецифический простатит. В данном случае можно интерпретировать картину кальциноза железы как обызвествление туберкулезных очагов.

При оценке гемодинамики и васкуляризации ПЖ методом ультразвуковой допплерографии обнаружено, что для туберкулеза ПЖ характерно более резкое снижение пиковых, диастолических, средних линейных объемных скоростей кровотока, уменьшение плотности сосудистого сплетения как в центральной, так и в периферической зонах железы. У больных хроническим неспецифическим простатитом нарушения кровообращения регистрировались преимущественно в периферической зоне простаты. При аденоме ПЖ, напротив, скорость объемного кровотока в сосудах, проходящих в зоне гиперплазии, увеличена.

10. Биопсия ПЖ с патоморфологическим и бактериологическим исследованием биоптатов, а также с проведением ДНК-диагностики. Этот метод исследо-

Рис. 1. Свищевая форма туберкулеза ПЖ.

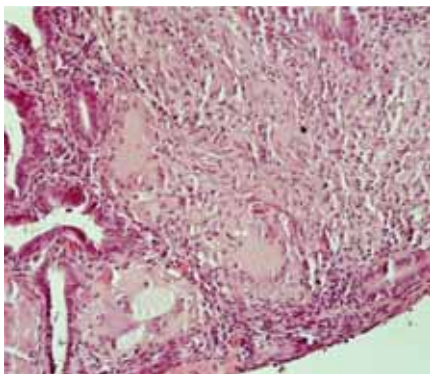


Рис. 2. Туберкулезная гранулема (клетка Пирогова–Лангганса) в ткани ПЖ. Гематоксилин-эозин х100

вания показан при инфильтративном туберкулезе ПЖ; подтверждает диагноз в случае обнаружения специфических патоморфологических признаков или активного параспецифического воспаления при наличии других данных, свидетельствующих за туберкулез. Мы оценили роль биопсии простаты в ранней диагностике туберкулеза ПЖ на основе анализа историй болезни 93 пациентов с высоко вероятным туберкулезом ПЖ. Наиболее частыми жалобами были боль (9,8%), дизурия (79,6%); в лабораторных тестах у 73,1% выявлена пиоспермия, у 51,6% – гемоспермия; 37,6% болели туберкулезом ранее, у 34,4 % был активный туберкулез иных локализаций в момент обследования. Все пациенты были подвергнуты трансректальной биопсии ПЖ под ультразвуковым наведением при помощи автоматического биопсийного пистолета. Биоптаты направлялись на бактериологическое, патоморфологическое исследование и ПЦР-диагностику.

Методом ПЦР наиболее часто в биоптатах была выявлена ДНК HPV – в 10,7% случаев, Ureaplasma – в 2,2%. Рост МБТ был получен у 6,9% пациентов. Гистологически в 94,6% случаев присутствовало воспаление, в 65,6% – фиброз, в 9,7% – интраэпителиальная неоплазия. У 5,4% больных при патоморфологическом исследовании биоптатов диагностировали рак, у 24,7% – туберкулез ПЖ.

Наглядный вариант патоморфологической картины туберкулеза ПЖ представлен на рис. 2. Хотим подчеркнуть, что биопсия противопоказана при кавернозном туберкулезе ПЖ, т. к. возможно развитие «путевой инфекции» и спровоцирована генерализация туберкулеза. Отсюда следует логичный вывод, что первоначально должна быть выполнена уретрография. Важно иметь в виду, что обнаружение фиброза не является признаком перенесенного нелеченного туберкулеза, т. к. самопроизвольное излечение туберкулеза всегда происходит через полное рассасывание или обызвествление очагов.

11. Восходящая уретрография. Восходящая уретропростатография – крайне важный метод в диагностике туберкулеза ПЖ, однако информативен только при наличии каверн ПЖ; инфильтративная форма процесса рентгенологических признаков не имеет. В качестве иллюстрации приводим снимок больного кавернозным туберкулезом ПЖ (рис. 3).

12. Провокационные пробы с подкожным введением 50 ТЕ туберкулина и исследованием секрета простаты и эякулята через 24 и 48 часов всем спектром бактериологических техник.

13. Терапия ex juvantibus. Если не удалось получить убедительных данных за туберкулез, но сомнения остаются, показано проведение терапии ex juvantibus вначале 1-го, а затем – 2-го типа. Методики подробно описаны в соответствующих руководствах. Таким образом, диагноз туберкулеза ПЖ может быть верифицирован патоморфологически, бактериологически, по совокупности эпидемических и клинико-лабораторных данных, а в случае формирования каверн – рентгенологически.

«...»

Диагноз туберкулеза ПЖ может быть верифицирован патоморфологически, бактериологически, по совокупности эпидемических и клинико-лабораторных данных, рентгенологически

Заключение

Туберкулез половых органов мужчин не имеет абсолютно никаких патогномоничных симптомов. Мы рекомендуем следующий простейший алгоритм ведения больного простатитом или эпидидимитом. Целенаправленный сбор анамнеза. Указания на перенесенный ранее туберкулез, контакт с больными, наличие в семье ребенка с гиперергической реакцией Манту должны насторожить в отношении уротуберкулеза. Бесплодный брак также повод для обследования больного на туберкулез.

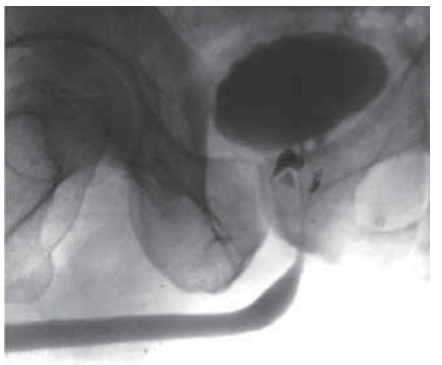


Рис. 3. Кавернозный туберкулез ПЖ.

Комплексное обследование при первичном обращении: выполнение 3-стаканной пробы, посев секрета простаты. В случае рецидивирующего течения показана ретроградная уретрография. Наличие одновременно пиелонефрита, простатита и эпидидимита, особенно двустороннего или со свищем, делает диагноз туберкулеза высоко вероятным.

Не лечить недообследованного больного антибиотиками, обладающими туберкулостатическим действием (фторхинолоны, амикацин, рифампицин).

При наличии подозрений как можно раньше направить пациента на консультацию к фтизиоурологу максимально доступной высшей квалификации.

Своевременное распознавание и адекватная терапия позволяют в большинстве случаев вылечить больного таким сложным, практически безнадежным ранее заболеванием, как туберкулез ПЖ, и достичь успеха в лечении туберкулезного орхоэпидидимита консервативно, вдвое сократив потребность в хирургическом вмешательстве.

Благодарю за помощь в подготовке статьи Е.В.Брижатюк к.м.н., В.Т. Хомякова к.м.н., О.П. Шевцову, А.Г. Чередниченко

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

Профилактика заболеваний предстательной железы

На недавно прошедшем XIV Конгрессе Российского общества урологов в рамках тематической секции «Интегративный подход к проблеме заболеваний предстательной железы и мочевого пузыря» широко обсуждались современные возможности применения многокомпонентного комплекса ПростаДоз компании STADA CIS.

Рак предстательной железы (РПЖ) – абсолютный лидер среди онкологических заболеваний у мужчин: в России наблюдаются около 14 тыс. случаев в год. Подробному анализу наиболее актуальных на сегодняшний день методов профилактики данного заболевания посвятил свой доклад д.м.н., профессор кафедры урологии НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Д.Г. Цариченко. Он обобщил результаты различных популяционных исследований, подтверждающих существенное влияние на развитие РПЖ, прежде всего, особенностей питания (дисбаланс нутриентов), а также конституциональных факторов риска и демографических данных.

На XXI Конгрессе Европейской урологической ассоциации в 2006 г. впервые подверглась обсуждению теория возникновения РПЖ, как следствия перенесенного простатита. Была продемонстрирована морфологическая последовательность, проходящая путь от простатита к РПЖ. Некоторые специалисты считают, что хронический бактериальный простатит (ХП) является фоном для развития метаплазии и дисплазии клеток простаты. ХП в несколько раз увеличивает риск развития РПЖ. Об этом заявили исследователи из онкологического центра при Университете Джонса Хопкинса, Балтимор (США). Результаты исследования были опубликованы в журнале Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention. Эти данные обязывают специалистов-урологов учитывать возможность развития РПЖ у пациентов с хроническим воспалительным процессом в предстательной железе.

В известных на сегодня рандомизированных протоколах соответствующих исследований как средства профилактики РПЖ представлены: медикаментозные препараты (ингибиторы 5α-редуктазы), витамины и микроэлементы, пищевые добавки (нутрицевтики). По поводу ингибиторов 5α-редуктазы, в частности финастерида, Д.Г. Цариченко продемонстрировал результаты исследования PCPT (Prostate Cancer Prevention Trial), которое проводилось с 1994 по 1997 г. (участвовали 18 882 мужчин) и показало, что финастерид снижает риск развития РПЖ на 10–15%, не повышает риск развития более агрессивных форм РПЖ, но и не влияет на риск прогрессирования заболевания. Более многочисленное исследование Reduce (Reduction by Dutasteride of prostate Cancer Events) было посвящено применению дутастерида, в нем также отмечено снижение частоты развития низкодифференцированных форм аденокарценомы. Существуют другие

Дмитрий Георгиевич Цариченко

исследования, которые показывают, что и растительные ингибиторы 5α-редуктазы (например, *Serenoa repens*) могут быть эффективны в профилактике заболеваний предстательной железы.

Как далее подчеркнул в своем выступлении профессор, к развитию доброкачественных и злокачественных пролиферативных процессов в ткани простаты приводят повышение образования свободных радикалов, оксидативный стресс и, как следствие этого, повреждение ДНК, усиление перекисного окисления липидов и т.д. Д.Г. Цариченко озвучил результаты целого ряда научных работ относительно их воздействия. Что касается микроэлементов, то, например селен (Se) с антиоксидантными свойствами контролирует пролиферацию клеток за счет стимуляции апоптоза (Y. Dong и соавт., 2003; D. Menter и соавт., 2000), участвует в регуляции иммунного ответа (Е.Б. Мазо, В.В. Мешков, 2001). Цинк (Zn) повышает апоптоз раковых и гиперплазированных клеток (F. Pie и соавт., 2004). Однако, согласно результатам другого исследования (M. Lietzmann и соавт., 2003), дозировка Se более 100 мг/сут повышает риск РПЖ в 2,37 раза.

Также профессор озвучил данные последних исследований по Se. У 699 мужчин с высоким риском РПЖ, принимавших 200–400 мг Se ежедневно в течение 5 лет, было показано отсутствие влияния последнего на риск возникновения РПЖ и уровень ПСА – простатического специфического антигена (A. Algotar и соавт. Prostate 2013;73(3):328–35). Кроме того, согласно результатам исследования, 140 больных РПЖ, получавших 200 или 800 мг Se в сутки либо плацебо при активном наблюдении в течение 5 лет, пациенты с исходно высоким уровнем селена крови, получавшие 800 мг/сут, имели прирост ПСА по сравнению с группами, получавшими 200 мг/сут или плацебо, и больными с исходно низким уровнем Se (M. Stratton и соавт. Cancer Prev. Res. (Phila) 2010;3(8):1035–43). А по результатам другого исследования, у 60 мужчин среднего возраста, принимавших плацебо или Se в дозе 200 мг на протяжении 6 недель, произошло снижение уровня ПСА (W. Zhang и соавт. Nutr. Res. 2011;31(2):165–8). Профессор обратил внимание на данные, полученные в более детальном исследовании, свидетельствующие о снижении заболеваемости РПЖ при уровне Se в крови от 0,85 до 0,94 мг/г (R. Hurst и соавт. Am. J. Clin. Nutr. 2012;96(1):111–22). Также были озвучены результаты исследования EPIC-Heidelberg (2010), согласно которым для лиц с высокой концентрацией Se в крови отмечено снижение риска РПЖ.

Затем были представлены результаты последних исследований, касающихся роли витаминов A, C, D, E, K2 в профилактике РПЖ. Витамин А, по данным исследования CARET (Carotene and Retinol Efficacy Trial), не рекомендован для профилактики РПЖ (M. Neuhouser и соавт. Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. 2009;11:2202–6). Ликопин (предшественник витамина А) в 10 раз активнее витамина Е как антиоксидант и элемент, подавляющий инсулиноподобный фактор роста (А.И. Газиев, 2001; M. Karas и соавт., 2000). Эпидемиологические исследования показали, что в регионах с высоким потреблением пищевых ликопинов имеются более низкие риски РПЖ (N. Ford и соавт. Nutr. Cancer 2011;63(2):256–63; X. Zhang и соавт. Chin. Med. J. (Engl) 2010;123(16):2231–6). Относительно витамина D в 2008 и 2011 гг. мета-нализ 45 и 25 работ показал отсутствие связи между приемом витамина D и риском развития РПЖ. Витамин Е выполняет важную роль в защите клеток от свободных радикалов, стабилизации мембран, стимуляции апоптоза (Q. Jiang и соавт., 2003; K. Gunawardena и соавт., 2000; K. Israel и соавт., 2000).

Были озвучены результаты рандомизированных исследований по комбинации микроэлементов и витаминов. Исследование SELECT (The Selenium and Vitamin E Cancer Prevention Trial) показало, что Se и витамин Е как в отдельности, так и в комбинации не предупреждали РПЖ, наблюдался тренд к увеличению частоты РПЖ при терапии витамином Е. Исследование было преждевременно прекращено. Кроме того, анализ его результатов свидетельствовал о том, что у мужчин с исходно высоким уровнем Se в крови его применение привело к повышенному риску РПЖ в тяжелой форме (A. Kristal и соавт. J. Natl. Cancer. Inst. 2014;106(3): djt456). Исследование PHSII (The Physicians' Health Study II) показало, что ни витамин Е, ни витамин С не уменьшали риска развития РПЖ или каких-либо других опухолей.

Д.Г. Цариченко осветил результаты исследований, касающихся роли фитоэстрогенов при профилактике РПЖ. Согласно одной из работ, стакан соевого молока в сутки снижает риск РПЖ на 70% (B. Jacobsen и соавт. The adventist Health Study [US]. Canser Causes control. 1998;9(6):553–7). К настоящему времени накоплено довольно много экспериментальных и практических данных, свидетельствующих о том, что такие вещества, как индол-3-карбинол (I3C, крестоцветные) и эпигаллокатехин-3-галлат (EGCG – Epigallocatechin gallate), являются соединениями, обладающими противоопухолевыми свойствами. Экспериментально и клинически обоснованная уникальность данных соединений обусловлена их способностью осуществлять множественное блокирование молекулярных механизмов, стимулирующих патологическую клеточную пролиферацию и последующий канцерогенез.

Не случайно в Азиатских странах, где более выражено потребление зеленого чая (W. Nelson и соавт., 2003), выявлен более низкий уровень заболеваемости РПЖ. Потребление зеленого чая (1 л/сут) снизило риск РПЖ на 73%, при потреблении чая более 40 лет эта величина составила 82% (L. Jian и соавт. Int. J. Cancer 2004;108:130–5).

«...»

Исследования показали , что в регионах с высоким потреблением пищевых ликопинов имеются более низкие риски РПЖ

По словам Д.Г. Цариченко, в 3 из 7 исследований показана меньшая заболеваемость РПЖ на фоне употребления зеленого чая. Черный чай не показал никакой эффективности. Есть исследование, которое доказало, что употребление зеленого чая особенно эффективно для профилактики у больных ПИН (простатическая интраэпителиальная неоплазия) или высокодифференцированным раком (V. Adhami и соавт. Clin. Cancer Res. 2009;15(6):1947–53).

Как подчеркнул профессор, действие катехинов, прежде всего, эпигаллокатехина-3-галлата, а также эпигаллокатехина (EGC), эпикатехина-3-галлата и эпикатехина (EC), содержащихся в зеленом чае, состоит в ингибировании 5α-редуктазы индукцией гена кластерина, ингибированного в раковых клетках, в результате чего включаются апоптоз и антипролиферативные механизмы. Д.Г. Цариченко представил результаты исследования 60 мужчин в возрасте 45–75 лет с ПИН высокой степени, получавших в течение 12 месяцев наблюдения 200 мг катехинов ежедневно или плацебо (B. Saverio и соавт. Cancer Res. 2006;66(2):1234–40): у 9 (30%) человек из группы плацебо наблюдался РПЖ, в то время как в группе, получавшей катехины, только у 1 (3%) человека; в последней группе значимые улучшения достигнуты и по показателям IPSS – International Prostate Symptom Score (уменьшение с 11,12 до 9,12, p<0,05) и QoL – Quality of life (уменьшение с 2,06 до 1,76, p<0,05). В 2008 г. продолжено наблюдение за этими пациентами: тормозящее влияние катехинов зеленого чая на прогрессирование РПЖ сохранялось (M. Brausi и соавт. Eur. Urol. 2008;54(2):472–3).

На сегодняшний день содержание катехинов в стандартном стакане чая достаточно невелико. Экстракт TEAVIGO™ – основной компонент комплекса ПростаДоз – является чистым экстрактом зеленого чая и содержит минимум 94% EGCG. Состав ПростаДоза также включает экстракт плодов карликовой пальмы с фитостеринами, основной из которых β-ситостерин оказывает угнетающее действие на 5α-редуктазу 1-го типа, противоотечное и противовоспалительное действия; индол-3-карбинол; цинк; Se; витамин Е.

Получены первые результаты многоцентрового открытого исследования эффективности и безопасности многокомпонентного комплекса ПростаДоз у пациентов с ХП, которое проводилось на базе НИИ Уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова при поддержке компании STADA CIS под руководством А.А. Камалова, Д.А. Охоботова, О.В. Теодоровича и др. Тридцать из 60 мужчин с ПИН высокой степени ежедневно получали ПростаДоз. Запланированное время наблюдения – 6 месяцев. Оценивались ПСА, IPSS, QoL, результаты биопсии до и после под контролем гистосканирования.

Д.Г. Цариченко в завершение своего выступления представил данные, свидетельствующие о том,что на данный момент достигнуты положительные результаты относительно динамики показателей секрета предстательной железы (значимое снижение к 6-му визиту содержания лейкоцитов, макрофагов, бактерий), динамики болевой симптоматики (значимое уменьшение выраженности боли по шкале Ts-VAS) и оценки эффективности проводимой терапии врачом и пациентом.

Елена Ермилова

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

ПростаДоз®

ОПТИМАЛЬНЫЙ МАРШРУТ
К МУЖСКОМУ ЗДОРОВЬЮ

- Экстракт плодов карликовой пальмы (Сабаль)
- Экстракт «TEAVIGO™»
- Индол-3-карбинол
- Витамин Е
- Цинк
- Селен

реклама
STADA CIS
www.stada.ru

Свидетельство о регистрации
№ RU.77.99.11.003.E.016995.12.12 от 12.12.2012 г.

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ
БАД. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ RU.77.99.11.003.E.016996.12.12

А.П.ФРУМКИН: непревзойденный хирург, клиницист и организатор

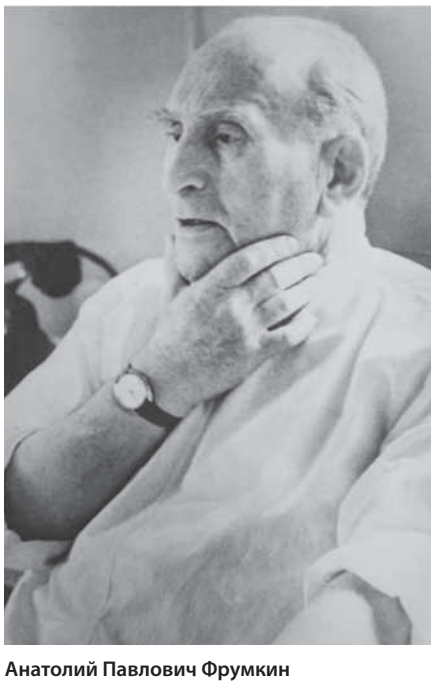
И.С. КОЛПАКОВ
Заслуженн ый работник Высшей школы РФ, доцент кафедры урологии и хирургической андрологии РМАПО

Имя выдающегося уролога России Анатолия Павловича Фрумкина (1897–1962) широко известно в нашей стране и за ее пределами. После окончания 1 Московского университета А.П. Фрумкин был избран ассистентом хирургической клиники 2 Московского университета в 1924 г. Но уже через два года вместе со своим учителем Петром Дмитриевичем Соловьевым перешел на работу ординатором в больницу им.С.П.Боткина, которую называл « теоретической и практической академией для многих поколений врачей». Будучи незаурядным хирургом, Анатолий Павлович проявил интерес к урологии, руководил первым в больнице урологическим отделением на 30 коек. Все последующие годы А.П. Фрумкин занимался проблемами лечения заболеваний предстательной железы, рака мочевого пузыря, хирургическим лечением туберкулеза мочеполовых органов. В 1935 г. ему присвоена ученая степень кандидата, а в 1939 г. – доктора медицинских наук.

Огромную роль в судьбе профессора А.П. Фрумкина сыграла Великая Отечественная война. В годы войны на базе больницы им. С.П. Боткина был создан урологический госпиталь, который он возглавил. Профессор А.П. Фрумкин был главным урологом Советской Армии, родоначальником военно-полевой урологии. Разработанные Анатолием Павловичем рекомендации по дренированию мочевых путей у раненых на этапах эвакуации и в госпиталях, позволили вернуть в строй до 50% раненых.

Опыт по организации лечения раненых урологических больных послужило основой для написания 13-го тома уникального руководства « Опыт Советской медицины в ВОВ 1941–1945 гг.»

В 1946 г. А.П. Фрумкин возглавил кафедру урологии Центрального института усовершенствования врачей (ныне – Российская медицинская академия последипломного образования), которая располагалась на базе урологических отделений больницы им. С.П. Боткина. С этого времени урологическая клиника стала своеобразным центром по повышению квалификации урологов. Благодаря высокому профессионализму заведующего и преподавателей кафедры урологии постоянно расширялась тематика курсов повышения квалификации врачей, впервые были организованы тематические циклы по онкоурологии, урогинекологии, оперативной урологии и другие.



Анатолий Павлович Фрумкин

В 1954 г. вышел в свет хорошо известный урологам старшего поколения «цистоскопический атлас», значительную часть рисунков в котором выполнил автор издания А.П .Фрумкин.

Анатолий Павлович воспитал блестящую плеяду учеников, среди которых профессора И.М. Погорелко, Д.В. Кан, В.Н. Степанов, Л.М. Гориловский, Г.П. Кулаков и многие другие.

А.П. Фрумкин заведовал кафедрой урологии ЦОЛИУВ до 1962 г., когда после тяжелой болезни он ушел из жизни.

Заслуженный деятель науки РСФСР, профессор А.П. Фрумкин – выдающийся клиницист, хирург, непревзойденный педагог, блестящий организатор и руководитель останется на долгие времена примером служения специальности для многих поколений урологов.

Гонимый иерарх, человек Церкви и человек общества

Более года в ГКБ №31 Москвы работает храм Архиепископа Луки – Войно-Ясенецкого. Жизнь архиепископа, великого врача и выдающегося архиерея Православной Церкви уникальна. Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий родился 27 апреля 1877 г. в Керчи в семье провизора. Отец Валентина Феликсовича был ревностным католиком, а мама – Мария Дмитриевна воспитана в православных традициях. С детских лет у Валентина обнаружилась способность к рисованию. Любовь к живописи привела его в частную школу профессора Книрра в Мюнхене. Проучившись там короткое время, он вернулся в Киев. В его голове бродили мысли о том, чтобы «стать фельдшером или сельским врачом, помогать бедным людям».

И в 1898 г. Войно-Ясенецкий поступил на медицинский факультет Киевского университета им. Святого князя Владимира, где хорошо учился и неожиданно для самого себя увлекся анатомией. «Умение весьма тонко рисовать и моя любовь к форме перешли в любовь к анатомии… Из неудавшегося художника я стал художником в анатомии и хирургии», – писал Валентин впоследствии. По окончании университета он заявил, что хочет быть участковым земским врачом: «Я изучал медицину с исключительной целью: быть всю жизнь деревенским, мужицким врачом, помогать бедным людям».

Но началась русско-японская война, и 30 марта 1904 г. Войно-Ясенецкий уехал на Дальний Восток, в Читу, где и началась его хирургическая практика. Операции, проводимые Валентином Феликсовичем, были сложными и проходили безупречно. Он оперировал на костях, суставах, черепе.

В это время Войно-Ясенецкий встречает свою первую и единственную любовь – Анну Васильевну Ланскую. Поженившись, они переезжают в небольшой уездный городок Ардатов Симбирской губернии, где молодому доктору поручили заведовать больницей.

Слава о замечательном хирурге распространилась так далеко, что у порога небольшой сельской больницы выстраивались посетители не только из близлежащих мест, но даже из соседней губернии. В земских больницах хирургу приходилось сталкиваться с проблемами обезболивания при операциях. Из книги немецкого хирурга Генриха Брауна «Местная анестезия, ее научное обоснование и практические применения» он узнал о регионарной анестезии, к которой у него возник живой интерес. И Валентин Феликсович поставил перед собой задачу заняться разработкой новых методов анестезии.

Будучи в Москве, Войно-Ясенецкий выразил желание работать в клинике крупного ученого, основателя журнала «Хирургия» Петра Ивановича Дьяконова для сбора материала для диссертации по теме «Регионарная анестезия». Получив разрешение, он плодотворно и напряженно трудился несколько месяцев, препарируя трупы в Институте топографической анатомии. Для изучения вариантов обезболивания тройничного нерва ему пришлось исследовать триста черепов. В 1915 г. в Петрограде вышла книга Войно-Ясенецкого «Регионарная анестезия», блестяще иллюстрированная самим автором. За эту работу Варшавский университет присудил Валентину Феликсовичу Войно-Ясенецкому премию им. Хойнацкого.

Чтобы содержать семью доктор трудился в селе Романовка Саратовской губернии, в Переславле-Залесском. Здесь он одним из первых в России сделал сложнейшие операции не только на желчных путях, почках, желудке, кишечнике, но даже на сердце и мозге. Прекрасно владея операциями на глазах, Войно-Ясенецкий возвращал слепым зрение.

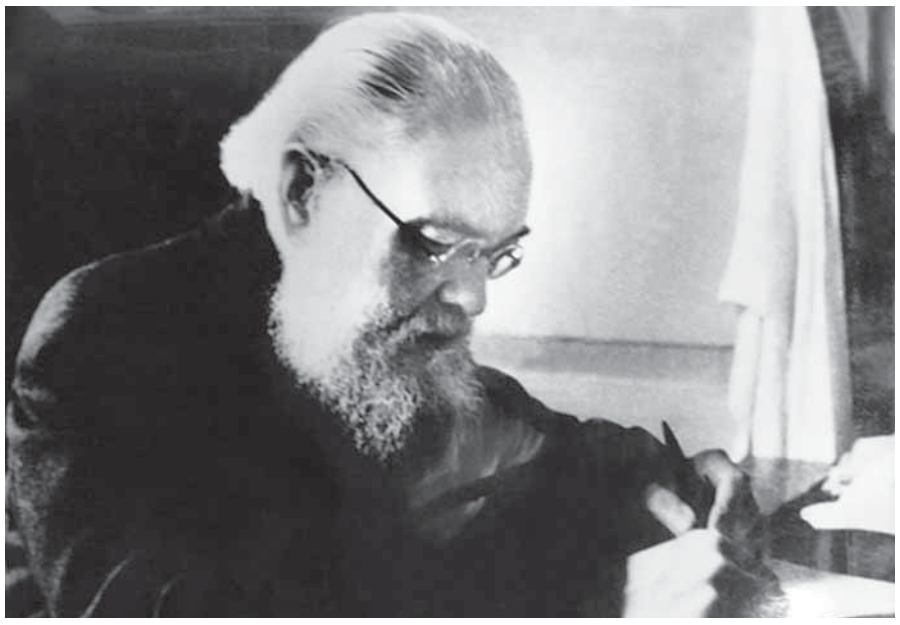
В марте 1917 г. Валентину Феликсовичу предложили переехать в Ташкент на должность главного врача городской больницы, где он организовал хирургическое отделение. Шла гражданская война. По клеветническому доносу В.Ф. Войно-Ясенецкого арестовали. Этот случай подкосил здоровье его жены, больной чахоткой, которая вскоре умерла. Валентин Феликсович остался с четырьмя детьми и выбрал путь служения Церкви. В праздник Сретения Господня 1921 г. его посвятили в диаконы. В течение двух лет Войно-Ясенецкий был священником и преуспел не только в пастырской, но и общественно-научной деятельности. Он был одним из инициаторов открытия в Ташкенте университета, где читал лекции по топографической анатомии и оперативной хирургии. В это время в Ташкент приехал на жительство ссыльный епископ Уфимский Андрей (в миру князь Ухтомский) и тайно постриг Валентина Феликсовича в монахи с именем Луки.

В эти смутные годы политика государства была направлена против церкви и сотрудники ГПУ лихорадочно искали причину для ареста ненавистного Владыки (так называли В.Ф. Войно-Ясенецкого). Они обвинили Святого Луку в шпионаже в пользу англичан. Ташкентское ГПУ конвоировало Владыку в Москву как политического преступника. В Бутырской тюрьме у него впервые появились признаки серьезной сердечной болезни – миокардита. Через 2 месяца его перевели в Таганскую тюрьму, а затем сослали в Енисейск, по прибытию в который он начал активно оперировать в местной больнице. После первых же сложнейших и удачно проведенных операций к хирургу-епископу хлынул народ из окрестных сел и деревень. Такая популярность известного врача сильно раздражала местное начальство. И в «награду» за бескорыстное служение народу городское начальство, подстрекаемое завистниками, отправило епископа еще дальше в ссылку на Ангару. Почти сто километров преодолел он по льду реки до Богучан, а затем до Хая.

В июне Владыку было приказано отправить назад в Енисейск, где он был заключен в одиночную камеру. Затем последовала новая ссылка в Туруханск, и еще дальше: на берег Ледовитого океана в деревню Плахино, расположенную между Игаркой и Дудинкой. Окна в избенке, где жил Владыка, не имели стекол, вместо них были вморожены толстые льдины, и сквозь щели жестокий, пронизывающий ветер наносил внутрь кучи снега. Было от чего пасть духом, но святитель сохранял спокойствие, уравновешенность и терпение. Ссылка закончилась в январе 1926 г. и по дороге из Красноярска в Ташкент епископ Лука заезжает в Черкассы повидать своих престарелых родителей и старшего брата Владимира.

В 1930 г. очередной донос снова спровоцировал арест Луки. В течение года он был заточен в душной многолюдной камере. Состояние его здоровья резко ухудшилось. Шестого мая 1930 г. Валентин Феликсович был отправлен во вторую ссылку в Архангельск, где ему позволили заниматься его любимым делом – хирургией. В мае 1933 г. он вернулся в Москву, где хотел основать Институт гнойной хирургии, чтобы передать громадный врачебный опыт. Но ему отказали.

В 1934 г. после десятилетней подготовки вышла в свет монография «Очерки гнойной хирургии». Коллеги высоко оценили этот серьезный научный труд: «Пожалуй, нет другой такой книги, которая была бы написана с таким литературным мастерством, с таким знанием хирургического дела, с такой любовью к страдающему человеку», – писали они.



Архиепископ Лука – В.Ф. Войно-Ясенецкий

1935–1936 гг. для святителя Луки были тихими и мирными. Он обосновался в Ташкенте, где получил в распоряжение главную операционную в Институте неотложной помощи. Дети радовали отца. Старший Михаил – ученый, врач в Таджикистане. Алексей учился и работал в Ленинграде у известного физиолога Орбели. Валентин заканчивал медицинский в Ташкенте. Дочь с мужем жила здесь же в Ташкенте, занимаясь семьей и детьми. Уже в 1937 г. последовала еще одна ссылка.

Но когда началась Великая Отечественная война, епископ Лука не остался в стороне, не таил обиды. В 1941 г. его назначили консультантом всех госпиталей Красноярского края и главным хирургом эвакогоспиталя. Напряженная хирургическая деятельность В.Ф. Войно-Ясенецкого была отмечена грамотой и благодарностью Военного совета Сибирского округа. Осенью 1942 г. он был возведен в сан архиепископа и назначен на Красноярскую кафедру, но, как и раньше, продолжал хирургическую работу, возвращая в строй защитников Отечества. В 1943 г. к многочисленным хирургическим операциям добавилась еще обязанность участвовать в работе Синода.

В конце 1943 г. было опубликовано второе издание «Очерков гнойной хирургии». В 1944 г. вышла книга «Поздние резекции инфицированных огнестрельных ранений суставов». За эти труды ему была присуждена Сталинская премия. В том же 1944 г. Владыка получил указ о назначении на Тамбовскую кафедру. 26 февраля 1944 г. святитель Лука в Покровской церкви Тамбова произнес свою первую проповедь. В Тамбове он был награжден медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 годов». В мае 1946 г. его переводят служить на Крымскую кафедру в Симферополь. Вследствие очередного доноса Совет по делам РПЦ потребовал от Московской Патриархии запретить архиепископу Луке выступать с проповедями. В середине 50-х гг. XX в. Никита Хрущев объявил очередной поход против Церкви. Последовал новый виток антирелигиозной пропаганды, и Святителю Луке запретили читать лекции в медицинском университете для студентов и молодых врачей. Святитель-хирург продолжал врачебную деятельность у себя дома. Жизнь архиепископа Луки клонилась к закату. 11 июня 1961 г. на 84 году жизни он скончался в Симферополе. Множество людей пришли проводить в последний путь своего архиерея. До кладбища путь был усыпан розами. Огромная любовь к людям помогла В.Ф. Войно-Ясенецкому совместить служение религии и науке. Сегодня пациенты и медицинские работники ГКБ №31 могут прийти в храм, чтобы прикоснуться к истории, почтить память уникального врача и человека В.Ф. Войно-Ясенецкого, подумать о чем-то сокровенном.

Любовь Ходырева

ТАБЛЕТКА СИЛДЕНАФИЛА
с модифицированным* составом:

- Дает качественную эрекцию[1]
- Обеспечивает минимум побочных эффектов[2]
- Не вызывает привыкания[3]

Силденафил
ДИНАМИКО

УДОВОЛЬСТВИЕ ДЛЯ МУЖЧИНЫ И СЧАСТЬЕ ДЛЯ ЖЕНЩИНЫ. БЕЗ ПРИВЫКАНИЯ

*По сравнению с таблеткой оригинального силденафила. Более подробная информация содержится в медицинской инструкции препарата.

Наименование активного вещества: силденафила цитрат (в пересчете на силденафил – 25 мг, или 50 мг, или 100 мг в таблетке). Показание к применению: лечение эректильной дисфункции, характеризующейся неспособностью к достижению или сохранению эрекции полового члена, достаточной для удовлетворительного полового акта. Способ применения и дозы: внутрь, примерно за 1 час до сексуальной активности. По 50 мг 1 раз в сутки. С учетом эффективности и переносимости доза может быть увеличена до 100 мг или снижена до 25 мг.

Сведения о показаниях к применению препарата, способах его применения, режиме дозирования, противопоказаниях, мерах предосторожности и возможных побочных действиях содержатся в инструкции по медицинскому применению.

1. Более подробная информация содержится в инструкции по медицинскому применению препарата Динамико.
2. В целом сопоставимо с другими препаратами из группы ингибиторов ФДЭ-5.
3. Отсутствуют данные, подтверждающие возникновение привыкания к препарату.

Информация предназначена для медицинских работников.
ООО «Тева»: Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, корп. 2. Тел.: +7 (495) 644-22-34, факс: +7 (495) 644-22-35; www.teva.ru

реклама

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА

FIRE-DYN-ADV-270814-xEL-599-260815

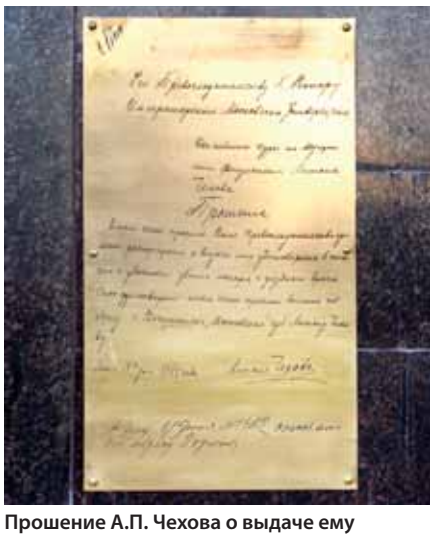
В МГУ им. М.В. Ломоносова открыт памятник Антону Павловичу Чехову

Профессия врача – это подвиг. Она требует самоотверженности, чистоты духа и чистоты помыслов.

А.П. Чехов

Памятник А.П. Чехову. Скульптор И. Рукавишников

1 сентября 2014 г. в Москве состоялось торжественное открытие памятника великому русскому писателю Антону Павловичу Чехову возле Медицинского центра Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова, приуроченное ко Дню Знаний. В церемонии открытия памятника приняли участие ректор МГУ им. М.В. Ломоносова академик РАН, профессор В.А. Садовничий, декан ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, академик РАН, профессор В.А.Ткачук, директор МНОЦ МГУ, член-корреспондент РАН, профессор А.А.Камалов, председатель Чеховской комиссии РАН, профессор МГУ В.Б. Катаев и известный скульптор, народный художник РФ, академик РАХ, профессор А.И. Рукавишников. Выбор места символичен, ведь именно на медицинском факультете Московского университета в 1879–1884 гг. обучался будущий врач и всемирно известный писатель. А.П. Чехов был весьма добросовестным студентом, посещавшим лекции профессоров Бабухина, Захарьина, Клейна, Фохта, Снегирева, Остроумова, Кожевникова, Эрисмана, Склифосовского. С 1881 г., будучи студентом университета, он начал практику врача при докторе П.А. Архангельском в Чикинской земской лечебнице Звенигородского уезда Московской губернии. Окончив университет, А.П. Чехов вел врачебную практику, продолжая лечить приходящих больных и посещая тяжелых пациентов на дому.



Прошение А.П. Чехова о выдаче ему удостоверения о том, что он «удостоен звания лекаря и уездного врача»

Но наступило время, когда Чехов начал колебаться в окончательном выборе своего призвания. Медицина стала одновременно и помехой литературе, и неиссякаемым источником для чеховских сюжетов.

В глубине души врач никогда не умирал в Чехове. «Мечтаю о гнойниках, отеках, поносах, соринках в глазу и о прочей благодати», – вспоминал А.П.Чехов в мае 1888 г. Обследование санитарного состояния тюрем, лазаретов, бараков, местной педиатрии на Сахалине потрясло Чехова. Результаты его собственной работы описаны в книге «Остров Сахалин».

В середине 1890-х гг. Чехов еще мечтает о собственном курсе частной патологии и терапии в университете. Для чтения ему необходима ученая степень и защита диссертации. Антон Павлович предполагает в качестве таковой использовать «Остров Сахалин», но получает отказ декана факультета как в защите, так и чтении курса лекций.

В 1891–1892 гг. А.П. Чехов добровольно принимает участие в борьбе с последствиями голода и эпидемией холеры, но постепенно практическая медицина даже в ограниченных размерах начинает тяготить писателя.

Пушкинская премия Академии наук за сборник «В сумерках» определила его окончательный выбор. Отныне медицинская практика отодвигается на второй план, хотя приватные врачебные занятия Чехов не оставляет вплоть до отъезда в Ялту в 1897 г. В годы литературного признания Чехов ощущает свою связь с миром медицины, его интересуют успехи науки в этой области. Он хлопочет за медицинские журналы «Хирургическая летопись», «Хирургия», страдавшие от недостатка средств, долгие годы является читателем газеты «Врач» и публикуется в ней. В 1895 г. писатель принял участие в съезде московских земских врачей, собравшихся в земской психиатрической больнице в селе Покровском.

Благодаря «медицинскому» видению А.П.Чехова литература обязана появлению в ней галереи неповторимых чеховских образов врачей, зачастую грубых, невежественных, равнодушных, но и чутких, ранимых, бесправных. В качестве практикующего доктора Чехов получил обильный материал для художественных обобщений, наблюдая изнутри жизнь самых разных социальных слоев. Как наблюдательному и умному художнику ему оставалось лишь сделать самостоятельные выводы. Парадокс состоял в том, что изображая врачей большей частью карикатурно, в чем-то самоиронично, Чехов настаивал на гуманной сущности медицинской профессии, призывая врачей к внимательному и терпимому обращению с пациентами. Во многом благодаря Чехову, в русской и мировой литературе возник литературный архетип интеллигента-врача, врача-гуманиста и подвижника.

Созданный памятник великому писателю и врачу отражает устремленный вдаль взгляд молодого Антона Чехова, сидящего на ступенях. Под памятником дощечка, на которой почерком Чехова написано заявление ректору Московского университета с просьбой распределить его уездным врачом…

Любовь Ходырева

НЕКРОЛОГ

Светлая память Вячеславу Николаевичу Бурову

9 октября 2014 г. на 51 году жизни скоропостижно скончался талантливый уролог-андролог Вячеслав Николаевич Буров (01.04.1963–09.10.2014). Родился Вячеслав Николаевич в Одессе, его отец был военным эпидемиологом, мама – кандидатом химических наук.

С 1980 по 1986 г. учился в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, после успешного окончания которой поступил в городскую клиническую ординатуру по хирургии. За годы обучения в ординатуре ГКБ №51 освоил абдоминальные и сосудистые хирургические вмешательства. В 1988 г. по конкурсу был принят научным сотрудником лаборатории экспериментального моделирования урологических заболеваний в НИИ урологии МЗ РФ, в том же году успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему «Экспериментальное обоснование возможности использования криоконсервированных аллогенных артерий в качестве сосудистых биопротезов в урологии и оперативной нефрологии». В 1991 г. переведен в отдел андрологии НИИ урологии МЗ РФ. Вячеслав Николаевич был блестящим хирургом-андрологом, он не только самостоятельно успешно выполнял оперативные вмешательства, но и обучал молодых врачей. Совместно с коллегами внедрил в клиническую практику алгоритм диагностики и лечения пациентов с бесплодием, различные микрохирургические методы вазоэпидидимоанастомоза при обструктивном бесплодии, использование различных видов местных и перемещенных васкуляризированных кожных и мышечных лоскутов, а также синтетических материалов и протезов полового члена при эректильной деформации полового члена.

В.Н. Буров являлся одним из авторов 54 печатных работ в отечественной и зарубежной литературе и автором патента «Способ нормализации репродуктивной функции у мужчин».

Светлая память о Вячеславе Николаевиче Бурове навсегда сохранится в сердцах и памяти тех, кто его знал. Выражаем глубокое соболезнование родным и близким покойного.

Все обследования – за два часа

В Восточном округе Москвы прошел «День мужского здоровья»

Под патронатом Совета главных врачей при Департаменте здравоохранения г. Москвы, который возглавляет главный врач ГКБ №57 И. А. Назарова, Главного уролога Департамента здравоохранения г. Москвы А.А. Камалова и Дирекции по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения (ГКУ ДЗ ВАО) Восточного округа Москвы, впервые в АПЦ №69, филиале №1 (ГП №30), была проведена акция «День мужского здоровья».

Десять лучших специалистов-урологов из урологического отделения АЦ ГБУЗ ГП №69 ДЗМ и ГКБ №57 во главе с окружным урологом ВАО Л.А. Логвиновым провели консультации и обследования пациентов с целью выявления на ранней стадии заболеваний предстательной железы. Все пришедшие на акцию предъявляли только два документа – полис медицинского страхования и паспорт, никаких направлений из поликлиник не требовалось.За два часа каждый обратившийся пациент прошел полное обследование, на которое в обычных условиях затратил бы несколько дней, получил необходимые консультации и рекомендации. В этот день все службы поликлиники работали четко и слаженно: на первом этаже пациентов встречал дежурный администратор, направлявший пациентов к медрегистратору урологического отделения, который заводил медицинскую карту и препровождал их к одному из принимающих специалистов-урологов. После осмотра, сдачи анализа крови на ПСА, проведения УЗИ мочеполовой системы и УФМ пациент с результатами обследования возвращался к доктору, который, давал ему необходимые рекомендации.

Цель акции – выявление заболеваний предстательной железы на ранних стадиях была достигнута. За шесть часов были обследованы 104 мужчины в возрасте от 28 до 79 лет, из них 58 пациентам даны рекомендации, 5 больных направлены на оперативное лечение, 7 – на биопсию предстательной железы.

В дальнейшем «Дни мужского здоровья» в ВАО Москвы планируется проводить ежеквартально.

Леонид Логвинов

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ
МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА
№ 5 ОКТЯБРЬ 2014 г.

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас к совместной работе над газетой "МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ"

Ждем материалы для публикации

Главный редактор Армаис Альбертович **КАМАЛОВ**

Зам. главного редактора Любовь Алексеевна **ХОДЫРЕВА**

Научный редактор Анна Анатольевна **ДУДАРЕВА**

e-mail: gazetamosurology@mail.ru

XIII МОСКОВСКАЯ АССАМБЛЕЯ
ЗДОРОВЬЕ СТОЛИЦЫ
20-21 НОЯБРЯ 2014 ГОДА

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в работе **XIII Московской Ассамблеи «Здоровье столицы»**, которая состоится в городе Москве 20-21 ноября 2014 г. в здании Правительства Москвы по адресу: ул. Новый Арбат, 36/9.
Мероприятие является партнером Московского фестиваля в области здравоохранения «Формула жизни».

Организаторы:

Правительство Москвы, Департамент здравоохранения города Москвы,
Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог».

Ассамблея имеет статус итогового ежегодного мероприятия московского здравоохранения (Распоряжение Правительства Москвы №901-РП от 29.05.2003г.).

Цели:

- Внедрение новейших, медицинских технологий и методик в практику московских медицинских учреждений для повышения качества, эффективности и доступности оказываемых услуг.
  Обобщение и анализ опыта столичного здравоохранения в целях содействия деятельности в сфере профилактики и охраны здоровья граждан Российской Федерации.
- Повышение профессионального уровня врачей, медицинского персонала; влияние на оптимизацию системы образования и процесса обучения специалистов медиков. Повышение престижа и ответственности врачебной профессии.
- Развитие профессиональных контактов между специалистами медиками, учеными и практиками Москвы, Московской области, регионов России и других стран.

В рамках Ассамблеи проводятся:

Пленарные заседания; научно-практические конференции, семинары, школы для врачей терапевтов, гастроэнтерологов, эндокринологов, нефрологов, урологов, кардиологов, кардиохирургов, кардиоревматологов, хирургов, инфекционистов, психиатров и психотерапевтов, наркологов, неврологов и нейрохирургов, травматологов, ортопедов, комбустиологов, пульмонологов, фтизиатров и аллергологов, онкологов, акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров, стоматологов и др. специалистов; конференции по актуальным проблемам состояния и развития здравоохранения, фармацевтической отрасли столицы, по вопросам обязательного медицинского страхования, организации специализированной медицинской помощи.

Выставочная экспозиция:

В рамках Ассамблеи организуется выставка **«Новое качество медицинских услуг и лекарственного обеспечения населения города Москвы»**.
На выставке будут представлены производители и дистрибьюторы лекарственных средств, медицинской техники, медицинской продукции профилактического и лечебного назначения, учреждения здравоохранения города Москвы, реабилитационные центры, культурно-оздоровительные учреждения и фирмы, представляющие продукцию и услуги населению столицы, специализированную литературу, информационные технологии.

Приглашаем Вас принять участие в работе Ассамблеи и выставки!

Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»
127055, г. Москва, ул. Сущевская, д. 25, стр. 1
Тел./факс: 8 (495) 797-62-92; 8 (499) 750-07-27; 8 (499) 750-07-47
E-mail: info@imfd.ru; website: www.imfd.ru

ИНФОМЕДФАРМ ДИАЛОГ

16+ реклама

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