стр. 2
Первый интернациональный и четвертый российский конгресс по эндоурологии прошел в г. Батуми 30 октября – 1 ноября 2014 г.

стр. 3
«Урология обязана быть вне политики». Интервью с Президентом Ассоциации урологов Грузии Л.Г. Манагадзе

стр. 7
Четыре поколения врачей Казанских. Интервью к юбилею Председателя МОО детских урологов-андрологов России

ГАЗЕТА ВЫХОДИТ ПРИ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКЕ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ

МОСКОВСКИЙ УРОЛОГ

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА

№ 6 ДЕКАБРЬ 2014 г.

В НОМЕРЕ

ИНТЕРВЬЮ
И.Г. Агаджанян: Обучение уролога должно длиться всю жизнь
стр. 4

С ЮБИЛЕЕМ
К 55-летию Алексея Георгиевича Мартова
стр. 6

ОБРАЗОВАНИЕ
Стажировка московских урологов в Сеуле
стр. 10

ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ
Гарантии и компенсации медицинским работникам при сокращении
стр. 16

ПОЗДРАВЛЕНИЕ
Семья Серегиных стала лауреатом фестиваля «Формула жизни»
стр. 18

ПРАКТИКА
Мужское бесплодие, ожирение, витамин D – есть ли взаимосвязь?
стр. 19

НИИ урологии присвоено имя Н.А. Лопаткина

История образования ФГБУ Научно-исследовательского института урологии МЗ РФ неразрывно связана с кафедрой урологии и оперативной нефрологии 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова и деятельностью ее заведующего Николая Алексеевича Лопаткина, академика РАМН, профессора, а в дальнейшем – директора института.

Для того чтобы укрепить урологическую службу СССР, Н.А. Лопаткин инициировал распоряжение Совета Министров о создании первого в нашей стране Научно-исследовательского института урологии, который впоследствии стал одним из крупнейших в мире. Распоряжение за подписью А.Н. Косыгина «Об организации при 2-м Московском медицинском институте им. Н.И. Пирогова Минздрава РСФСР научно-исследовательского института урологии на базе проблемной научно-исследовательской уронефрологической лаборатории» было издано 10 апреля 1979 г. Под руководством Николая Алексеевича проводилась колоссальная работа. В результате на более высокий уровень поднялись диагностика и лечение урологических больных , уменьшилась их инвалидизация, были определены направления научных исследований, созданы и внедрены в повседневную практику первый отечественный литотриптер «Урат-П», малоинвазивные методы лечения заболеваний уретры, коралловидных камней, опухолей мочевого пузыря и верхних мочевыводящих путей, аденомы и рака предстательной железы и др. Разработанные эндоскопические вмешательства при этих заболеваниях в корне изменили подход к лечению урологических больных.

Николай Алексеевич считал, что детская урология должна развиваться как составная часть взрослой и вместе со своими учениками углубленно изучал этот раздел. Были разработаны оригинальные эффективные операции при пороках развития почки и верхних мочевыводящих путей, тотальном недержании мочи, терминальной стадии почечной недостаточности, мочекаменной болезни и т.д. Открыт новый раздел – изучение особенностей течения компенсаторных процессов после коррекции урологических заболеваний в растущем

организме. Инициативность и преданность своему делу позволили Н.А. Лопаткину ввести в эксплуатацию еще три корпуса института: лабораторно-экспериментальный, детской урологии, корпус гемодиализа и трансплантации почек.

16 сентября 2014 г. приказом Минздрава России ФГБУ «Научно-исследовательскому институту урологии» присвоено имя его создателя академика РАМН Н.А. Лопаткина.

Головина Юлия

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 19 декабря 2014 г. в 10:00

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

IV Научно-практическая конференция «Фундаментальная и практическая урология. ЛОПАТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ»

4–5 марта 2015 г. • Здание Правительства Москвы (Новый Арбат, 36/9)

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в IV Научно-практической конференции «Фундаментальная и практическая урология», которая состоится 4–5 марта 2015 г. в здании Правительства Москвы. В рамках научной программы будут проходить, обсуждаться наиболее актуальные вопросы современной урологии, возможности диагностики, лечения и профилактики с учетом достижений фундаментальной науки.

Организаторы:
- Российская общественная организация «Мужское здоровье»
- Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»

Срок подачи заявок на участие
до 10 февраля 2015 г.

Организационный исполнитель:
Адрес: 119415 Москва, ул. Лобачевского, д. 42
Тел./факс: 8 (499) 432-96-22 Лалабекова Марина Валерьевна
Организационно-технический исполнитель:
Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»

www. imfd.ru
Адрес: 127055 Москва, ул. Сущевская, д. 25, стр. 1
Тел./факс: (495) 797-62-92; (499) 750-07-27
Координатор проекта: Мезенова Елена Александровна (lena@imfd.ru)
Менеджер проекта: Дрондина Валерия Александровна (lera2012@imfd.ru)

Первый интернациональный и четвертый российский конгресс по эндоурологии

Первый интернациональный и четвертый российский конгресс по эндоурологии и новым технологиям прошел с 30 октября по 1 ноября 2014 г. в г. Батуми. Проведение этого мероприятия вышло на новый уровень. Его посетили представители практически всех стран СНГ (Украина, Литва, Таджикистан, Казахстан, Киргизстан, Туркмения, Азербайджан, Армения и т.д.) и многих стран дальнего зарубежья (Турция, США, Германия, Швейцария и т.д.). Плюсов у этого процесса множество: взаимный обмен опытом, дальнейшая интеграция российских эндоурологов в мировую систему и повышение международного авторитета отечественных специалистов.

Конгресс был посвящен актуальным вопросам современной минимально-инвазивной урологии, эндоурологии и лапароскопии, дистанционной литотрипсии, фокальной терапии, робототехники, современным методам визуализации в урологии и др. Традиционно были представлены лекции и доклады, проведены дискуссии и мастер-классы по обучению технике современных эндоурологических приемов. Действовала выставка компаний-спонсоров, специализирующихся на выпуске лекарственных препаратов, которые используются при проведении малых инвазивных вмешательств (антибиотики, химиопрепараты и т.д.). Отличительной особенностью было то, что в рамках Конгресса на базе клиники «Медина» (Батуми) были проведены эндоурологические и лапароскопические операции в режиме реального времени с трансляцией по всему миру. Их выполняли А.Г. Мартов, Н.А. Григорьев, Д.В. Абрамов, Э.А. Галлямов, В.Л. Медведев, А.А. Камалов, А.С. Андронов, Ф.А. Севрюков, С.В. Попов, Д. Николейшвили. Все операции прошли успешно. На открытии Конгресса с приветственным словом выступили Президент Ассоциации урологов Грузии, академик Академии наук Грузии, проф. Л.Г. Манагадзе, Президент Российского общества по эндоурологии и новым технологиям, проф. А.Г. Мартов, член-корреспондент РАН, главный уролог Москвы, проф. А.А. Камалов и И. Борчашвили.

В первый день Конгресса прошло три пленарных заседания: «Актуальные вопросы эндоурологии. Лекции обществ» (Российское общество по эндоурологии и новым технологиям, Российское общество урологов, Endourological Society), «Достижения грузинской эндоурологии», «Новое в диагностике урологических заболеваний».

Во второй день – одно пленарное заседание, посвященное педиатрической эндоурологии и лапароскопии. Также прошел индустриальный симпозиум, на котором фармацевтические компании представили свои последние исследования и достижения. Темой видеосессии стала «Эндоурология и новые технологии», в рамках которой было представлено несколько видеофильмов. После показа авторы фильмов отвечали на вопросы зрителей. 31 октября прошло три круглых стола: «Энуклеация ДГПЖ», «Практический курс: доступ при лапароскопической хирургии рака почки» и «Женская урология с позиции уролога и гинеколога: мои осложнения – твои осложнения».

Благодаря партнерству с Европейской секцией уротехнологий Европейской ассоциации урологов (ESUT EAU), в рамках «Первого интернационального и четвертого российского конгресса по эндоурологии и новым технологиям», врачам-урологам была представлена возможность пройти обучение на тренажерах и сдать экзамен-норматив по базовым лапароскопическим навыкам в урологии (E-BLUS) с выдачей международного сертификата. Основными задачами тренинг-курса были знакомство и отработка основных навыков лапароскопической хирургии: смещение тканей, позиционирование иглы под разными углами, интракорпоральный шов, наложение клипс, работа параллельными инструментами и др. Для этого экспертами европейской лапароскопии были разработаны и стандартизированы упражнения на время. В ходе последующих исследований была доказана эффективность данного подхода и сокращение кривой обучения навыкам лапароскопии. Сдача практической части экзамена прошла под руководством независимых специалистов, аккредитованных ESUT EAU.

Программа третьего, завершающего дня Конгресса была не менее насыщенной. Продолжились индустриальный симпозиум и видеосессия. Прошло несколько пленарных заседаний: «Панельная дискуссия: клинические сценарии», «Инновации в эндоурологии. ВМП», «Инновации в эндоурологии. НМП». Председателями симпозиума EAU/ESUT «Современная диагностика и лечение мышечно-неинвазивного рака мочевого пузыря» выступили J. Rassweiler (Германия), А.Г. Мартов, A. Bachmann (Швейцария). Дискуссии были посвящены таким темам, как «Тренинг в эндоурологии и лапароскопии», «Камни нижней чашечки почки. Как лечить?».

Завершилось мероприятие 1 ноября представлением следующего, Пятого российского конгресса по эндоурологии и новым технологиям, который пройдет в г. Ростов-на-Дону и Всемирного Конгресса по видеоурологии в Измире (Турция).

Сложно переоценить значение подобных мероприятий. Во-первых, они способствуют интеграции медицинских обществ, во-вторых, предоставляют возможность ознакомиться с новейшими тенденциями в урологии и, в-третьих, это повод просто встретиться и пообщаться!

Урология обязана быть вне политики

Эндоурология – наиболее динамично развивающийся раздел урологии. Нарастающий интерес к ней обусловлен в т.ч. и расширением спектра урологических заболеваний, при которых минимально-инвазивные методики диагностики и лечения необычайно эффективны. Конгрессы, посвященные данной теме, приобретают все более высокую значимость. В этом году «Первый интернациональный и четвертый российский конгресс по эндоурологии и новым технологиям» проходил в Батуми. О Конгрессе, а также работе и жизни урологов Грузии мы поговорили с Президентом Конгресса, Президентом Ассоциации урологов Грузии, академиком Академии наук Грузии, профессором Лаури Георгиевичем Манагадзе.

– Лаури Георгиевич, расскажите, каким образом осуществляется подготовка специалиста-уролога в Грузии?

– В настоящее время уже минуло 12 лет с тех пор, как мы перешли на Европейский стандарт подготовки урологов. По окончании института наши выпускники сдают экзамены, и наиболее успешные получают право быть зачисленными в резидентуру. До 2012 г. подготовка уролога по специальности происходила в течение пяти лет – вполне целесообразный период для специализации, учитывая, что профессия требует значительных умений и знаний, но столь долгий срок вызывал отток молодых специалистов, в связи с чем было принято решение сократить программу обучения до четырех лет. Наполненность программы и качество подготовки остались прежними, но даже при этом есть определенные трудности. Дело в том, что в России и в Украине обучение уролога специальности проводится в течение двух лет ординатуры, и, получив специализацию подобный образом, многие наши выпускники возвращаются в Грузию с действующим сертификатом врача-уролога. Конечно, существует программа обязательного подтверждения этого документа. Однако такое положение дел вызвало протест профессионального сообщества урологов Грузии. Теперь выпускники, получившие диплом в зарубежном ВУЗе, обязаны или сдать очень сложный экзамен, или проработать в течение года в одной из грузинских клиник, а в конце пройти аттестацию, подтверждая полученную квалификацию. А те, кто проходил обучение в нашей стране, стандартно являются выпускниками резидентуры. Как правило, они проходят стажировку в ведущих клиниках страны и имеют очень хорошую профессиональную подготовку. В частности, за нее отвечает наш Национальный Центр урологии Грузии, который по количеству клинической работы, объему проводимых операций, числу пациентов имеет очень большой опыт в подготовке профильных специалистов. Резидентура – это обучение на платной основе, что, к сожалению, делает ее малодоступной для некоторой части выпускников. Поэтому, в рамках нашего Национального Центра было принято решение создать самостоятельную образовательную структуру вне зависимости от медицинских ВУЗов, благодаря которой мы сможем принимать на обучение резидентов из малообеспеченных семей, которые помимо бесплатного обучения будут получать заработную плату за свою работу. Это очень важный момент. Таким образом мы будем оказывать поддержку молодому поколению и создадим достойную конкуренцию –

на таких условиях к нам будут стремиться лучшие из лучших, обеспечивая достойное будущее грузинской урологии.

– Скажите, а уже созданы стандарты оказания урологической помощи в Грузии? И используются ли в работе уролога стандарты и Рекомендации Европейской, Американской ассоциаций урологов?

– Европейские руководства носят рекомендательный характер, мы не можем обязать врача действовать согласно им. Однако в числе задач Национального общества урологов сейчас находится разработка Протоколов оказания урологической помощи, которые будут носить строго обязательный характер для исполнения. С одной стороны, это снимет разногласия в применяемых методиках, а с другой, сможет защитить врача, если его действия будут обжалованы пациентом в судебном порядке, что сегодня не редкость. Сейчас процесс разработки Протоколов, основой для которых служат Европейские руководства, достиг завершающей стадии. Конечно, отличия есть, к примеру после оперативных вмешательств онкологическим больным требуется проведение специальных исследований, которые не оплачиваются нашим государством, следовательно, прописав их в Протоколе ведения, мы заведомо поставим всех в очень сложное положение. Поэтому работа по созданию данного документа носит столь длительный характер. Мы должны четко спланировать – какие исследования будут носить обязательный, а какие рекомендательный характер.

– А каким образом осуществляется финансовое обеспечение пациентов, нуждающихся в урологической помощи? Полностью ли государство покрывает необходимые затраты?

– В настоящий момент все население Грузии имеет страховку для получения медицинской помощи. Пациент сам выбирает лечебное учреждение, куда за ним следует финансовый поток: что-то оплачивается частично, а что-то полностью. К примеру, трансплантация почки, гемодиализ оплачиваются стопроцентно. Однако цены за оказание основной массы услуг часто достигают своих минимальных значений, но сверхдорогие инновационные технологии, например робот «Давинчи», остаются недоступными для лечебных учреждений Грузии, у нас просто нет лишних денег, которые можно было бы вкладывать в его приобретение и эксплуатацию. Конечно, мы не страдаем от дефицита стандартного оборудования, и это ни в коей мере не сказывается на качестве и объемах оказания медицинской помощи, но в то же время, мы не можем себе позволить приобретение какого-либо передового оборудования, как это происходит в России.

– Как Вы относитесь к проведению крупных международных конгрессов, примером которых является нынешний Конгресс по эндоурологии?

– В Грузии регулярно проводят различные конгрессы и конференции. Само по себе подобное мероприятие для нас не в новинку, однако мы впервые столкнулись со столь грандиозными масштабами. Обычно на конференции с международным участием приезжали всего несколько западных специалистов, наших коллег из Армении, Азербайджана, Турции и крайне редко из России, возможно, в силу политических причин. То, что происходит в рамках текущего мероприятия, доставляет мне радость. В свое время я учился в Москве, закончил Первый медицинский институт, получил специализацию при Академии медицинских наук, а затем уехал работать на родину, поэтому разобщение, произошедшее в последующие годы, больно ранило мою душу. Получив предложение о проведении Конгресса, я был несказанно рад, потому что урология обязана быть вне политики. И я искренне надеюсь, что подобное мероприятие не станет приятным исключением, а, напротив, Грузия сможет занять полноправное место в проведении различных научных собраний, посвященных отдельным сегментам урологии, где мы смогли бы свободно делиться знаниями и опытом с нашими коллегами из соседних стран. Кстати, хочу рассказать такой факт: в 1991 г. на международной урологической конференции по кишечной пластике в урологии было представлено 7 научных докладов из СССР, и все 7 были из Грузии! Это был необычайный повод для гордости, что мои соотечественники обладают столь передовыми знаниями мирового уровня. Однако за последние 20 лет ситуация кардинально изменилась, мы не можем похвалиться такими же успехами, а вот уровень российской урологии, напротив, значительно вырос. Считаю, что такой прогресс произошел не только благодаря финансовым вложениям, но, прежде всего, из-за наступившей децентрализации системы специализации, открывшегося доступа к зарубежному опыту, возможности получения образования в Европе и США. Я рад успехам моих коллег, т.к. именно это обеспечило ускоренный прогресс урологии в Грузии. Мы всегда открыты для мира и общения.

– Вы на протяжении многих лет дружили и сотрудничали с Н.А. Лопаткиным, являетесь директором Института урологии в Грузии уже 30 лет. Как институт работает в настоящее время?

– Институт урологии в Грузии был создан на 20 лет раньше, чем в Москве. Его основатель, первый академик СССР А.П. Цулукидзе, был выраженным лидером советской урологии. Система Минздрава Грузии в советское время включала 21 НИИ разного профиля, но на сегодня выжил лишь один – Национальный Центр урологии Грузии. Если говорить о Николае Алексеевиче Лопаткине, то я вспоминаю его с очень теплыми чувствами как специалиста, наставника и своего старшего друга. Когда при мне говорят о его жестком характере, ничем кроме улыбки и недоумения ответить на это не могу. Николай Алексеевич был примером профессионала-уролога и доброго отношения к своим ученикам. О нем отзывались неоднозначно еще и по той простой причине, что он не боялся говорить правду, отмечать недочеты в работе. Например, в ходе своего визита в 1982 г. в Грузию Николай Алексеевич очень сильно раскритиковал работу НИИ Урологии в Тбилиси, но время показало, что критика была справедливой и оказала стимулирующее влияние на дальнейшее развитие грузинской урологии. Талант и искреннее отношение Н.А. Лопаткина к делу оказали большое положительное влияние на прогресс урологии в целом. Горжусь, что в 2002 г. на конгрессе в Бирмингеме я был избран вместе с ним почетным членом Европейского общества урологов.

– Лаури Георгиевич, Вы очень много работаете. Как Вам удается поддерживать и сохранять ваше мужское здоровье?

– Вы знаете, я не могу назвать себя здоровым человеком, но с мужским здоровьем у меня все в порядке! Чего я и желаю всем моим коллегам и участникам Конгресса.

Юлия Кулигина

Обучение уролога должно длиться всю жизнь

«Первый интернациональный и четвертый российский конгресс по эндоурологии и новым технологиям» в Батуми собрал значительное число участников. Наряду с темами, заявленными в рамках мероприятия, было затронуто немало проблем отрасли в целом. В частности, о том, чем живут урологи Армении, какие достижения и нужды стоят на их пути, нам рассказал Заслуженный врач РА, действительный член Академии медицинских наук Армении, Грузии, Российской академии естественных и медико-технических наук, д.м.н., профессор ВАК СССР, заведующий кафедрой урологии ЕрГМУ им. М. Гераци Иван Герасимович Агаджанян

- Иван Герасимович, на этом Конгрессе мы много услышали об успехах и проблемах Ваших грузинских коллег-урологов. Расскажите, а как обстоят дела с подготовкой урологических кадров в Вашей стране?

– Подготовка врачей-урологов всегда была из разряда «больных тем» в нашей республике. Решился этот вопрос лишь в 1991 г., когда была создана первая в Армении университетская клиника урологии на базе хирургии института Микаэлян. В этой клинике работали только кафедральные сотрудники и резиденты, к работе не допускались ординаторы и прочие специалисты, не имеющие отношения к лечебной и научно-исследовательской работе, т.е. клиника была целиком направлена на то, чтобы в течение 3–5 лет выпускник ВУЗа мог получить специализацию по урологии. В основу такого метода обучения была положена система резидентуры США. Организации подобных структур я обучался еще в 1989 г. в Бостоне, в Гарвардской Школе медицины. Создание системы резидентуры – наиболее верный путь для получения специализации, врач – это самостоятельная личность, его необходимо насытить знаниями, он должен жить своим делом без отрыва от процесса обучения (для своих резидентов мы предоставляли отдельное жилье при нашей клинике), ординатура – абсолютно неравноценная замена. Обучение в резидентуре платное, на весь его срок врачу помимо оборудованного места работы и проживания предоставляется личный куратор – старший врач, который полностью отвечает за процесс обучения будущего специалиста. Особый предмет гордости Университетской клиники – библиотека, она была создана благодаря финансовой поддержке армянской общины из США. В библиотеке собраны лучшие учебники, пособия, протоколы и монографии по урологии. Обязательным условием обучения в резидентуре является изучение английского языка как необходимого навыка, без которого невозможно адекватное общение в современном медицинском мире. Кроме того, большинство моих соотечественников живут за рубежом (около 7 млн человек, и лишь 3 млн армян – жители Армении), поэтому вторым шагом была организация Международной Ассоциации урологов, которую создали в 1991 г. на базе Научно-медицинского общества урологов. Сегодня

членами этой ассоциации являются урологи из США, Франции, России, Ближнего Востока. Таким образом, самые передовые урологи армянского происхождения из разных стран мира составляют основу организации и служат отличным примером для молодых врачей-резидентов. Резиденты видят результаты работы этих специалистов, ориентируются на уровень их знаний, личностные качества, что способствует становлению резидента как самостоятельно думающего, ищущего знаний и развития врача.

Таким образом, кафедра урологии, ведущие специалисты мира и политика Минздрава обеспечивают развитие урологии в нашей республике. Конечно, у каждого звена есть свои обязанности: главный уролог находится в курсе проблем и чаяний направления, сообщает о них правительственным кругам, кафедра занимается научно-методической работой, проводит обучение, организует повышение квалификации, курсы, лекции, научные мероприятия, а ведущие специалисты мира консультируют своих коллег по различным спорным вопросам. Единственным слабым звеном является отсутствие лицензирования медицинской деятельности. Приведу такой пример: если в США проходит Национальный урологический конгресс, то его посещаемость крайне высока – свободных мест нет, потому что участие в этом мероприятии дает врачам возможность получения кредитов. Каждая прослушанная лекция, семинар дают право на кредит, если уролог в США не набирает 50 подобных кредитов, он не получает лицензию и может лишиться работы, поэтому они вынуждены посещать все эти мероприятия. На каждом конгрессе в США есть система бесплатных утренних и вечерних лекций (early morning/late evening), посетив которые врач получает кредит. У нас нет ничего подобного, поэтому посещаемость научных конгрессов оставляет желать лучшего. Мы пытаемся внедрить схожую систему, но пока имеется много сложностей. Это правильное направление развития – лицензии достоин только тот врач, кто обладает глубокими знаниями и умениями, т.е. квалифицированный специалист. Надеюсь, что данный подход удастся реализовать в России с ее стройной системой организации урологической службы. Это был бы тот пример, на который мы смогли бы равняться.

- Сейчас идет много разговоров о создании национальных Протоколов, стандартов оказания урологической помощи. Как с этим обстоит дело в Армении? Какие рекомендации используют в работе ваши урологи?

Каким образом создаются рекомендации? К примеру, Национальная ассоциация урологов решает создать стандарты по ведению пациентов с мочекаменной болезнью. Для этого собираются все передовые знания за последние пять лет по данному вопросу (монографии, лекции, исследования, обзоры). Все авторы этих публикаций группируются в т.н. «панель авторов», выпустивших наиболее значимые научные труды по текущему вопросу, именно им поручается создание Протокола. Через несколько лет, ситуация повторяется – опять собирается «панель авторов», которые создают новый Протокол, благодаря чему этот документ постоянно обновляется. Протокол – это как Устав в армии, но помимо дисциплины в исполнении обязанностей он еще носит и защитный характер для врача в спорных случаях лечения. Кроме того, обязательно должна быть создана комиссия, которая бы проверяла соответствие работы врача последовательности, указанной в Протоколе. К примеру, такая комиссия существует в США, и в ходе ее недавней проверки выяснилось, что 40% врачей в США работают не по Протоколу, такая ситуация была рассмотрена как угроза престижу нации, после чего последовали довольно жесткие меры контроля. Наши урологи пользуются Протоколами Европейской и Американской ассоциаций урологов, есть несколько Протоколов, созданных отечественными специалистами. Эти документы также призваны способствовать повышению качества оказания урологической помощи.

Таким образом, лицензирование медицинской деятельности, Протоколы ведения пациентов и понятие «хорошей медицинской практики» (good medical practice), которая четко определяет, как следует проводить диагностику и лечение, обеспечивают высококачественную медицинскую помощь.

Сегодня невозможно закончить медицинский ВУЗ и просто работать, для надлежащей квалификации необходимо т.н. «continuing medical education» – обучение длиною в жизнь, только оно способно дать возможность врачу избежать ошибок в работе и качественно исполнять свои обязанности.

- Скажите, на Ваш взгляд, какая основная проблема объединяет систему урологической помощи Грузии, России и Армении?

Общая проблема всех наших стран – это недостаточное внимание к дальнейшей судьбе пациента после выписки из стационара. В США, если врач, проводивший сложное хирургическое вмешательство, не следит за состоянием здоровья своего пациента посредством звонков, опросников, контакта с амбулаторным звеном, его могут лишить лицензии! Это нормальная практика, она полностью соответствует кодексу этики врача. У нас в Армении существует такой Кодекс этики врача-уролога, он заимствован из американского. Он наравне с лицензией и кредитованием обязан способствовать высокому уровню специалиста-уролога.

- Иван Герасимович, насколько развит в Армении «частный сектор» урологической помощи?

В последнее время медицина стала полноправным коммерческим сектором, и урология – не исключение. Сегодня ничто не мешает грамотному специалисту открыть свой кабинет, купить необходимое оборудование и начать практику. Причем ответственность врача в частном секторе гораздо выше, чем в государственном. Соответственно, и уровень его знаний обязан быть на высоком уровне, что является гарантией качества работы. Но, как и прежде, ни один частник не хочет заниматься тяжелым больным – это прерогатива государственного сектора. Поэтому эти два направления должны развиваться параллельно, но «кузница кадров» обязана находиться в руках государства.

- Как часто в Армении проходят международные урологические конгрессы, конференции?

В Армении ежегодно в конце сентября проходит Конгресс урологической ассоциации с международным участием, куда обычно приглашаются урологи из зарубежных армянских диаспор. В течение года силами Ассоциации проводятся урологические школы, куда также могут приглашаться иностранные специалисты, что повышает уровень терапии в целом. Основная ответственность за их организацию, востребованность и актуальность во многом возложена на главного уролога с учетом его умения вовремя видеть слабые места и исправлять сложившуюся ситуацию.

Еще один важный момент – повышение грамотности населения в плане урологических проблем с помощью СМИ, пациенты должны сами понимать и различать моменты, когда нужно обращаться к врачу, в чем заключаются опасность самолечения. Пациенты в США, к примеру, очень подготовлены в этом смысле, зачастую можно наблюдать картину, когда на прием к врачу попадает больной, который собрал и изучил массу сведений о своем заболевании. Поэтому врач должен быть на голову осведомленнее и грамотнее своего пациента. Только в глубоких профессиональных знаниях и умениях заключается будущее и успех современной урологии.

Юлия Кулигина

От редакции:

8 августа этого года Иван Герасимович Агаджанян отпраздновал свой 75-й день рождения. Редакция и читатели газеты «Московский уролог» от всей души поздравляют юбиляра со столь знаменательной датой. Желают ему крепкого здоровья, активного долголетия, а также новых успехов на профессиональном поприще. Мы ценим Вас как талантливого врача-уролога, успешного организатора и человека большой души, который искренне предан делу своей жизни – урологии.

Российская эндоурология во многом превосходит базовые западные школы

В конце октября – начале ноября 2014 г. в г. Батуми прошел «Первый интернациональный и четвертый российский конгресс по эндоурологии и новым технологиям». Об итогах его проведения и перспективах развития эндоурологии в России корреспондент нашей газеты Юлия Головина беседовала с Президентом Российского общества по эндоурологии и новым технологиям, заслуженным врачом РФ, заведующим отделением урологии ГКБ №57 г. Москвы, заведующим кафедрой урологии ИПК ФМБА, профессором кафедры эндоскопической урологии РМАПО, д.м.н. Мартовым Алексеем Георгиевичем.

– Почему для проведения Конгресса по эндоурологии была выбрана Грузия и город Батуми? Как прошел Конгресс? Каковы его основные итоги?

– Это был четвертый российский Конгресс и, учитывая наши обширные профессиональные связи и глубокое уважение к коллегам из стран СНГ, мы решили провести первый интернациональный Конгресс. Батуми мы выбрали по совету Лаури Георгиевича Манагадзе, главного уролога Грузии. Город в последнее время очень серьезно перестроился, появилась современная инфраструктура. Еще одним очень существенным конкурентным преимуществом стало то, что в Батуми есть клиника «Медина» с возможностями всемирной телекоммуникации.

Мне сложно оценивать то, как прошел Конгресс, потому что я являлся одним из его организаторов. Но со слов гостей, организация и содержание научной программы были очень достойными. Конгресс посетили представители практически всех стран СНГ: Украины, Белоруссии, Литвы, Таджикистана, Киргизстана, Казахстана, Туркмении, Азербайджана, Армении, Молдавии и др. Дальнее зарубежье было представлено урологами из Турции, Германии, Швейцарии, США.

Основной особенностью Конгресса стало то, что 30 и 31 октября мы проводили реальные трансляции живых операций, все они прошли удачно. Операции проводили не только российские специалисты, но и грузинский уролог Д. Николейшвили. В большей степени проведение Конгресса было направлено на то, чтобы встретиться с урологами из бывшего СССР. Приехали молодые специалисты из этих стран. Ведь самое главное – это коммуникация. Все основные современные достижения мы донесли, показали, обсудили.

– Вы были на Всемирном конгрессе по эндоурологии в Китае. Не могли бы сказать несколько слов об этом мероприятии? Чем оно запомнилось?

Уже много лет я являюсь делегатом от России во Всемирном эндоурологическом обществе. В этом году в Китае мы впервые организовали так называемый joint – совместное заседание Всемирной организации по эндоурологии и Российского общества, которое длилось 3,5 часа. Участвовали в мероприятии основатели эндоурологии А. Смит и Р. Клайман,

человек, сделавший первую лапароскопическую нефрэктомию.

С нашей стороны присутствовали несколько человек, мы представили свои доклады. В результате на следующем конгрессе в Лондоне мы уже будем записными участниками, что дает ряд преимуществ. В общем, во Всемирную организацию по эндоурологии мы влились. В подтверждение этому могу добавить, что А. Смит был на двух российских эндоурологических конгрессах, а на последний он прислал своего ученика З. Ахунова, который делал доклад о взаимодействии Всемирного и Российского обществ по эндоурологии.

По тематике Конгресса могу сказать, что какой-то новой актуальной информации было не так много. Практически все, что делается в мире по эндоурологии и новым технологиям, есть и в России. Другое дело, что это не так повсеместно распространено. Мы не отстаем, а в чем-то даже превосходим те базовые школы, которые являются основными источниками для написания научных статей во всемирно известных урологических журналах: Journal of endourology, Journal of urology и т.д. У нас есть направления, которые довольно серьезно развиты и по лапароскопии, и по эндоурологии, и по трансуретральной хирургии, и по перкутанной хирургии. Единственное, в чем мы можем уступать, это в инновационных разработках, применимых в урологии, а также в знании английского языка. Хотя насколько я знаю, уже готов к показу отечественный робот. Технически мы немного отстаем, но не профессионально и не по оперативному мастерству.

– Как Вы относитесь к проведению таких крупных международных конгрессов?

Здесь нужно четко отдавать себе отчет, чему посвящено мероприятие и зачем люди на него едут. Посетить все конгрессы очень сложно, да и не нужно. На некоторых из них, особенно крупных, преподносятся базовые вещи. Но с другой стороны, множество инновационных моментов освещается на конгрессах Европейской (EAU), Американской (AUA), урологических ассоциаций и Всемирном конгрессе Международного общества урологов (SIU). Европейский конгресс всегда немного отставал от американского, но сейчас он набрал обороты, на него приезжают до 6–8 тыс. участников. Для сравнения: в американском конгрессе участвуют до 10 тыс. специалистов. Всемирный конгресс имеет большую обучающую направленность, он ориентирован на развивающиеся страны.

Мы проводим свой конгресс раз в два года, т.к. медицина не бежит семимильными шагами. За четыре конгресса мы ни в чем не повторились, всегда находили какие-то новые острые темы даже в рамках одной нозологии. Например, на одном из конгрессов рассматривалась проблема, как лечить крупные камни в мочеточниках (трансуретрально, перкутанно, лапароскопически, дистанционно дробить). На следующем разбирали крупные коралловидные камни, сейчас заострили внимание на лечении камней нижней чашечки. И это касается всех аспектов, которыми занимается эндоурология.

– Каковы перспективы развития эндоурологии в России?

Как я уже говорил, уровень развития эндоурологии в России довольно высокий. Мы не только соответствуем Европе, но и провели в рамках Конгресса две европейских программных школы. В EAU есть общество по новой технологии (ESUT – The EAU Section of Uro-Technology). В рамках этого общества мы совместно с профессором Е. Рассвайлером (Германия) провели клиническое заседание по раку мочевого пузыря, а профессор Э. Галлямов и его интернациональная команда провели треннинг по лапароскопии. Двадцать курсантов прошли реальное обучение на тренажерах. Практические занятие вели лапароскопические хирурги мирового уровня, например профессор Тунч (Турция).

Перспективы развития эндоурологии в России очень серьезные. Начиная с 90-х гг. прошлого века, мы вместе с А.А. Камаловым и другими энтузиастами прикладываем очень большие усилия для этого. На сегодняшний день эндоскопические и эндоурологические вмешательства проводятся не только в крупных городах России, но в средних и мелких. Это в большей степени зависит от врачей-энтузиастов. Если они хотят, то начинают этому учиться. Подготовкой кадров мы занимаемся с 1991 г., когда я стал заведующим отделом эндоурологии и новых уротехнологий в Научно-исследовательском институте урологии МЗ РФ. В год у нас было до 80–100 слушателей. За последние 10 лет эндоурология в стране получила очень серьезное развитие, особенно лапароскопия и высокотехнологичная эндоскопическая хирургия, серьезный вклад мы внесли и в обучение специалистов.

– Как Вы считаете, что ждет лапароскопическую и роботизированную хирургию в нашей стране?

– Лапароскопия и роботизированная хирургия входят в общее понятие эндоурологии, хотя и существуют отдельные общества. По большому счету, все эти направления объединены в эндоурологическом обществе. Примером является совокупный мировой журнал Journal of endourology. Я считаю, что будущее урологии за лапароскопией для нестандартных вмешательств и за эндоурологией – для рутинных. Роботизированная хирургия – это новое направление, которое тоже имеет огромные перспективы. С развитием техники она станет более дешевой, а на практике это приведет к тому, что нужны будут те же знания и умения те же, даже талант тот же, но реальная физическая работа урологов-хирургов для выполнения тех или иных операций будет облегчена. И появятся новые возможности. Например, уже сейчас реально проводить операции дистанционно: хирург – в Москве, а пациент – в Нижневартовске. Естественно, что рядом с этим пациентом должен находиться доктор, но фактически он является помощником.

– Ваше отношение к лазерной хирургии доброкачественной гиперплазии предстательной железы, каковы ее перспективы в России?

Лазер хорош своим многофункциональным применением (для контактного дробления камней, выпаривания опухоли, разрезания тканей). Лазерная энуклеация – это новый способ радикального оперативного лечения аденомы. Первое преимущество этой технологии в том, что она дает гораздо бóльшие возможности, второе – несколько снижается кровопотеря. Недостаток энуклеации в том, что стоимость ее высока. И хирургию одного дня в этом случае все же не считаю правильной. Эта операция не очень длительная, но она сложнее, чем обычная трансуретральная резекция.

Что касается лазерной вапоризации, это ветвь промежуточная, она не плоха, но нужно понять, каким пациентам она показана. Это самый простой способ хирургии, но результаты не очень предсказуемы. У некоторых пациентов в послеоперационном периоде наблюдается дизурия, больные плохо мочатся, отходят сгустки крови, причем на протяжении довольно длительного времени после операции. Надо понять, какой тип лазера использовать для вапоризации, чтобы не было этих мучительных последствий в послеоперационном периоде.

– И последний, традиционный вопрос. Как Вам удается поддерживать и сохранять Ваше мужское здоровье? Что Вы посоветуете нашим читателям?

– К мужскому здоровью у меня своеобразное отношение. Считаю, что Бог в тебя заложил, тому в большей степени ты и соответствуешь. Но для всех тех, кто хочет продлить свое мужское здоровье, могу дать стандартные рекомендации. Побольше отдыха, поменьше стрессов, полный отказ от алкоголя, правильное питание, что для хирургов сложно. Общие принципы здорового образа жизни я поддерживаю. Но либо ты встаешь в 5.20, на работу приезжаешь к 7.00, а дома ты только в 10.00 вечера, на ходу перехватываешь что-то (это мой стандартный образ жизни), либо ты утром едешь в бассейн, к 10 на работу, но это уже не я – это другой человек.

К 55-летию Алексея Георгиевича Мартова

Заслуженному врачу РФ, заведующему отделением урологии ГКБ №57 г. Москвы, доктору медицинских наук, профессору, заведующему кафедрой урологии ИПК ФМБА, профессору кафедры эндоскопической урологии РМАПО, Мартову Алексею Георгиевичу исполнилось 55 лет.

Мартов Алексей Георгиевич родился в 1959 г. В 1982 г. закончил 1 Московский медицинский институт им. И.М. Сеченова по специальности «лечебное дело». В 1985 г. закончил Московский ордена Дружбы народов государственный педагогический институт иностранных языков им. Мориса Тореза (факультет ВФСДС, английский язык). Женат, имеет двух сыновей 20 и 13 лет.

С 1979 по 1982 г. работал лаборантом, затем фельдшером отделения скорой и неотложной помощи 1 поликлиники 4 Главного Управления при МЗ СССР, с 1982 по 1987 г. обучался в ординатуре, затем в аспирантуре на кафедре урологии и оперативной нефрологии 2 Московского Ордена Ленина государственного медицинского института им Н.И. Пирогова.

С 1987 по 2008 г. работал в Научно-исследовательском институте урологии МЗ РФ сначала в должности младшего, затем старшего научного сотрудника, с 1991 г. – в должности заведующего отделом эндоурологии и новых уротехнологий, а с 2006 г. – заместителем директора института. В 1987 г. защитил кандидатскую, а в 1993 г. – докторскую диссертацию. С 1995 г. имеет высшую врачебную квалификационную категорию по специальности «Урология», в 2000 г. присвоено ученое звание профессора, с 2001 по 2004 г. являлся Главным внештатным урологом Министерства Здравоохранения РФ. В 2001 г. был избран членом-корреспондентом Российской академии естественных наук (РАЕН), в 2009 г. – академиком Академии медико-технических наук. В 2005 г. присвоено звание Заслуженный врач Российской Федерации.

Слева направо: Манагадзе Лаури Георгиевич, Мартов Алексей Георгиевич

В 2008 г. перешел на работу в ГКУБ №47 г. Москвы, где до 2012 г. работал в должности заведующего отделением эндоскопической урологии, после закрытия больницы занял пост заведующего отделением урологии ГКБ №57, где и работает по настоящее время.

Основными направлениями лечебной и научной работы А.Г. Мартова являются разработка и определение диагностических и лечебных возможностей новых технологий в урологии, разработка и внедрение малоинвазивных и нетравматичных оперативных пособий для лечения урологических заболеваний. С 1991 г. руководит школой обучения по эндоурологии, в которой подготовлено свыше 500 специалистов из России и СНГ. Имеет более 700 научных работ, 3 изобретения, 2 рационализаторских предложения, 10 методических рекомендаций, автор и соавтор 15 монографий, в т.ч. международных, а также учебника и Национального руководства по урологии, трех компъютерных монографических компакт-дисков по специальности.

Под руководством А.Г. Мартова успешно защищено 34 кандидатских и 3 докторских диссертации, проведены крупные международные клинические исследования. Алексей Георгиевич выступает с научными докладами и показательными операциями в стране и за рубежом, принимает активное участие во всероссийских и международных урологических симпозиумах, конгрессах, съездах. Профессор А.Г. Мартов является заместителем Председателя Российского общества урологов, Президентом Российского общества по эндоурологии и новым технологиям, заместителем Главного редактора журнала «Урология», членом редакционного совета «Международного журнала медицинской практики», «Диагностическая и интервенционная радиология», «Московского хирургического журнала», действительным членом Всемирной, Американской и Европейской урологических ассоциаций (SIU, AUA, EAU), а также Всемирной ассоциации эндоурологов (Endourological Society), где он много лет является делегатом от России, а также Почетным членом Азербайджанской и Грузинской урологических ассоциаций.

В области эндоскопической урологии А.Г. Мартов является признанным авторитетом в нашей стране и за рубежом, одним из немногих отечественных хирургов-урологов, кого приглашают для выполнения показательных операций на ведущих урологических форумах. Он неоднократно показывал свое мастерство на конгрессах Европейской урологической ассоциации, Всемирной ассоциации эндоурологов и других урологических съездах и конференциях во Франции, Германии, Швеции, Турции и др. А.Г. Мартов избран экспертом Европейской урологической ассоциации по секции новых уротехнологий (ESUT), где ведет активную работу по международному сотрудничеству, внедрению новых уротехнологий в практику Московских и Российских урологов, обучению молодежи.

В 2013 г. А.Г. Мартов стал победителем ежегодного фестиваля московских медиков «Формула жизни» в номинации «Лучший специалист года» по урологии.

Алексей Георгиевич является организатором и сопредседателем «Первого интернационального и четвертого российского конгресса по эндоурологии и новым технологиям», который был блестяще проведен с 30 октября по 1 ноября в г. Батуми, Грузия.

Сотрудники клиники, кафедры, друзья и редколлегия газеты поздравляют Алексея Георгиевича и желают ему счастья, доброго здоровья, профессиональных успехов, творческого долголетия и семейного благополучия.

Четыре поколения врачей Казанских

В этом году исполнилось 75 лет профессору И.В. Казанской, главному научному сотруднику НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И. Пирогова на базе ДКБ №9 им. Г.Н. Сперанского, председателю Межрегиональной общественной организации детских урологов-андрологов России. Ирина Валерьевна продолжает активно работать как клиницист, ученый и организатор здравоохранения. Об этом она рассказала в интервью корреспонденту газеты Александру Рылову.

- Расскажите, пожалуйста, о Вашей семье.

- Свою фамилию мой дедушка, Иван Казанский, получил по названию церкви Храма Казанской иконы Божьей Матери, где он был священником. Приход находился в селе Тургенево на границе Тульской и Орловских губерний, принадлежавшем дворянскому роду Тургеневых. Этим имением владел отец знаменитого писателя. Дедушка родился уже после того, как Иван Сергеевич умер. Но в своем отношении к крестьянам, а сельский батюшка Иван Казанский отлично знал их жизнь, любил их и помогал, чем мог, мой дед поступал так, словно следовал заветам своего великого земляка. У моего деда было 11 детей и всем им он помог получить образование. Мой отец, Валерий Казанский, в 1919 г. закончил Военно-медицинскую академию, стал военврачом 5-й Красной армии Восточного фронта. В 1931 г., еще работая в Средней Азии, отец защитил кандидатскую диссертацию, а в 1935 г. выпустил свою первую монографию. Через 2 года, когда он уже преподавал хирургию во 2-м Московском медицинском институте, он влюбился в свою студентку. У них сложилась счастливая семья, детей было трое – это я и два моих брата, которые стали инженерами. Отец и мать многие годы проработали вместе. В октябре 1941 г. они оперировали раненых красноармейцев в подвале I-й Градской больницы, а потом из последних сил поднимались на несколько этажей вверх, в квартиру учителя моего отца, выдающегося хирурга, академика С.И. Спасокукоцкого, там мои родители жили в то время. После разгрома фашистов под Москвой отец стал главным хирургом этой больницы, где развернулся фронтовой госпиталь. После войны отец, кроме большой лечебной работы, продолжал заниматься наукой. Он создал ряд приоритетных методик оперативного лечения рака пищевода, одним из первых в СССР начал применять новые методы – эндотрахеальный наркоз и гипотермию. Заслуженный деятель науки РСФСР, профессор В.И. Казанский умер в 1987 г., пережив маму на семь лет.

- Как Вы выбрали медицинскую специальность урология?

- С детских лет у меня не было сомнений в выборе профессии, конечно, хирургия! Что же касается специальности внутри хирургии, то здесь я последовала совету отца, который предложил мне стать детским урологом. Закончив 2-й Московский медицинский институт им. Н.И. Пирогова, я поступила в ординатуру. Моим учителем был С.Я. Долецкий, детский хирург, академик АМН СССР. Уже тогда, в середине 1960 г., Станислав Яковлевич понимал, насколько важно для здоровья подрастающего поколения наличие в стране квалифицированных детских урологов. Итак, вместе с тремя молодыми врачами я под его руководством специализировалась в области детской урологии. После ординатуры я три года проработала в московской детской ГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова. На ее базе лечили детей с урологическими заболеваниями. Это были очень непростые для меня годы. Я не сразу сумела выстроить отношения с коллегами в новом для меня коллективе, не сразу поняла, что моих знаний и опыта, пусть и полученных в школе одного из лучших детских хирургов страны, еще недостаточно для того, чтобы стать квалифицированным специалистом. К счастью, наши отношения постепенно наладились, и сегодня я с глубокой благодарностью вспоминаю моих коллег, у которых я училась мастерству хирургических операций, особенностям диагностики и консервативного лечения детей с урологическими заболеваниями, и что еще очень важно – умению работать в команде, ценить советы сотрудников и в то же время всегда приходить им на помощь в сложных клинических ситуациях.

- Вы не забыли Вашу первую самостоятельную операцию?

- Конечно! Это была 8-летняя девочка с врожденным пороком развития: удвоенной почкой, причем один из мочеточников впадал во влагалище. Необходимо было установить анастомоз между этим мочеточником и другим, нормальным, через который моча попадала в мочевой пузырь. Сразу после операции нельзя было понять, удалось ли восстановить прохождение мочи по «правильному» пути, методы обследования тех лет позволяли это сделать лишь через 7–8 дней. Я очень волновалась эту неделю, и почти каждый день нам звонил встревоженный отец девочки. К счастью, операция прошла успешно.

- А Вы можете назвать кого-то из Ваших коллег, детских урологов, с которыми Вы работали в Филатовской больнице?

- Прежде всего, отмечу заведующую хирургическим отделением Филатовской больницы О.В. Благовещенскую и детского хирурга и уролога, профессора В.М. Державина (1928–1993). В 1967 г. его пригласили возглавить хирургическую клинику в только что организованном на базе ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского Московском НИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РСФСР. Вальтер Михайлович предложил мне стать сотрудником его отдела, и я согласилась. С тех пор уже 47 лет я работаю в этом Институте, уточню, что уже год он действует в составе РНИМУ им. Н.И. Пирогова и носит название НИИ хирургии детского возраста.

- Расскажите, пожалуйста, об основных направлениях Вашей научной работы.

- Обе мои диссертации, кандидатскую и докторскую, которые я защитила в 1971 и 1987 гг., были посвящены взаимосвязи пиелонефрита и пороков развития у детей, особенностям развития этих патологий, их хирургическому лечению. Если же говорить об общих направлениях научных исследований, которыми я продолжаю заниматься уже с моими многочисленными учениками и коллегами, то сегодня это не только пороки развития и воспалительные уро- и нефрологические патологии у детей, но и тема, относящаяся к современной высокотехнологичной медицине.

Я говорю о пренатальной диагностике врожденных расстройств у детей, которую сегодня можно успешно проводить с помощью УЗИ-оборудования уже на 20–30-й неделях беременности, и о хирургическом лечении детей с пренатально выявленными нарушениями развития мочеполовой системы. Чаще всего среди таких патологий у детей выявляется стриктура лоханочного мочеточника сегмента, которая становится причиной гидронефроза. Хирургическое лечение детей с урологическими заболеваниями сегодня изменилось разительно по сравнению с тем, что было в годы моей молодости. В нашей практике число открытых операций сократилось более чем на 70%, на смену им пришли малоинвазивные эндоскопические вмешательства. Например, при врожденной стриктуре мочеточника поток мочи восстанавливается с помощью стента, подобного тому, который применяется в кардиологии. Но у части таких детей врожденный порок, как и вызванный им гидронефроз, способен к регрессу к возрасту до полутора лет. Поэтому вопрос – нужна ли здесь операция – очень сложный, решаемый всегда индивидуально.

- Вы продолжаете участвовать в решении таких вопросов?

- Поверьте, что я решаю не только эти, но и многие другие вопросы, в т.ч. и относящиеся к лечению мальчиков и подростков, у которых, обычно по причине врожденных пороков, есть нарушения детского репродуктивного здоровья. Практически ежедневно я веду консультативный прием детей в хирургическом отделении ГКБ им. Г.Н. Сперанского, читаю лекции на кафедре педиатрии и школьной медицины ФУВ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, много времени уделяю Межрегиональной общественной организации детских урологов-андрологов России. Я и мои единомышленники создали ее в 2007 г., через 3 года после того, как в РФ была официально зарегистрирована отдельная субспециальность — детская урология-андрология. Сейчас в нашей организации уже более 700 членов. Всего же сегодня в России на базе разных лечебно-профилактических учреждений действует около 40 урологических отделений для детей.

- При такой нагрузке Вы успеваете уделять время и Вашей семье?

- Стараюсь изо всех сил! Мой муж, профессор, доктор экономических наук, отлично меня понимает и в домашних делах основную нагрузку берет на себя. Он был директором Института управления в социальной сфере, сейчас он продолжает работать в этой же организации. Мой сын по образованию педиатр, он руководит филиалом одной из поликлиник. Внук защитил кандидатскую диссертацию в области IT-технологий, он работает в фирме и преподает в ВУЗе. Внучка скоро окончит медицинский институт. Верю, что она станет хорошим доктором и уже в четвертом поколении продолжит медицинскую традицию нашей семьи.

Два юбилея Рохликова Игоря Михайловича

Так совпало, что в январе 2015 г. Рохликов Игорь Михайлович отмечает сразу два юбилея: свое 50-летие и 20-летие работы в должности Окружного уролога ЦАО г. Москвы. О профессиональном пути Игоря Михайловича и успехах на этом поприще с ним беседовал корреспондент нашей газеты Юлия Кудрявцева.

– Почему Вы выбрали именно эту, такую непростую профессию?

– Я пошел по родительским стопам, мама работала терапевтом, заведовала отделением, отец – зубным врачом. Родился я 17 января 1965 г. в городе Полоцк Белорусской ССР. Детство и школьные годы прошли на Смоленщине. В 1982 г. поступил на 1-й курс лечебного факультета Смоленского государственного медицинского института и в 1988 г. окончил его с отличием. После этого последовали 2 года напряженной учебы в клинической ординатуре в СГМИ на базе урологических отделений Смоленской областной клинической больницы.

– Чем запомнились эти годы?

– Система подготовки клинических ординаторов в « периферийных» ВУЗах в те годы во многом отличалась от Московских клиник, где мне в последующем довелось работать. Бóльшая часть времени проходила в операционной. На первом году обучения я был единственным ординатором в клинике, поэтому приходилось ассистировать практически на всех операциях. На втором году ординатуры я уже самостоятельно выполнял чреспузырные аденомэктомии, операции при нефроптозе, пиелолитотомии, практически все «малые» урологические операции, при ассистенции старших коллег выполнил несколько нефрэктомий. Большое внимание уделялось теоретической подготовке. В те годы не было интернета, несколько раз в неделю приходилось посещать медицинскую библиотеку. Доклад истории болезни на утренней конференции всегда был маленьким экзаменом. Курация больных, ведение палат, ночные дежурства в «скоропомощной» больнице, консультации пациентов в других отделениях, освоение методов обследования урологических больных, операции, семинары и клинические разборы помогли мне за 2 года стать врачом, способным работать самостоятельно.

– Игорь Михайлович, как начался Ваш профессиональный путь?

В августе 1990 г. после окончания клинической ординатуры по распределению я был направлен в распоряжение ГУЗМ (Главного Управления Здравоохранения г. Москвы) и в течение года работал врачом-урологом Городской больницы №17 Солнцевского ТМО. С октября 1991 по февраль 1993 г. судьба связала меня с Городской Клинической больницей №64. Поступил в аспирантуру на кафедре урологии и оперативной нефрологии РУДН им. П. Лумумбы под руководством проф. В.Е. Родомана. Моими наставниками были доценты В.П. Авдошин и М.И. Андрюхин. Однако вскоре, по предложению зав. урологическим отделением С.Н. Шехтмана, я перешел на заочную форму обучения в аспирантуре РУДН и начал работать врачом-урологом ГКБ №64. С того времени я с большим уважением отношусь к

врачам, работающим в «скоропомощных» отделениях больниц.

В феврале 1993 г. проф. В.Е. Родоман познакомил меня с заведующим кафедрой урологии и оперативной нефрологии лечебного факультета РГМУ им. Н.И. Пирогова, проф. В.Я. Симоновым, одним из пионеров развития эндоурологии в нашей стране. Он пригласил меня на должность ассистента кафедры на базе Госпиталя ветеранов войн №2. Практически каждый день на кафедру приходили группы студентов-медиков. Пришлось осваивать профессию педагога. В этом мне очень помогали доценты кафедры Ю.М. Захматов и Г.И. Варенцов. Ведение занятий, чтение лекций, прием зачетов были мощным стимулом для самообразования. В течение 2 месяцев в 1993 г. я прошел стажировку в одной из урологических клиник Западной Германии и пригороде Кёльна (город Бергиш Гладбах, больница Св. Марии). Там мне посчастливилось впервые ассистировать на операциях – радикальной простатэктомии, цистэктомии с кишечной пластикой мочевого пузыря, поскольку в нашей стране в то время эти операции практически нигде не выполнялись.

– Почему Вы переключились на практическое здравоохранение?

– Вернувшись со стажировки, на базе ГВВ №2 я продолжал вести преподавательскую, научную и лечебную работу. Однако после внезапной смерти летом 1993 г. проф. В.Я. Симонова многое на нашей кафедре изменилось. С новым заведующим объединенной кафедры урологии РГМУ проф. Е.Б. Мазо отношения у сотрудников нашего филиала, в т.ч. и у меня, честно говоря, не сложились. Кандидатскую диссертацию, о которой я мечтал еще с момента поступления в аспирантуру, я не защитил. Моя стремительно развивавшаяся научная карьера вдруг остановилась, и в феврале 1995 г. я принял решение уйти с кафедральной работы в практическое здравоохранение. И вот уже 20 лет, с 20 февраля 1995 г. и до настоящего времени, я являюсь окружным внештатным специалистом урологом Центрального административного округа (ЦАО) г. Москвы.

– Каковы основные направления и итоги Вашей работы на этой должности?

– Осенью 2008 г. по приказу Департамента Здравоохранения г. Москвы в ЦАО нужно было создавать Окружное урологическое отделение, и с 3 октября 2008 г. я перешел на работу в Городскую поликлинику №68 УЗ ЦАО. Для размещения ОУО ЦАО были выделены необходимые помещения, закуплена медицинская техника, подобраны квалифицированные кадры врачей-урологов. В Окружном отделении активно осваивались и внедрялись в практику «стационар-замещающие» методы диагностики и лечения урологических заболеваний. За год в наше отделение по направлениям урологов 27 городских поликлиник обратились более 1 800 первичных пациентов, было выполнено более 60 операций, более 50 сеансов дистанционной литотрипсии, около 300 трансректальных мультифокальных биопсий предстательной железы под УЗ-контролем. Выявляемость рака простаты составляла более 45%. В дневном стационаре поликлиники в год проходили лечение около 400 больных урологического профиля. Была налажена преемственность в работе урологического отделения ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова, Окружного урологического отделения ЦАО и урологических кабинетов территориальных поликлиник. Наше отделение было признано одним из лучших окружных урологических отделений города.

По итогам работы в 2011 и 2013 гг. мною получены Благодарности Префекта ЦАО г. Москвы «За высокий профессионализм, личный вклад в укрепление и развитие системы здравоохранения ЦАО г. Москвы». Награжден Дипломом ДЗ г. Москвы «За вклад в практическую амбулаторно-поликлиническую службу города Москвы» (2013), Почетной грамотой Управления Здравоохранения ЦАО г. Москвы (2007), грамотами и Благодарственным письмом главного врача Городской поликлиники №68 (2009, 2011).

В 2010 г. награжден Дипломом Президента Российского общества «Мужское здоровье» профессора А.А. Камалова «За активную работу в дни проведения VI Российского конгресса «Мужское здоровье» с международным участием».

– Но ведь Ваша деятельность в эти годы не ограничилась только практической лечебной работой?

– В 2004–2005 гг. я был одним из организаторов и активным участником многоцентрового научного клинического исследования UTIAP-3 по изучению чувствительности возбудителей внебольничных острых неосложненных и осложненных инфекций мочевыводящих путей. В 2006 г. защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «Клинико-микробиологическая и фармакоэпидемиологическая характеристика внебольничных инфекций мочевыводящих путей в г. Москве» (по специальностям «урология» и «фармакология, клиническая фармакология», научные руководители – д.м.н. Т.С. Перепанова и д.м.н. В.В. Рафальский). Свою диссертацию я посвятил светлой памяти моего друга и учителя профессора Л.С. Страчунского (директора НИИ антимикробной химиотерапии Смоленской государственной медицинской академии).

В 2009 г. я прошел обучение по надлежащей клинической практике и получил сертификат «Good Clinical Practice for Investigators». Имею 86 сертификатов участника/делегата съездов, пленумов, конференций, семинаров разного уровня по своей основной и смежным медицинским специальностям.

С 2011 г. по совместительству являюсь ведущим научным сотрудником отдела клинических исследований лекарственных препаратов и диагностических тестов НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

С 2011 г. – член Европейской Ассоциации Урологов (EAU).

С октября 2012 г. – член экспертной группы по урологии Аттестационной комиссии ДЗ г. Москвы.

С апреля 2013 г. – член рабочей группы (профильной комиссии) при Главном внештатном специалисте-уологе ДЗ г. Москвы члене-корреспонденте РАМН, профессоре А.А. Камалове

– Занимаетесь ли Вы вопросами андрологии?

– Андрология – один из наиболее интересных для меня разделов урологии. С 2000 г. я являюсь действительным членом Профессиональной ассоциации андрологов России, стараюсь посещать все научные мероприятия по данному направлению медицины. Являюсь автором (соавтором) 35 научных статей. В их числе – одна публикация в научном журнале Американского андрологического общества и Европейской Академии андрологии «Andrology» (2014), №2 «Male fertility and varicocoele: role of immune factors» (в соавторстве с профессором В.А. Божедомовым). Кроме того, я являюсь соавтором патентов «Способ обследования, повышающий вероятность нормализации репродуктивной функции мужчин после варикоцелэктомии» (2013) и «Способ лечения мужского бесплодия, обусловленного аутоиммунными реакциями против сперматозоидов» (2013).

– Что Вы считаете самым большим своим достижением?

В 2008 г. у меня родилась дочь. Мне тогда было уже 43 года. Это и есть самое большое достижение моей жизни.

– Игорь Михайлович, большое спасибо за интервью. От имени нашей редакции хочу пожелать Вам долгих лет такой же активной и плодотворной деятельности!

Научно-практическая конференция «Острый пиелонефрит беременных – маршрутизация, диагностика, лечение»

15 октября 2014 г. в стенах ГБУЗ «ГКБ №68 ДЗМ» проведена окружная научно-практическая конференция «Острый пиелонефрит беременных – маршрутизация, диагностика, лечение». Идея проведения совместной конференции родилась ввиду увеличения числа беременных пациенток, поступающих в нашу больницу с острым пиелонефритом. Течение заболевания у таких пациенток часто непредсказуемо, осложнения могут развиваться буквально молниеносно, что требует быстрых и согласованных действий врачей разных специальностей: акушеров, урологов, реаниматологов.

С приветственным словом выступил главный врач больницы Сергей Николаевич Переходов. Актуальность проблемы была раскрыта в докладе заведующего отделением патологии беременности ГКБ №68, к.м.н. А.А. Шахнзаряна. Ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета МГМСУ к.м.н. В.В. Казенашев осветил проблему гестационного пиелонефрита. Далее следовал доклад врача-уролога ГКБ №68 к.м.н. И.В. Косовой, посвященный лечению и диагностике неосложненных инфекций нижних мочевых путей у беременных. Настоящим украшением конференции стал доклад профессора кафедры урологии и хирургической андрологии ГОУ ДПО РМАПО Л.А. Синяковой «Ошибки в диагностике и лечении инфекций мочевых путей у беременных». Профессор Л.А. Синякова рассказала присутствующим, как не надо лечить беременных женщин с острым пиелонефритом. Доклад был прекрасно иллюстрирован, изобиловал ссылками на данные исследований и национальных рекомендаций. Были приведены цифры, из которых следовало, что очень часто пациенток лечат неэффективными, небезопасными, а иногда и просто неразрешенными во время беременности препаратами, причем не только в России, но и, например в США.

Собственному опыту лечения беременных пациенток с гнойным обструктивным пиелонефритом была посвящена презентация заведующего урологическим отделением ГКБ №68 к.м.н. Д.Н. Колбасова. Были проанализированы истории болезни 4 пациенток с острым гестационным пиелонефритом, осложнившимся развитием уросепсиса. В двух случаях пациенткам удалось стабилизировать состояние и пролонгировать беременность до физиологического срока на фоне дренирования почек и интенсивной терапии в реанимационном, а затем в урологическом отделении. Одной пациентке, несмотря на срочное дренирование правой почки, своевременную и адекватную антибактериальную терапию, было проведено оперативное родоразрешение (антенатальная гибель плода) и выполнена нефрэктомия справа по поводу апостематозного пиелонефрита. У четвертой пациентки на фоне дренирования правой почки также выполнено оперативное родоразрешение на 31-й неделе (ребенок жив) с последующей стабилизацией состояния и выздоровлением.

Следует отметить, что ни одна из этих пациенток к беременности не была подготовлена, они или не наблюдались в женской консультации или не получали должного обследования и лечения на ранних сроках беременности, которые были показаны.

Огромный вклад в лечение указанных пациенток внесли врачи реанимационного отделения больницы, где больным проводили интенсивную антибактериальную, инфузионно-трансфузионную терапию, гемосорбцию, что позволило стабилизировать состояние пациенток и добиться их последующего выздоровления. Особенностям интенсивной терапии этой категории больных был посвящен доклад профессора кафедры анестезиологии и реанимации ГОУ ДПО РМАПО И.Е. Гридчик, который и завершил конференцию.

В ГКБ №68 был разработан и внедрен в ежедневную практику алгоритм маршрутизации, диагностики и лечения беременных с острым пиелонефритом. Четко прописаны последовательность и объем лечебных и диагностических мероприятий с момента поступления, минимизированы перемещения пациенток между отделениями, оперблоком, реанимацией. Организаторы конференции постарались донести до слушателей, что только мультидисциплинарный подход, четкое взаимодействие врачей различных специальностей, преемственность в работе амбулаторного и стационарного звеньев позволит достигнуть успеха в лечении этой непростой категории больных.

В.Н. КОЛБАСОВ

Стажировка московских урологов в Сеуле

В.Н. КОЛБАСОВ, к.м.н., заведующий урологическим отделением ГКБ №68

И.В. КОСОВА, заведующая отделением ДЛТ ГКБ №68

С.Н. ПЕРЕХОДОВ, д.м.н., профессор, главный врач ГКБ №68

В рамках развития международного сотрудничества в области здравоохранения и медицинских технологий Департаментом здравоохранения г. Москвы организована стажировка московских врачей в лучшем лечебном учреждении Южной Кореи – Сеульском национальном университетском госпитале в Бундане.

В течение 2 недель, с 18 по 31 октября, 10 докторов разных московских клиник знакомились с организацией работы одной из старейших больниц Кореи, которая на сегодняшний день представляет собой современный многопрофильный госпиталь, оснащенный по последнему слову техники, в котором оказывают медицинскую помощь на высочайшем уровне.

Эта группа врачей была уже четвертой за последний год, но урологи были включены в нее впервые. Так что мы были в своем роде первопроходцами. От урологической общественности Москвы в поездке участвовали Владимир Юрьевич Иванов из ГКБ №50, Дмитрий Николаевич Колбасов и Инга Владимировна Косова из ГКБ №68. Сразу отметим, что поездка нас не разочаровала. Но обо всем по порядку.

Больница Сеульского национального Университета основана в 1885 г. В 2003 г. открыт госпиталь в пригороде Сеула – Бундане. В настоящее время развернут госпиталь на 1100 коек, в котором ежегодно лечатся около 1 млн 200 тыс. (!) амбулаторных и около 350 тыс. (!) стационарных больных. За год выполняется около 32 тыс. операций.

Сразу оговоримся, что все жители Кореи имеют государственную страховку. В основном она покрывает 70% расходов, и 30% должен заплатить пациент. Если пациент имеет онкологическое заболевание, то он должен заплатить только 5%. Однако выполнение магнитно-резонансной томографии (МРТ), ультразвукового исследования (УЗИ) в страховку не входит. Кроме того, выполнение роботических операций (робот-ассистированная хирургия) страховкой не покрывается. Если пациент не оплатил использование электрохирургии, то интраоперационно она использоваться не должна. Пациент может выбрать тот или иной способ оперативного лечения в зависимости от его стоимости. Если пациент не является гражданином Кореи, то в большинстве случаев стоимость оперативного вмешательства примерно в 2 раза больше и, естественно, оплачивается самим больным.

Рис. 1. Пятиместная палата отделения

Урологическое отделение госпиталя

В урологическом отделении выполняется около 2000 операций в год. В основном клиника ориентирована на онкологию (выполнение робот-ассистированных, лапароскопических, открытых оперативных вмешательств). Однако сотрудники владеют навыками оперативного лечения мочекаменной болезни (ретроградная лазерная нефро-, уретеролитотрипсия с использованием гибкого уретероскопа), доброкачественной гиперплазии предстательной железы (трансуретральная резекция, лазерная энуклеация), слинговых операций (Remix, Monarch, Needless).

Урологическое отделение рассчитано на 45 коек (палаты по 2, 4, 5 человек с круговыми шторами вокруг каждой многофункциональной кровати, туалет и душ на палату).

В штат отделения входят 4 профессора, 2 доцента, 2 помощника врача (fellows), 7 резидентов и 2 интерна. В отделении постоянно дежурят 4–5 медсестер и 2–3 помощницы медсестры, санитарки. В основном врачи занимаются плановой работой, ориентированной на оперативное лечение онкоурологических больных. По скорой помощи поступлений именно в отделение практически нет. Большинство пациентов, поступивших по срочным показаниям, лечатся в приемном отделении (которое имеет около 50 коек), при необходимости их консультирует уролог и он же оказывает неотложную помощь (если потребуется). После стабилизации состояния пациент выписывается домой и планово обращается в амбулаторную службу этого госпиталя к врачу-урологу для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения.

В дневное время в отделении остаются 2 резидента четвертого и первого, или второго года обучения. Они по месяцу в качестве лечащих врачей ведут всех больных, ходят на обходы вместе с профессорами, делают перевязки, назначают лечение и обследование всем больным (согласно протоколам) в электронной истории болезни.

В функциональные обязанности медсестры входит выполнение назначений (инъекции, капельницы и т.д.). Помощницы медсестер занимаются подготовкой палат, уборкой кабинетов.

Рис. 2. Работа в операционной

Санитарки вывозят мусор, грязную одежду и т.д. Любые передвижения больных (транспортировка в операционную, на консультации, обследования) выполняет нанятая компания для транспортировки больных. В электронную историю болезни вводится указание, куда надо доставить больного, и сотрудник компании доставляет его в назначенное время в назначенное место. Биоматериал для лабораторных анализов укладывается в металлические контейнеры и доставляется в лабораторию. Ни медицинские сестры, ни другие сотрудники отделения не транспортируют больных, не носят в лабораторию анализы. Если пациент не может самостоятельно себя обслуживать и нуждается в помощи, то его не госпитализируют без опекуна.

Антибактериальную терапию и антибиотикопрофилактику проводят в отделении, согласно результатам национальных исследований и исследований, проводимых в самом госпитале. Чаще всего применяют цефалоспорины 3-го поколения. Фторхинолоны используют реже в связи с высокой антибиотикорезистентностью. Резистентность мониторят врачи отделения по контролю инфекционных заболеваний и резистентности.

Госпиталь имеет около 40 операционных, сосредоточенных в одном месте. Медсестры работают в три смены по 8 часов. Тем медсестрам, которые живут далеко, госпиталь предоставляет общежитие, расположенное рядом. У всех сотрудников имеются шкафчики на кодовом замке, где можно оставить личные вещи и одежду. Кроме того, в раздевалке имеются душевые кабины, туалеты, умывальники. Все входные двери открываются зачипованными карточками. После смены одежды и обуви, надеваются маски, одноразовые шапочки. Категорически запрещается выходить из операционной зоны в масках и колпаках.

Урологическое отделение использует 2–3 операционных зала (в зависимости от количества операций), оснащенных роботом da Vinci, лапароскопическим оборудованием, лазером и эндоскопическим оборудованием, С-дугой. В день проходит около 12–15 операций в зависимости от сложности.

Операционная имеет любой расходный материал к проводимым операциям без ограничений.

Рис. 3. Хранение расходных материалов

Рис. 4. Контейнер с гистологическим материалом (пневмо-почта)

Обращает на себя внимание маркировка расходного материала, нитки разного калибра, катетеры, нефростомические дренажи лежат в отдельных боксах. В коридорах указано место стоянки каталок. Если в операционной оперируется больной гепатитом, то везде вывешиваются таблицы с указанием на гепатит. На стенах в виде таблиц для медсестер вывешен список необходимых материалов и оборудования, которое нужно подготовить для той или иной операции. Все операции записываются на электронный носитель и автоматически «перекидываются» в историю болезни. В неограниченном количестве используется одноразовое белье и простыни с клеящимися лентами, удобными кармашками для электрохирургических инструментов, полиэтиленовые сумки с ситечком для выполнения эндоурологических операций (нет «потопа» в операционной). На открытую операцию (цистэктомию, радикальную простатэктомию) намываются минимум 2 сестры (иногда 3), по прошествии 2 часов оперативного вмешательства сестры меняются, на робот-ассистированные операции – 2 сестры. В операционной присутствуют мед. братья, которые помогают перекладывать или укладывать больных. Санитарка обеспечивает чистоту и порядок. Весь операционный материал и экспресс-биопсию в патоморфологическую лабораторию отправляют пневмо-почтой.

Амбулаторный прием

Все профессора в определенные дни ведут амбулаторный прием. Соответствующее отделение оснащено основным необходимым оборудованием (УЗИ, уродинамическая лаборатория, отдельные виды физиотерапевтического оборудования, аппарат для выполнения дистанционной литотрипсии). Прием профессора, как правило, готовится заранее, по электронной сети направляются данные обследования пациентов, которые придут к нему на прием. Если прием первичный, то резидент проводит опрос больного, согласно протоколу, и отправляет данные в кабинет, после чего профессор назначает план обследования или лечения. Резидент, который находится с профессором на приеме, фиксирует назначения в электронной карте, а помощники объясняют, как и когда можно выполнить то или иное обследование. Регистраторы (медсестры) готовят больных для выполнения тех или иных процедур (цистоскопии, уродинамического исследования и т.д.). Ни резидент, ни профессор на это время не тратят. Если пациенту предложено выполнение той или иной операции, то после сбора анализов назначается повторный прием (профессор уже просмотрел все результаты накануне) и регистратор записывает его на операцию, согласно графику профессора.

Амбулаторная служба имеет свою мини-операционную, где можно проводить разные манипуляции, в т.ч. и под Р-телевизионным контролем, например удаление стента, замена стента, троакарную цистостомию, установку стента в экстренном порядке и т.д. После этих манипуляций больного отпускают домой или переводят в приемное отделение. Каждый больной подписывает информированное согласие (естественно, в электронном виде), вся разъяснительная работа проводится резидентами. Если о перация представляет высокий риск по возможным осложнениям или может привести к смерти, то в таком случае беседу записывают на диктофон и также прилагают к электронной истории болезни.

Отдельного описания заслуживает система электронных историй болезней. В госпитале не ведется какой-либо бумажной документации. Вся информация находится в электронной истории болезни. В клинике разработаны протоколы ведения и лечения больных с разными нозологическими формами, с наличием или отсутствием сахарного диабета. Данные больного вводятся в систему конкретно в протокол того или иного заболевания, и в последующем врач только отмечает, что нужно или не нужно сделать, не тратя на это много времени. Его назначения отображаются на компьютерах медсестер, консультантов и сотрудников компании по перевозке больных. При поступлении больного в отделение резидент уже имеет его полную историю болезни, подключаются датчики, измеряющие пульс, частоту дыхательных движений, артериальное давление. Все данные, включая анализы, данные компьютерной томографии (КТ), МРТ, результатов любых исследований, операционного материала вводятся в электронную карту и их всегда можно просмотреть из любой точки мира в любое время. Только по требованию работодателя пациента больному выдается краткая выписка с описанием, что было выполнено. В остальных случаях – только справка о том, что больной находился на стационарном лечении в госпитале и нуждается, или не нуждается в дополнительном отдыхе.

Рис. 6. Предоперационная амбулаторного центра

Экстренная помощь

Вся экстренная помощь оказывается в условиях приемного отделения. Как правило, пациенты с политравмой, после аварии поступают в «Травма-центр». Приемное отделение оснащено своей реанимацией и боксами, представляет из себя огромный холл с кроватями и круговыми ширмами. Если врачи приемного отделения не могут справиться с диагностикой или больному показано оперативное лечение, то вызывают уролога. Чаще всего, больные так и лечатся на койках приемного отделения и при стабилизации состояния выписываются домой, а затем направляются к урологу. В редких случаях больного переводят в отделение.

Реанимационное отделение хирургических больных представляет из себя также большой холл с кроватями и круговыми шторами. На одного врача приходится 5 больных, на одну медсестру – 2 больных. Кровати располагаются по кругу, в центре находится пост, где сидят сестры и работают врачи.

Все интервенционные технологии в урологии выполняют радиологи: чрезкожную пункционную нефростомию, трансректальную биопсию предстательной железы, селективную эмболизацию сосудов почки и т.д. Такие радиологи специализируются только на урологии и смотрят только урологических больных, присутствуют на клинических разборах. При возникновении вопросов радиологи высказывают свое мнение по поводу методов визуализации и возможных интервенционных методов. В клинике используются такие высокие технологии, как ADC и fusion.

Нам было показано отделение (check-up), где за 3–4 часа больной может пройти полное обследование (в зависимости от той программы, которую он выбрал) включая КТ, МРТ, рентгенографию органов грудной клетки, гастро-, колоноскопию, гинекологическое обследование на выявление рака шейки матки, маммографию и т.д. Через 2–3 дня, после получения всех результатов анализов, при необходимости пациент направляется к смежным специалистам.

Что касается непосредственно работы в операционной – все операции проводятся аккуратно, неспешно, но все это можно увидеть в большинстве московских клиник (кроме робот-ассистированных операций, которые у нас выполняются не везде). При этом средний уровень мануальных навыков врачей-урологов (в т.ч. обучающихся) достаточно высок. Нередко во время операции меняется хирург (например, если профессору нужно на амбулаторный прием), при этом ни темп, ни качество выполнения операции не меняются.

Общая атмосфера госпиталя очень доброжелательная. Все приветливы, улыбаются, стараются помочь, отвечают на все вопросы, даже если они многочисленны и повторяются. Все врачи (в т.ч. резиденты) лучше или хуже владеют английским языком, при этом на улице объясниться по-английски практически невозможно. Сотрудники отделения регулярно собираются вместе в неформальной обстановке, приветствуя новых резидентов, помощников врачей, провожая докторов, окончивших резидентуру. Такие праздники делают коллектив более сплоченным.

Две недели пролетели незаметно. Коллектив урологического отделения и сотрудники международного отдела Сеульского национального университетского госпиталя сделали все возможное, чтобы эта стажировка была полезной и запомнилась надолго. На прощальном вечере все пришли к общему мнению, что Россия и Южная Корея стали немного ближе.

Вся наша группа выражает огромную благодарность Департаменту здравоохранения г. Москвы за предоставленную возможность пройти стажировку в Сеуле. Теперь пришло время применять полученный опыт в наших лечебных учреждениях для повышения качества оказания медицинской помощи и приближения ее к мировым стандартам.

Рис. 5. Палаты приемного отделения

Рис. 7. Регистратура приемного отделения

Рак мочевого пузыря:
проблемы ранней диагностики и современной терапии

В рамках XIII Московской Ассамблеи «ЗДОРОВЬЕ СТОЛИЦЫ» прошла научно-практическая конференция «Рак мочевого пузыря. Современные аспекты диагностики и лечения», посвященная одному из наиболее распространенных новообразований мочевыводящих путей .

Во вступительном слове Армаис Альбертович Камалов отметил ключевую роль ранней диагностики злокачественных новообразований мочевого пузыря в успехе их лечения. Большие надежды он возложил на инициированную программу по выявлению заболевания на начальных стадиях, в т.ч. опросник о наличии крови в моче, который, по словам А.А. Камалова, не теряет своей актуальности. Если бы любой врач, зная, что у пациента появилась кровь в моче, отправлял его к урологу, специалисты могли бы наблюдать пациентов на тех стадиях, когда возможно проведение органосохраняющих операций и комбинированных методик. Полностью излечить рак мочевого пузыря (РМП) на I стадии удается у 90–100% больных, на II стадии — у 60–70%. А вот распространенный рак – менее чем у 30% пациентов.

А.Г. Мартов, д.м.н., профессор ФМБА РФ, представил доклад об эндоскопических методах диагностики и лечения мышечно-неинвазивного (или поверхностного) РМП. В своем выступлении он рассказал о современных методах, которые имеют реальное клиническое применение, а наиболее высокую эффективность среди них – фотодинамическая диагностика РМП, узкоспектровая диагностика, спайс-технология, лазерная конфокальная эндомикроскопия и другие перспективные методы. Все эти методы позволяют предупреждать рецидивы РМП после проведения трансуретральной резекции (ТУР) мочевого пузыря по поводу мышечно-неинвазивного РМП. Основными причинами такой высокой частоты рецидивов являются: диффузный характер неопластических изменений уротелия, наличие рака *in situ*, возможность имплантации опухолевых клеток во время операции и нерадикальное удаление самой опухоли. Современные эндоскопические методы, о которых рассказал профессор А.Г. Мартов, позволяют выявлять невизуализируемые стандартными методами новообразования, уточнять стадии заболевания, контролировать радикальность удаления первичной опухоли.

Во время доклада А.Г. Мартов не только рассказал о преимуществах различных эндоскопических методик, но и наглядно показал их возможности, продемонстрировав фото- и видеофрагменты соответствующих манипуляций. Среди достоинств видеофиброцистоскопов он отметил возможность посмотреть всю слизистую оболочку мочевого пузыря – охватывать за один раз «большую картину» и в высоком качестве. Фотодинамическая диагностика, по словам профессора, представляет собой реально доказанный метод, который позволяет заметить и удалить мелкокапиллярные опухоли, различные дисплазии: чувствительность метода составляет порядка 97%, специфичность – до 78%. Доказано, что фотодинамическая диагностика обладает чувствительностью в 2 раза большей, чем цистоскопия в белом цвете, при снижении примерно в 2,5 раза числа рецидивов после удаления опухолей. Среди недостатков метода А.Г. Мартов отметил достаточно сложную и дорогостоящую подготовку.

Узкоспектровое изображение – еще одна медицинская инновация, отмеченная докладчиком, представляет собой технологию, позволяющую усилить оптическое изображение посредством формирования узких пучков света определенной длины, усиливая таким образом контрастность изображения слизистой оболочки мочевого пузыря и сосудов подслизистого слоя. В результате создается возможность лучшей визуализации папиллярных опухолей и выявления непапиллярных новообразований мочевого пузыря, в т.ч. и диагностики рака *in situ*. Профессор А.Г. Мартов привел данные собственного исследования, которые подтвердили большие возможности метода в диагностике РМП – чувствительность узкоспектровой диагностики значительно выше цистоскопии в белом свете, причем с использованием того же видеофиброцистоскопа.

Органосохраняющие эндоскопические операции по поводу инвазивного РМП как в виде монотерапии, так и в комбинации с химио- и лучевой терапией являются новым и наиболее перспективным направлением лечения РМП. По словам А.Г. Мартова, сейчас он интенсивно использует монополярную и биполярную электолокализацию, которые дают возможность удалять опухоли единым блоком. Эти методы докладчик охарактеризовал как быстрые и безопасные.

Доклад о комбинированной терапии РМП, подготовленный совместно с профессором А.Ю. Павловым, представил Александр Дзидзария, к.м.н., ФГБУ РНЦРР. «Золотым стандартом» в лечении поверхностных форм РМП, согласно современным данным, признана ТУР мочевого пузыря с адъювантной внутрипузырной химио- или иммунотерапией. Но помимо этих типов терапии докладчик затронул тему неоадъювантной лучевой терапии, которая, по его словам, используется на сегодняшний момент недостаточно – есть исследования, в которых эффективность при ее добавлении к стандартной терапии возрастает в 2 раза. При мышечно-инвазивной форме РМП производится в основном цистэктомия с вариантами неоадъювантного и адъювантного лечения, включая химиотерапию, либо комбинацию химиотерапии с лучевой терапией.

По словам А.Г. Дзидзарии, новые методы лечения, в т.ч. эндоскопические, еще слабо распространены в России – во многих клиниках по-прежнему отсутствуют цистоскопы. Между тем если при обследовании не выполнять цистоскопию, то более чем в 50% случаев при повторных резекциях в ложе обнаруживаются остатки опухоли, которые не видны без применения специальных оптических средств. Докладчик привел данные исследований, согласно которым примерно 60% рецидивов после ТУР происходят, если она не дополняется внутрипузырной терапией, и почти в 20% случаев существует риск прогрессирования заболевания.

Внутрипузырная терапия митомицином после ТУР снижает на 16% риск рецидива, однако, по мнению А.Г. Дзидзарии, в этом плане гораздо эффективнее иммунотерапия (БЦЖ-терапия), которая применяется недостаточно широко. При лечении поверхностного РМП докладчик предложил переходить на иммунотерапию после введения митомицина и купирования микро- и макрогематурии. По данным автора, вероятность рецедива

МНЕНИЕ ЭКСПЕРТА

С.П. Даренков:
«Ранняя диагностика – важнейшая задача»

- Сергей Петрович, какие у Вас остались впечатления от конференции?

- Очень понравились выбранные темы. Докладчики осветили, мне кажется, все стороны, начиная от неинвазивного рака и заканчивая современными методами лечения инвазивного РМП. Уверен, что все гости конференции получили массу полезной информации.

- Сегодня, действительно, много говорили о новых методах лечения и диагностики, но их доступность еще очень ограничена. Можно ли сказать, что это наибольшая проблема в лечении РМП?

- Эта проблема, разумеется, существует, и она решается. Но опять-таки возвращусь к теме своего выступления – можно сделать великолепную операцию, но не реабилитировать больного. Сейчас развитие технологий лечения обгоняет развитие реабилитации. Обязательно нужны специализированные кабинеты для стомированных больных не только после резекции мочевого пузыря, но и после других урологических операций.

- Как Вам кажется, как будет развиваться борьба с РМП в ближайшие 5–10 лет? Есть ли перспективы выхода прорывных технологий лечения?

– Рак и, в частности инвазивный РМП, очень грозное заболевание и большого оптимизма по эффективности лечения пока нет. Связано это, прежде всего, с поздней диагностикой, т.к. оперируем РМП Т3а–Т3в, а наша задача – до Т2в, затем проводить уротопическую пластику и получать великолепные результаты. В ближайшие годы мы должны сравняться с ведущими странами по ранней диагностике, внедрению современной комбинированной терапии и качеству жизни больных РМП.

заболевания без какой-либо терапии в группе промежуточного риска составляет 38%, в группе высокого риска – 61%, в то время как число рецидивов при проведении химио- и иммунотерапии после 20 месяцев наблюдения составляет лишь 4%.

Что касается мышечно-инвазивной формы, то в этом случае распространены три варианта лечения: неоадъювантная химиотерапия с последующим выполнением радикальной цистэктомии, радикальная цистэктомия с химиолучевой терапией и химиолучевое лечение, которое так же как и при поверхностном РМП применяется редко.

К неоадъювантной терапии, по словам А.Г. Дзидзарии, раньше мало кто серьезно относился – первым этапом выполнялась радикальная цистэктомия. Такой подход он считает категорически неверным. Автор уверен, что требуется проведение хотя бы нескольких курсов химиотерапии, для чего оптимальной может стать комбинация гемцитабина и цисплатина.

Большой проблемой А.Г. Дзидзария считает отсутствие общедоступной информации о рекомендациях при ведении сложных случаев. По его словам, урологи привыкли, что пациент с РМП – это первичный пациент и операция ему только предстоит.

Однако нередки случаи с осложнениями после орто- или гетеротопической пластики мочевого пузыря, есть больные с осложнениями метода деривации мочи, с лучевыми повреждениями подвздошной кишки и другими нестандартными клиническими случаями. В контексте этого докладчик рассказал о преимуществах методики «высокого кондуита», практикуемой в ФГБУ РНЦРР, в т.ч. в сложных случаях. Завершая выступление, специалист отметил, что данный метод совместно с адъювантной химиолучевой терапией в группе неблагоприятного прогноза позволяет снизить число кондуит-ассоциированных послелучевых осложнений и, таким образом, улучшить эффективность комплексного лечения.

Об органосохраняющих методиках лечения мышечно-инвазивного РМП рассказал В.А. Черняев, РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. По его оценкам, число первичных пациентов с 3–4 стадиями РМП составляет около 40%. Сегодня единственным надежным способом лечения мышечно-инвазивного РМП подавляющее большинство специалистов считают удаление новообразования вместе с пораженным органом. При данной стадии заболевания выполняется радикальная цистэктомия и последующее отведение мочи.

В.А. Черняев с сожалением отметил, что пока ни в одном из крупных исследований не сравнивались органосбрегающие схемы лечения и радикальная цистэктомия. Однако альтернативой удалению мочевого пузыря, по данным автора, может стать т.н. трехмодальное лечение. На первом этапе проводится ТУР, облучение малого таза и мочевого пузыря. Затем, в случае отсутствия опухоли в просвете мочевого пузыря, регистрируется полный эффект индукционного курса и дальше продолжается консолидирующая химиолучевая терапия с последующей возможной адъювантной химиотерапией. Если же на этом этапе наблюдается неполный эффект, то В.А. Черняев рекомендует вернуться к стандартному методу радикальной цистэктомии с последующей адъювантной химиотерапией.

Согласно исследованиям, проводимым в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с участием докладчика и его руководителя профессора В.Б. Матвеева, при успешном трехмодальном лечении можно получать эффекты, сопоставимые с радикальной цистэктомией – частота полных эффектов составляет порядка 75%, а 5-летняя выживаемость – более 50%, при лучшем качестве жизни пациентов.

Не менее важной, чем новые технологии лечения, теме – качеству жизни больных РМП после цистэктомии, посвятил свой доклад С.П. Даренков, д.м.н., профессор кафедры урологии РУДН. Приоритетное направление после радикального вмешательства – снижение послеоперационной летальности, послеоперационных осложнений и улучшение качества жизни. По мнению С.П. Даренкова, «золотым стандартом» по отношению к качеству жизни пациента является ортотопическая пластика мочевого пузыря после ратикальной цистэктомии при тщательном отборе пациентов. Правильный уход за стомой, по докладу С.П. Даренкова, – ключевой момент для обеспечения дальнейшей полноценной жизни пациента. Здесь важен психологический фактор, заключающийся в моральной подготовке пациента к длительному процессу реабилитации, что не даст человеку «пасть духом» и будет способствовать возвращению к привычной жизни. Второй фактор – это обучение больного, поскольку без профессиональных знаний о правильном уходе за стомой вероятность успеха процесса реабилитации значительно снижается. В противном случае неизбежны осложнения (абсцессы, гиперкератоз и др.). Исходя из того, что даже среди молодых врачей и среднего медицинского персонала мало кто умеет правильно ухаживать за стомой – ситуация неутешительная.

Эту проблему, по словам С.П. Даренкова, возможно решить с помощью открытия специализированных кабинетов реабилитации для стомированных больных. Совершенствование оперативных вмешательств должно совмещаться с прогрессом постоперационной реабилитации, и средства для нее также должны быть современными и высокотехнологичными.

В завершение встречи выступила И.В. Косова, к.м.н., врач-уролог ГКБ №68. Целью небольшого исследования, проводимого на базе ГКБ №68 было выяснение роли инфекционных агентов в развитии РМП. По его результатам был выявлен высокий уровень антител к герпесвирусам у больных РМП, причем их титр был выше у пациентов с рецидивными опухолями, чем с первичными. Наличие цитомегаловирусов (в частности, вируса Эпштейна–Барр) коррелировало со стадией процесса и рецедивностью. Полученные данные, по словам И.В. Косовой, дают основания продолжать исследования для получения статистически более достоверных данных.

Некоторые вопросы возникновения толерантности к ИФДЭ-5

Выход на рынок препаратов ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа (иФДЭ-5) стал революционным событием в лечении эректильной дисфункции (ЭД) и в разы снизил применение инвазивных методик преодоления данного заболевания.
На сегодняшний день наиболее изучены и широко применяют такие препараты из группы иФДЭ-5, как силденафил, варденафил и тадалафил. Имея длительный опыт использования ингибиторов, некоторые практикующие специалисты и исследователи заявляют о возникновении привыкания к препаратам данной группы. В данной статье проводится критический разбор таких сообщений по данным мировых исследований, более близко рассмотрены препараты силденафила цитрата, как наиболее изученные и наиболее часто назначаемые в мире лекарственные средства в борьбе с эректильной дисфункцией.

Е.А. ЕФРЕМОВ, д.м.н., заведующий отделом андрологии и репродукции человека ФГБУ «НИИ урологии» МЗ РФ

Е.В. КАСАТОНОВА, отдел андрологии и репродукции человека ФГБУ «НИИ урологии» МЗ РФ

Крупные многоцентровые клинические исследования неоднократно показали эффективность и переносимость препаратов группы иФДЭ-5 при эректильной дисфункции (ЭД) различной этиологии и степени тяжести, однако сообщается, что 30–35% пациентов прекращают прием препарата в течение 6–12 месяцев, несмотря на активный прием (82%) в течение первых трех месяцев терапии. Можно ли сделать вывод о возникновении привыкания к данной группе лекарственных средств [1]?

В фармакологии и фармакотерапии термин «толерантность», или «привыкание» означает психическую и физическую зависимость пациента от приема препарата и/или снижение чувствительности к препарату после его многократного использования. Специфическая реакция организма, характеризующаяся крайне быстрым возникновением толерантности (2–4 введения), обозначается термином «тахифилаксия». Привыкание к лекарственным средствам может иметь фармакокинетическую и/или фармакодинамическую природу. Физическая и психическая зависимость, а также лекарственная толерантность рассматриваются как побочные эффекты лекарственных препаратов [2].

Доказательства отсутствия таких побочных эффектов, как зависимость и толерантность, получают при проведении клинических исследований с последующим указанием на это в инструкции по медицинскому применению препаратов.

Инструкция по медицинскому применению зарегистрированного и разрешенного к обращению на рынке лекарственного препарата силденафила содержит сведения о возможных побочных эффектах, развитие которых было доказано в рамках предрегистрационных и пострегистрационных исследований данного препарата, а также в процессе осуществления фармаконадзора за лекарственными препаратами, находящимися в обращении на рынке. В инструкции по медицинскому применению оригинального препарата силденафила (Виагра, Пфайзер) в разделе «Побочные эффекты» отсутствуют такие побочные эффекты, как зависимость и толерантность [3]. Также, согласно проведенным клиническим исследованиям, выше обозначенные явления не указаны в инструкции по медицинскому применению препарата силденафила Динамико (Тева, Израиль), уже известного и положительно зарекомендовавшего себя на российском рынке [4–5].

За тахифилаксию или толерантность можно ошибочно принять тяжелую степень ЭД на момент начала терапии, прогрессирование эндотелиальной дисфункции, атеросклероз полового члена, недиагностированный гипогонадизм, недостаточный уровень образования пациента или неправильное использование препарата.

Также в литературе приведены данные исследований *in vitro*, указывающие на возможную молекулярную основу развития тахифилаксии, поскольку высокие концентрации силденафила в плазме крови до 750 нмоль/л увеличивают экспрессию цГМФ в культурах кавернозных гладкомышечных клеток [7]. Однако в эксперименте используют значительно более высокие концентрации, чем те, что одобрены для пациентов, и тахифилаксия не была подтверждена клинически ни в одном из случаев. Наиболее адекватным объяснением служит снижение эффективности за счет прогрессирующего ухудшения основной причины ЭД, например прогрессирования атеросклероза или декомпенсации диабета. Так A.T. Guay и соавт. указали на успех повторного курса приема силденафила после компенсации хотя бы одного из органических факторов риска на 77% у обследуемых мужчин с жалобами на снижение эффективности препаратов. При этом, увеличение скорости ответа отметили 82% обследуемых. Эти результаты показывают, что модификация факторов риска играет важную роль в успехе применения иФДЭ-5 [8].

Для практикующего уролога не является секретом, что в 2/3 случаев ЭД обнаруживается более двух причинных факторов, взаимно усугубляющих течение расстройств эрекции. Так, органический фактор очень часто сопряжен с психогенным. Для достижения эффективности лечение ЭД должно быть комплексным, с использованием комбинации психосексуальной терапии и фармакотерапии.

Последняя научная публикация анализа безопасности силденафила включает 67 клинических двойных слепых плацебо-контролируемых исследований (более 7500 пациентов, ЭД психогенного характера или смешанной этиологии, продолжительность приема препарата в большинстве исследований менее 1 года), а также информацию из базы данных по безопасности силденафила (39 277 пациентов), полученной от производителя. Ни в одном из проанализированных клинических исследований не было отмечено привыкания или зависимости. Однако в базе данных производителя по безопасности силденафила в 0,15% случаев было отмечено возникновение психологической зависимости от силденафила. Таким образом, проведенный анализ данных по изучению безопасности силденафила показывает, что нет доказательств того, что к нему развивается зависимость или толерантность [9]. Отсутствие доказательств развития толерантности по отношению к эректогенному эффекту силденафила также подтверждается результатами долгосрочного (более 4 лет) открытого исследования (полностью завершили исследование 584 пациента, ЭД была либо психогенной, либо органической, силденафил принимали в дозах 25–100 мг, оценка эффективности и безопасности препарата оценивалась по опросникам) [11].

В другом исследовании принимали участие 216 мужчин с ЭД психогенной или смешанной этиологии. Сначала они принимали силденафил в течение 16 недель в дозировке 10–100 мг/сут (преимущественно 100 мг/сут). Затем исследователи в одной группе сохранили прием препарата, а в другой заменяли его на плацебо и проводили исследование как двойное слепое. В таком виде исследование про-

«...»

На настоящий момент нет убедительных данных, подтверждающих развитие привыкания (зависимости и толерантности) к силденафилу

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

должалось еще 8 недель. В плацебо-группе эректильная функция снижалась до начального уровня (как до приема препарата). Эти данные показывают, что препарат не вызывает физиологической зависимости (иначе ЭФ падала бы ниже базового уровня) [10].

Однако в одном из исследований силденафила, продолжавшемся 2 года и включавшем 114 пациентов с ЭД органического характера и 47 пациентов с ЭД неопределенной этиологии исследователи сделали вывод о возможном развитии толерантности (тахифилаксии) к силденафилу, и о том, что силденафил теряет свой эффект через 2 года приема у 17% пациентов, а 20% пациентов через 2 года вынуждены увеличивать дозировку. Однако исследование было проведено без контрольной группы, с вовлечением пациентов с ЭД тяжелой степени, которая могла за 2 года усугубиться, что требовало повышения дозы препарата. Как минимум эти недостатки дизайна исследования не позволяют определенно говорить о развитии толерантности к силденафилу при длительном приеме [6].

Таким образом, в двойных слепых плацебо-контролируемых исследованиях по изучению безопасности силденафила как при краткосрочном, так и при длительном применении (до 4 лет) не было показано, что силденафил обладает такими побочными эффектами, как зависимость и толерантность. Единственное исследование, показывшее, что при 2-летнем использовании препарата развиваются рассматриваемые побочные эффекты, имеет ряд недостатков в дизайне, которые не позволяют определенно говорить о развитии толерантнотси к силденафилу при длительном применении. Поэтому кажется правомерным говорить о том, что исходя из имеющихся в настоящий момент результатов исследований безопасности силденафила, нет убедительных данных, подтверждающих привыкание (зависимость и толерантность) к силденафилу. Доступный по своей ценовой политике препарат Динамико, эффективность и безопасность которого по результатам исследований сравнима с оригинальным препаратом, в настоящее время можно считать препаратом выбора, который обеспечивает качественную эрекцию, не вызывает привыкания, обладает минимумом побочных эффектов.

Материал подготовлен
при информационной поддержке
ООО «Тева».
FIRE-DYNuro-ART-191214-MEDIA-1089-181215
ООО «Тева», Россия, Москва, ул. Шаболовка,
д. 10, стр. 2,
тел.: +7 (495) 644-22-34

Литература:

1. Fagelman E., Fagelman A., Shabsigh R. Efficacy, safety, and use of sildenafil in urologic practice. – Urology. – 2001.
2. Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости: двадцать восьмой доклад (Серия технических докладов ВОЗ: 836
3. Инструкция по медицинскому применению препарата Виагра, РУ П № 015875/01
4. Камалов А.А., Осмоловский Б.Е., Охоботов Д.А. и др. Комбинированное лечение больных эректильной дисфункцией, страдающих расстройствами мочеиспускания // Урология. – 2013. – № 3. – стр. 29–33.
5. Тевлин К.П., Брук Ю.Ф. Вопросы выбора ингибиторов ФДЭ-5: эффективность и безопасность // Экспериментальная и клиническая урология. – 2013. – № 2 – стр. 46–50.
6. El-Galley R., Rutland H., Talic R. et al. Long-term efficacy of sildenafil and tachyphylaxis effect // J Urol. – 2001. – P. 166.
7. Lin G., Xin Z., Lue T.F. et al. Up and down regulation of phosphodiesterase-5 as related to tachyphylaxis and priapism // J Urol. – 2003. – Vol. 170. – S15–9.
8. Guay A.T., Perez J.B., Jacobson J. et al. Efficacy and safety of sildenafil citrate for treatment of erectile dysfunction in a population with associated organic risk factors // J Androl. – 2001. – Vol. 22. – P. 793–7.
9. Giuliano F., Jackson G., Montorsi F. et al. Safety of sildenafil citrate: review of 67 double-blind placebo-controlled trials and the postmarketing safety database // Int J Clin Pract. – 2010. – Vol. 64. – Vol. 2. – P. 240–255.
10. Christiansen E., Guirguis W.R., Cox D. et al; Sildenafil Multicentre Study Group. Long-term efficacy and safety of oral Viagra (sildenafil citrate) in men with erectile dysfunction and the effect of randomised treatment withdrawal // Int J Impot Res. – 2000, Jun. – Vol. 12(3). – P. 177–82.
11. McMurray J.G., Feldman R.A., Auerbach S.M. et al. Long-term safety and effectiveness of sildenafil citrate in men with erectile dysfunction // Ther Clin Risk Manag. – 2007. – Vol. 3. – P. 975–81.

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). Фармакотерапевтическая группа: средство для лечения эректильной дисфункции – ФДЭ5-ингибитор. 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. Противопоказания: гиперчувствительность к силденафилу или любому другому компоненту препарата; одновременный прием донаторов оксида азота или нитратов, ритонавира; пациентам, для которых сексуальная активность нежелательна, в том числе пациентам с тяжелыми и сердечно-сосудистыми заболеваниями; пациентам с потерей зрения на один глаз вследствие передней ишемической оптической нейропатии неартериального генеза; наследственные дегенеративные заболевания сетчатки; тяжелая печеночная недостаточность; женский пол; возраст до 18 лет.

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

TEVA

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА

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

Гарантии и компенсации медицинским работникам при сокращении

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

Особенности труда медицинских работников

Действующее трудовое законодательство Российской Федерации относит медицинских работников к отдельной категории и предусматривает некоторые особенности регулирования труда, которые применимы только для данной категории работников.

В частности, предусмотрены следующие особенности труда медицинских работников:

- сокращенная продолжительность рабочего времени, которая по общему правилу составляет не более 39 часов в неделю;
- для некоторых категорий медицинских работников, в зависимости от должности и (или) специальности и в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 14.02.2003 N 101, устанавливается еще более короткая продолжительность рабочего времени – от 36 до 24 часов в неделю;
- медицинским работникам организаций здравоохранения, проживающим и работающим в сельской местности и в поселках городского типа, продолжительность работы по совместительству может увеличиваться по решению Правительства Российской Федерации, принятому с учетом мнения соответствующего общероссийского профессионального союза и общероссийского объединения работодателей;
- отдельным категориям медицинских работников может быть предоставлен ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск. Продолжительность дополнительного отпуска устанавливается Правительством РФ.

На сегодняшний день продолжительность дополнительного отпуска отдельных категорий медицинских работников устанавливается следующими нормативно-правовыми актами:

1) Постановление Правительства РФ от 06.06.2013 N 482 «О продолжительности ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, предоставляемого отдельным категориям работников»

2) Постановление Правительства РФ от 30.12.1998 N 1588 «Об установлении врачам общей практики (семейным врачам) и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) ежегодного дополнительного оплачиваемого 3-дневного отпуска за непрерывную работу в этих должностях»

3) Постановление Правительства РФ от 03.04.1996 N 391 «О порядке предоставления льгот работникам, подвергающимся риску заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей»

4) Постановление Совмина РСФСР от 17.01.1991 N 27 (с изм. от 20.06.1992) «О мерах по реализации предложений Комитета Верховного Совета РСФСР по охране здоровья, социальному обеспечению и физической культуре и ЦК профсоюза работников здравоохранения РСФСР по улучшению социально-экономического положения в системе здравоохранения Российской Федерации»

Кроме того, в 2013 г. Федеральным законом от 07.06.2013 N 125-ФЗ статья 350 Трудового кодекса РФ была дополнена рядом новых норм, регламентирующих труд медицинских работников. В частности, установлены особенности дежурства на дому, которое может осуществляться медицинскими работниками медицинских организаций в целях реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в экстренной или неотложной форме. При этом под «дежурством на дому» понимается пребывание медицинского работника медицинской организации дома в ожидании вызова на работу (для оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме). Важно отметить, что дежурство на дому может быть установлено медицинскому работнику только с его согласия. При учете времени, фактически отработанного медицинским работником медицинской организации, время дежурства на дому учитывается в размере одной второй часа рабочего времени за каждый час дежурства на дому. Общая продолжительность рабочего времени медицинского работника медицинской организации с учетом времени дежурства на дому не должна превышать норму рабочего времени медицинского работника медицинской организации за соответствующий период.

Гарантии и компенсации работникам при ликвидации организации, сокращении численности или штата работников организации

Весьма актуальный вопрос, который на сегодняшний день беспокоит работников сферы здравоохранения, это вопрос предоставления гарантий и компенсаций при расторжении трудового договора в связи с ликвидацией организации либо сокращением численности или штата работников организации.

Согласно ч.1 ст.178 ТК РФ, при сокращении и расторжении трудового договора в связи с ликвидацией организации (п.1 ч.1 ст.81 ТК РФ) либо сокращением численности или штата работников организации (п.2 ч.1 ст.81 ТК РФ) увольняемому работнику выплачивается выходное пособие в размере среднего месячного заработка, а также за ним сохраняется средний месячный заработок на период трудоустройства, но не свыше двух месяцев со дня увольнения (с зачетом выходного пособия).

Порядок исчисления средней заработной платы установлен ст.139 ТК РФ. Для ее расчета учитываются все предусмотренные системой оплаты труда виды выплат, применяемые у соответствующего работодателя независимо от источников этих выплат. То есть, помимо самой заработной платы при расчете, в частности должны учитываться:

- доплаты в связи с совмещением должностей за сверхурочную работу;
- доплаты по листу временной нетрудоспособности (в связи с болезнью) и по декретному пособию до фактического заработка;
- стимулирующие выплаты для работников;
- доплаты за сверхурочную работу.

При любом режиме работы расчет средней заработной платы работника производится исходя из фактически начисленной ему заработной платы и фактически отработанного им времени за 12 календарных месяцев, предшествующих периоду, в течение которого за работником сохраняется средняя заработная плата. При этом календарным месяцем считается период с 1-го по 30-е (31-е) число соответствующего месяца включительно (в феврале – по 28-е (29-е) число включительно).

Как сохранить средний месячный заработок в течение третьего месяца?

Трудовым кодексом РФ для работников предусмотрена возможность сохранить средний месячный заработок в течение третьего месяца со дня увольнения. Для этого работнику необходимо в двухнедельный срок после увольнения обратиться в службу занятости населения. И если работник не был трудоустроен службой занятости населения, по решению данной службы в исключительных случаях за ним может быть сохранен средний месячный заработок в течение третьего месяца со дня увольнения (ч.2 ст.178 ТК РФ).

Право сокращаемого работника продолжить трудовую деятельность при наличии вакантной должности в организации

Часто при сокращении численности или штата работников организации со стороны работников высказывается недовольство предложениями работодателя о возможности продолжить трудовую деятельность в штате данной организации, но на другой должности, при этом, зачастую, предлагается выполнять работу, несоответствующую квалификации сокращаемого работника. Попробуем разобраться, чем продиктованы такого рода предложения со стороны работодателя.

Дело в том, что норма ч.1 ст.180 ТК РФ носит императивный характер, т.е. обязывает работодателя предложить сокращаемому работнику любую другую имеющуюся работу (вакантную должность) независимо от уровня квалификации, которая предъявляется к кандидату на ее замещение. Таким образом, работодатель соблюдает установленную процедуру и связан обязанностью предоставить сокращаемому работнику возможность продолжить работу в данной организации, но на другой должности, если квалификация сокращаемого работника ей соответствует. Данную позицию, в частности подтверждает сложившаяся судебная практика по трудовым спорам.

Согласно п.29 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 17.03.2004 N 2 (ред. от 28.09.2010) «О применении судами Российской Федерации Трудового кодекса Российской Федерации» в соответствии с ч.3 ст.81 ТК РФ, увольнение работника в связи с сокращением численности или штата работников организации индивидуального предпринимателя допускается, если невозможно перевести работника с его письменного согласия на другую имеющуюся у работодателя работу (как вакантную должность или работу, соответствующую квалификации работника, так и вакантную нижестоящую должность или нижеоплачиваемую работу), которую работник может выполнять с учетом его состояния здоровья. Судам следует иметь в виду, что работодатель обязан предлагать работнику все отвечающие указан-

ным требованиям вакансии, имеющиеся у него в данной местности. При решении вопроса о переводе работника на другую работу необходимо также учитывать реальную возможность работника выполнять предлагаемую ему работу с учетом его образования, квалификации, опыта работы.

О предстоящем увольнении в связи с ликвидацией организации, сокращением численности или штата работников организации работодатель обязан не менее чем за два месяца до увольнения персонально предупредить об этом каждого работника под роспись. Именно подпись работника, а не само уведомление или приказ фиксирует дату надлежащего уведомления о сокращении штата. Однако в случае отказа работника от ознакомления под роспись с уведомлением о сокращении штата, работодатель вправе составить акт об отказе работника ознакомиться с уведомлением о предстоящем увольнении в связи с сокращением штата.

Право на досрочное расторжение трудового договора и дополнительную компенсацию после уведомления о предстоящем сокращении штата

Работник после получения уведомления о предстоящем сокращении штата вправе обратиться к работодателю с предложением о расторжении трудового договора до истечения двухмесячного срока.

В свою очередь работодатель с письменного согласия работника имеет право расторгнуть с ним трудовой договор до истечения срока, указанного в ч.2 ст.180 ТК РФ (т.е. до истечения двух месяцев), выплатив ему дополнительную компенсацию в размере среднего заработка работника, исчисленного пропорционально времени,оставшемуся до истечения срока предупреждения об увольнении (ч.3 ст.180 ТК РФ).

Массовые увольнения и увольнение работников, являющихся членами профсоюза

При угрозе массовых увольнений работодатель с учетом мнения выборного органа первичной профсоюзной организации обязан принять необходимые меры, предусмотренные ТК РФ, иными федеральными законами, коллективным договором, соглашением.

В частности, в соответствии с требованиями ст.82 ТК РФ при принятии решения о сокращении численности или штата работников организации индивидуального предпринимателя и возможном расторжении трудовых договоров с работниками работодатель обязан в письменной форме сообщить об этом выборному органу первичной профсоюзной организации не позднее чем за два месяца до начала проведения соответствующих мероприятий, а в случае, если решение о сокращении численности или штата работников может привести к массовому увольнению работников – не позднее чем за три месяца до начала проведения соответствующих мероприятий. Критерии массового увольнения определяются в отраслевых и (или) территориальных соглашениях.

Когда увольнение считается «массовым»?

Согласно п.2.24. Московского трехстороннего соглашения на 2013–2015 гг. между Правительством Москвы, московскими объединениями профсоюзов и московскими объединениями работодателей, критериями массового увольнения считаются следующие показатели численности увольняемых работников организаций, зарегистрированных в Москве с численностью работающих от 15 и более человек, за определенный период времени:

- увольнение в течение 30 календарных дней более 25% работников организации от общей численности работающих в организации;

- увольнение работников в связи с ликвидацией организации любой организационно-правовой формы;

- сокращение численности или штата работников организации в количестве:

а) 50 и более человек в течение 30 календарных дней;

б) 200 и более человек в течение 60 календарных дней;

в) 500 и более человек в течение 90 календарных дней.

Увольнение работников, являющихся членами профсоюза, при сокращении численности или штата работников организации производится с учетом мотивированного мнения выборного органа первичной профсоюзной организации (профсоюза) в соответствии со ст.373 ТК РФ, которой установлен порядок рассмотрения вопросов увольнения работников, являющихся членами профсоюза.

В частности, если профсоюз выразил несогласие с предполагаемым решением работодателя, он в течение трех рабочих дней проводит с работодателем или его представителем дополнительные консультации, результаты которых оформляются протоколом. При недостижении общего согласия по результатам консультаций работодатель по истечении 10 рабочих дней со дня направления в выборный орган первичной профсоюзной организации проекта приказа и копий документов имеет право принять окончательное решение, которое может быть обжаловано в соответствующую государственную инспекцию труда. Государственная инспекция труда в течение 10 дней со дня получения жалобы (заявления) рассматривает вопрос об увольнении и в случае признания его незаконным выдает работодателю обязательное для исполнения предписание о восстановлении работника на работе с оплатой вынужденного прогула.

Преимущественное право на оставление на работе при сокращении численности или штата работников

Отдельные работники при сокращении численности или штата работников организации имеют преимущественное право на оставление на работе.

Так, согласно ст.179 ТК РФ, при сокращении численности или штата работников преимущественное право на оставление на работе предоставляется работникам с более высокой производительностью труда и квалификацией.

При равной производительности труда и квалификации предпочтение в оставлении на работе отдается:

- семейным, при наличии двух или более иждивенцев (нетрудоспособных членов семьи, находящихся на полном содержании работника или получающих от него помощь, которая является для них постоянным и основным источником средств к существованию);
- лицам, в семье которых нет других работников с самостоятельным заработком;
- работникам, получившим в период работы у данного работодателя трудовое увечье или профессиональное заболевание;
- инвалидам ВОВ и инвалидам боевых действий по защите Отечества; работникам, повышающим свою квалификацию по направлению работодателя без отрыва от работы.

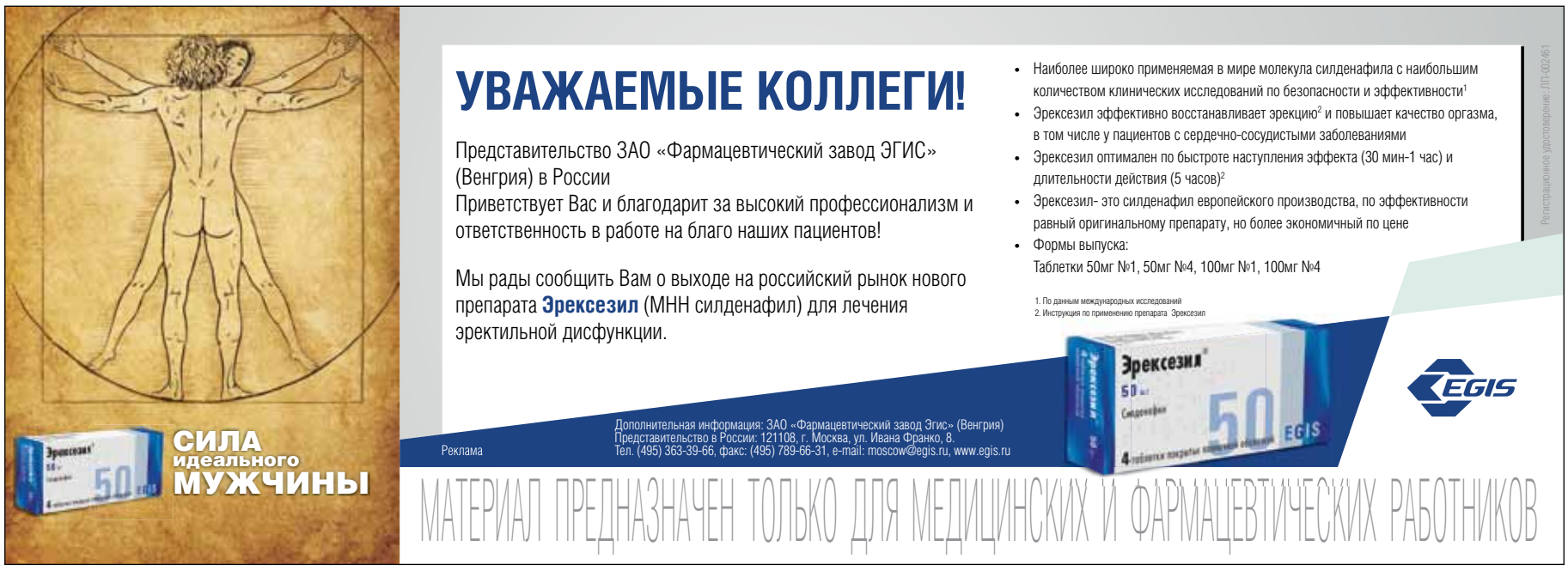
Кроме того, коллективный договор может предусматривать другие категории работников, которые вправе пользоваться преимущественным правом на оставление на работе при равной производительности труда и квалификации.

Также действующее законодательство предусматривает иные категории граждан, которые пользуются правом на преимущественное оставление на работе при ликвидации, сокращении численности или штата. Данное положение распространяются на следующие категории работников:

- военнослужащие;
- дети-сироты;
- граждане, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС и ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне;
- работники, имеющие допуск к государственной тайне;
- изобретатели, согласно Закону СССР от 31.05.1991 N 2213-1 «Об изобретениях в СССР».

Запись в трудовой книжке об увольнении по сокращению

При увольнении работника работодатель обязан внести соответствующую запись в трудовую книжку работника. При увольнении в связи с сокращением штата в трудовые книжки работников вносится запись об увольнении со ссылкой на п.2 ч.1 ст.81 ТК РФ. Сама запись выглядит следующим образом: «Трудовой договор расторгнут в связи с сокращением штата работников организации, пункт 2 части первой статьи 81 Трудового кодекса Российской Федерации». Следует иметь в виду, что нарушения, допущенные в процедуре сокращения штата или численности работников, могут служить основанием для восстановления работника на работе с оплатой вынужденного прогула, если работник фактически не допускался к рабочему месту и не осуществлял трудовую деятельность. В связи с этим для медицинских работников очень важно контролировать всю процедуру сокращения штата. И если при проведении данной процедуры со стороны работодателя были допущены нарушения, соблюсти процессуальные тонкости и сроки обжалования действий работодателя.



Врачебная династия Серегиных

Подведены итоги ежегодного фестиваля медицинских работников « Формула жизни». Лауреатов поздравил Сергей Собянин. В номинации «Московская медицинская династия» лучшей стала семья Серегиных. О своей семье рассказал старший ее представитель, Александр Васильевич Серегин, заведующий урологическим отделением ГКБ им. С.П. Боткина, д.м.н., профессор, заслуженный врач России.

– Сколько поколений врачей в Вашей семье? Кто стал основателем династии?

– Два поколения, но надеемся на третье. Первым, кто выбрал профессию медика в нашей семье, стал я. Моя мама работала учительницей, а отец был военнослужащим.

– Вы сами определились с выбором профессии, или в этом значительную роль сыграли ваши родители?

– Определился я сам. Наша семья жила недалеко от больницы, и я часто пересекался и даже иногда общался с ее пациентами. Уже тогда мне хотелось помочь этим людям, облегчить их участь. Эти детские воспоминания и повлияли на выбор профессии. В 1972 г. я поступил в Рязанский медицинский институт им. акад. И.П. Павлова. На первом курсе окончательно стало ясно, что медицина, в частности хирургия, – это мое призвание. Но сложно было определиться с выбором специальности. Помог «его величество случай». В те те годы существовала система распределения. И мы вместе с моей супругой Серегиной Татьяной Федоровной, с которой учились на одном курсе, и маленьким сыном Александром были отправлены в Первомайскую ЦРБ Тамбовской области. В штате не было уролога – так я им и стал.

– Есть ли у Вас братья и сестры?

– Да, брат Игорь, который младше на 8 лет. По его словам, с детских лет, благодаря книгам и художественным фильмам («Дорогой мой человек», «Дни доктора Мышкина»), работа врача была для него интересна. Но решающим фактором при выборе профессии стал мой пример. К тому времени я уже учился в медицинском институте и много рассказывал про учебу и студенческую жизнь. Семья переехала на Украину, поэтому с 1980 по 1986 г. Игорь Васильевич учился на медицинском факультете Ужгородского государственного университета. И только после окончания института я посоветовал ему стать урологом. Сейчас он возглавляет отделение эндоурологии в клинике урологии ГКБ им. С.П. Боткина.

– Повлияли ли Вы на выбор профессии Вашими детьми?

Семья Серегиных на награждении (слева направо): Игорь Васильевич Серегин, Александр Васильевич Серегин, мэр г. Москвы Сергей Семенович Собянин, Татьяна Федоровна Серегина, Александр Александрович Серегин, Полина Евгеньевна Серегина.

– У нас с супругой два ребенка: сын и дочь. Мы постарались сделать все, чтобы с профессией они определились сами. Я считаю, что заниматься по жизни любимым делом – это огромное счастье. И это основное мое кредо. Если специальность тебе не нравится, ты не получаешь удовлетворения от работы, лучше ею не заниматься. В большей степени это касается медицины, ведь от того, как ты работаешь, зависят здоровье и жизни людей. Но опосредованного влияния никто не отменял. Александр сначала хотел стать психиатром, потом рассматривал еще несколько специальностей, но в итоге сам склонился к тому, чтобы стать урологом. Может повлияло прохождение университетских практик и специализаций, когда он обучался у нас в отделении. Сейчас мы работаем вместе, Александр является сотрудником Российской медицинской академии последипломного образования. Основное направление его работы – робототехника и лапароскопия. Он впервые в России внедрил методику оценки риска развития и прогрессии рака простаты и почки, основанную на генетической предрасположенности (2005), выполнил единый лапароскопический доступ для выполнения урологических операций (пластика гидронефроза, нефрэктомия, резекция кист почки, 2009–2011). Последняя работа Александра посвящена сравнительному анализу методик лапароскопической пиелопластики без шрамов (однопортовой и микролапароскопической), она получила номинацию на XXXII Всемирном эндоурологическом конгрессе.

– Кто еще в Вашей семье работает врачом?

– Как я уже упомянул, моя супруга, Татьяна Федоровна – медик. Она работает врачом-пульмонологом. Жена Александра, Серегина Полина Евгеньевна, – акушером-гинекологом.

– Внучки пойдут по Вашим стопам?

Старшая закончила художественную школу и планирует стать дизайнером. А младшая уже в 2,5 года говорила, что хочет лечить людей. Пока тренируется на куклах и обсуждает, каким врачом быть. Сейчас ей 5 лет, и это в большей степени – детское увлечение. Трудно сказать, что будет дальше. Но пока внучка очень заинтересована, слыша наши разговоры.

– Помогает ли Вашей работе то, что в семье практически все медики?

– Безусловно. Каждый делится актуальной информацией, новостями медицины и здравоохранения. Иногда обращаемся за советом друг к другу по тому или иному вопросу. О медицине мы разговариваем не только на работе, но и дома и даже на отдыхе. Мы ее не просто любим, медициной мы живем.

– Как Вы видите будущее медицины и урологии, в частности?

– Та реформа здравоохранения, которая сейчас проводится, абсолютно оправдана. Оказание высокотехнологичной специализированной медицинской помощи невозможно без современного оборудования. Установить его в каждой поликлинике и больнице невозможно. Нет такого количества пациентов, прикрепленных к конкретному учреждению здравоохранения, для лечения которых необходима эта техника. Сейчас создаются специализированные центры, где имеется самое высококлассное медицинское оборудование, применяются высокотехнологичные методики хирургии. Именно за ними будущее. Медицина ушла от участкового принципа, когда можно было в районной больнице сделать какую-то операцию и довольствоваться этим. Основная задача врача-уролога на базе амбулатории – предварительная установка диагноза. Впоследствии пациент будет направляться в специализированный центр для дальнейшего уточнения диагноза и лечения.

– Как Вы поддерживаете свое здоровье?

Мы активно занимаемся спортом. Главный врач ГКБ им. С.П. Боткина, Алексей Васильевич Шабунин, является современным управленцем, он заботится не только о состоянии лечебной базы, техническом фонде, профессиональном уровне работников, но и об их здоровье. Он активно поддерживает работу спортивных секций в больнице. В отделении урологии есть команда по футболу. По средам мы арендуем в школе зал и играем. По субботам ходим с сыном на корт. В течение последних 10 лет я увлекаюсь гольфом. Сейчас являюсь членом Ассоциации гольфистов России и нескольких гольф-клубов, принимаю участие в соревнованиях. Спорт позволяет поддерживать форму или, как говорят американцы, «keeps me fit». Что для врача тоже является немаловажным.

Любимое хобби Александра Васильевича Серегина – гольф

Выступление А.А. Серегина на конгрессе Европейской Ассоциации Урологов

– Что Вы пожелаете нашим читателям?

– Здоровья! Оно является неотъемлемым условием для того, чтобы проявлять активность во всех сферах: профессиональной и научной деятельности, личной и общественной жизни, спорте и культурном развитии. В результате удача и успех не заставят себя ждать.

Юлия Головина

Актуальные проблемы XXI века: мужское бесплодие, ожирение, дефицит витамина D – есть ли взаимосвязь?

Проблема бесплодия – это актуальнейшая проблема XXI в., в котором женское бесплодие уже не превалирует по частоте причин бесплодных браков, как это было в XX в.
По последним данным, соотношение женского и мужского бесплодия – 50 на 50%. В каждой десятой бесплодной паре неспособны к зачатию как супруг, так и супруга.

З.Ш. ПАВЛОВА, к.м.н., докторант кафедры эндокринологии ФПК МР РУДН

Ю.А. ТИШОВА, к.м.н., доцент кафедры эндокринологии ФПК МР РУДН

С.Ю. КАЛИНЧЕНКО, д.м.н., профессор кафедры эндокринологии ФПК МР РУДН

Д.А. ГУСАКОВА, научный сотрудник ФГБУ «НИИ урологии» МЗ РФ

А.В. ЖУЙКОВ, врач-эндокринолог клиники профессора Калинченко, Москва

Бесплодие – это неспособность сексуально активной, не применяющей контрацептивных средств пары достигнуть беременности в течение одного года. Бесплодие вообще и, в частности мужское, на сегодняшний день является национальным бедствием многих стран мира, в т.ч. и России. Ситуация не стоит на месте – она меняется и не в лучшую сторону: на долю мужского фактора в 2001 г. приходилось около 40% причин бесплодия в браке, в то время как спустя 10 лет приводятся другие цифры – 48–50%.

Несколько раз за последнее десятилетие Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) пересматривала параметры спермы в связи с прогрессирующим снижением числа сперматозоидов в эякуляте: нижняя граница нормы содержания сперматозоидов с 60 млн/мл (Davis, 1943) была уменьшена до 20 млн/мл в 1999 г., а в 2010 г. – до 15 млн/мл [4]. Кроме того, в отрицательной динамике находятся и другие параметры, а именно: уменьшение числа активно-подвижных сперматозоидов, уменьшение числа морфологически нормальных форм.

Несмотря на то что значение витамина D для жизнедеятельности организма стало известно более 100 лет назад, достаточно долгое время его роль сводилась к участию в фосфорно-кальциевом обмене. И только в недавние годы многообразие его точек приложения стало понятным и актуальным.

До последнего десятилетия такой фактор, как дефицит витамина D не рассматривался как состояние, повышающее вероятность развития бесплодия или являющееся его следствием. Однако сегодня появляется все больше данных о важной роли витамина D в созревании сперматозоидов. Экспрессия рецептора витамина D выявлена в клетках Сертоли, семенных канальцах, придатке яичка, предстательной железе и семенных пузырьках. В самой крупной на данный момент работе, посвященной влиянию витамина D на сперматогенез, была выявлена связь между низким уровнем витамина D и снижением как подвижности, так и числа морфологически нормальных сперматозоидов. В нескольких работах установлено, что дефицит витамина D может являться одной из причин гипогонадизма у мужчин. Таким образом, витамин D потенциально может воздействовать на сперматогенез как напрямую, так и опосредованно, влияя на уровень тестостерона. Дефицит витамина D необходимо учитывать при лечении бесплодия у мужчин.

> «...»
>
> ***На долю мужского фактора в 2001 г. приходилось около 40% причин бесплодия в браке, спустя 10 лет приводятся уже другие цифры – 48–50%***

Современный горожанин испытывает агрессивное воздействие окружающей среды, что резко повышает потребность в микроэлементах, антиоксидантах и витаминах. По данным ряда исследователей, распространенность дефицита витамина D в мире составляет не менее 50%. В России эта ситуация усугубляется еще и тем, что выше 42 параллели и даже в Сочи отсутствует достаточный уровень инсоляции в течение 3/4 года. Кроме того, современный образ жизни предполагает нахождение в помещении всю светлую часть дня.

Другой актуальнейшей проблемой сегодняшнего дня, ассоциированной с бесплодием, является ожирение, которое, по мнению ВОЗ, названо «эпидемией XXI века». По оценкам ВОЗ, в 2005 г. избыточную массу тела в мире имели приблизительно 1,6 млрд взрослых людей (в возрасте старше 15 лет), а 400 млн имели ожирение. По прогнозам ВОЗ, к 2015 г. примерно 2,3 млрд взрослых людей будут иметь избыточную массу тела и более 700 млн – ожирение, т.е. каждый второй человек на Земле.

Важно учитывать тот факт, что ожирение зачастую сопровождается рядом тяжелых состояний, таких как инсулинорезистентность, гипертоническая болезнь, метаболический синдром и многие др. Все эти состояния негативно сказываются на репродуктивной функции мужчин и зачастую сопровождаются выраженным дефицитом витамина D. Патогенетический механизм причинно-следственной связи этих состояний до сих пор остается не до конца изученным и дискутабельным.

Мужчины с увеличенным индексом массы тела (ИМТ), с большей вероятностью будут страдать от бесплодия, чем мужчины с нормальной массой тела. Как показало исследование Национального института наук о гигиене окружающей среды (National Institute of Environmental Health Sciences) США, превышение массы тела на 20 фунтов (около 9 кг) увеличивает частоту развития бесплодия на 10%. Исследователи обнаружили, что выходящий за пределы нормы ИМТ является совершенно самостоятельным фактором риска (при этом были исключены другие способствующие бесплодию причины – курение, употребление алкоголя, возраст, повышенный ИМТ у женщины, воздействие пестицидов и растворителей). В целом увеличенный ИМТ мужчины вдвое повышает риск бесплодия независимо от возраста.

Особенно усугубляется это состояние тогда, когда оно сопровождается дефицитом витамина D. Результаты этой взаимосвязи были опубликованы рядом исследователей. Кроме того, низкий уровень витамина D вызывал угнетение сперматогенеза и повышал соотношение фрагментированной ДНК сперматозоидов до 75%.

В основе развития нарушений сперматогенеза у мужчин с ожирением на фоне множества факторов лежит главный и

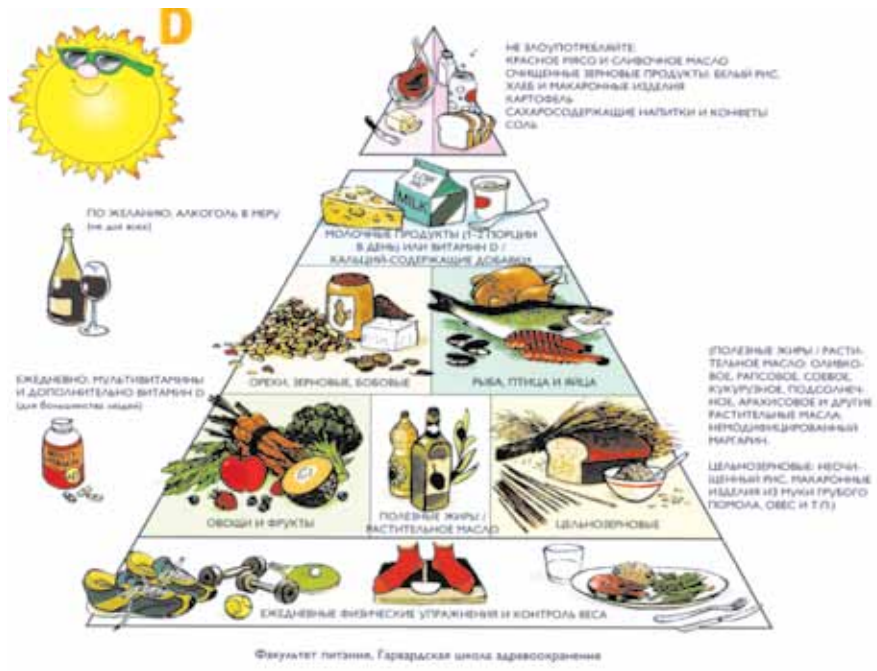


Рис. 1. Рекомендации Гарвардской школы здравоохранения (hsph.harvard.edu)

основополагающий момент, а именно – снижение тестостерона. В избыточном жировом депо увеличивается площадь для «ароматизации» тестостерона, и относительное или абсолютное увеличение уровня эстрогенов приводит к десенситизации гипофиза, что закономерно снижает количество вырабатываемых гонадотропинов. Соответственно уменьшается выработка тестостерона и тем самым замыкается порочный круг. Все вышеперечисленное приводит к развитию андрогенного дефицита, что не только поддерживает имеющийся избыток массы тела, но и усугубляет его, т.к. тестостерон является основным анаболическим гормоном, без достаточной концентрации которого существенно уменьшается физическая активность, роль которой в снижении массы тела сложно переоценить.В связи с этим уместно вернутся к тому, что без достаточной сывороточной концентрации витамина D невозможно обеспечить качественный стероидогенез и, соответственно, добиться нормальной фертильности.

В исследовании, проведенном в Австрии в 2011 г., приняли участие 165 мужчин (с избыточной массой тела,но без сахарного диабета 2 типа). Полученные результаты свидетельствовали о том, что ежедневный прием 3332 МЕ, или 83 мкг витамина D в течение года достоверно увеличивали концентрацию общего тестостерона с 10,7±3,9 до 13,4±4,7 нмоль/л; биологически активного тестостерона – с 5,21±1,87 до 6,25±2,01 нмоль/л и уровень свободного тестостерона – с 0,222±0,080 до 0,267±0,087 нмоль/л. В то же время в группе плацебо существенных изменений выявлено не было.

Американские ученые провели в 2012 г. исследование, целью которого было изучение связи между качеством спермы, гормональными параметрами и сывороточной концентрацией витамина D (25-гидрокси-витамина D), или 25(OH)D_3. Результаты данного исследования убедительно продемонстрировали наличие такой связи, выявили оптимальные концентрации витамина D, положительно влияющие на репродуктивные возможности мужчин и наличие отрицательной связи между избыточной массой тела и сывороточной концентрацией 25(OH)D_3. В исследование были включены 170 здоровых мужчин, средний возраст которых составлял 29,0±8,5 года. Предметом изучения были определены следующие параметры: спермограмма, гормоны крови (общий и свободный тестостерон, глобулин, связывающий половые гормоны, эстрадиол, фолликулостимулирующий и лютеинизирующий гормоны). Было проведено анкетирование, определен индекс массы тела (24,3±3,2 кг/м^2), наличие или отсутствие вредных привычек и определение сывороточной концентрации витамина D. Средняя концентрация 25(OH)D_3 составила 34,1±15,06 нг/мл. Концентрация сперматозоидов, их подвижность (категория А) и морфология были ниже у мужчин с концентрацией 25(OH)D_3≥50 нг/мл по сравнению с мужчинами с уровнем от 20 нг/мл и меньше 50 нг/мл. Также было выявлено, что общий объем эякулята и общая прогрессивная подвижность сперматозоидов была ниже у мужчин с концентрацией 25(OH)D_3 менее 20 нг/мл по сравнению с мужчинами у которых уровень витамина D был от 20 до 50 нг/мл. Иначе говоря, американские ученые пришли к выводу, что оптимальным уровнем витамина D, положительно влияющим на качество сперматогенеза, является сывороточная концентрация 25(OH)D_3 от 20 до 50 нг/мл. Одинаково негативно на показателях спермограммы сказываются как высокие показатели уровня 25(OH)D_3, так и сниженные. Полноценный сперматогенез возможен только при достаточном количестве тестостерона именно в яичках, т.е. собственного гормона, вырабатываемого в собственных яичках. Нарушение сперматогенеза вплоть до выраженной олигоспермии или аспермии может быть связано со снижением функции клеток Лейдига и уменьшением местной концентрации тестостерона. Введение экзогенного тестостерона может изменить картину андрогенного дефицита, но ни в коем случае не улучшает ситуацию в аспекте сперматогенеза.

«...»

Низкий уровень витамина D вызывает угнетение сперматогенеза и повышает соотношение фрагментированной ДНК сперматозоидов до 75%

Рис. 2. Недостаток витамина D. Michael F. Holick, M.D., Ph.D. N Engl J Med 2007; 357:266–281July 19, 2007DOI: 10.1056/NEJMra070553).

Повышение концентрации эстрогенов имеет еще одну точку приложения – достаточно частое повышение уровня пролактина, а он в свою очередь ведет к снижению полового влечения, в связи с чем у пациентов снижается интенсивность половой жизни, что приводит к застойным явлениям, также негативно влияя на репродуктивную функцию.

Нельзя забывать и о том, что жировая ткань – это еще и орган, где происходит синтез гормона лептина, который также способствует тому, что уровень тестостерона будет неуклонно уменьшаться.

D гормон, или витамин D – это группа секостероидов, объединенных по принципу химического сходства: витамин D_1 (соединение эргокальциферола и люмистерола в соотношении 1:1); витамин D_2 – эргокальциферол; витамин D_3 – холекальциферол, образующийся в организме животных и человека под действием солнечного света из 7-дегидрохолестерина. Именно его рассматривают как «истинный»витамин D, тогда как другие представители этой группы считаются модифицированными производными витамина D; витамин D_4 – дигидротахистерол 22,23-дигидроэргокальциферол; витамин D_5 – ситокальциферол (образуется из 7-дегидроситостерола). Сам по себе он не является собственно витамином в классическом смысле этого термина, поскольку оказывает многообразные биологические

«...»

Введение экзогенного тестостерона может изменить картину андрогенного дефицита, но не улучшает ситуацию в аспекте сперматогенеза

В определенном возрасте, по цифрам которого возникают особенно жаркие споры, человеческая кожа прогрессивно теряет способность к синтезу витамина D из 7-дегидрохолестерина. Именно с этим связывают снижение когнитивных функций у людей в пожилом возрасте, что дает основание предположить, что снижение интеллектуальных показателей в любом возрасте так или иначе связано в т.ч. и с дефицитом витамина D.

И если влияние ожирения и связанного с ним андрогенного дефицита на параметры сперматогенеза очевидны, то определение роли витамина D в развитии этих процессов требует более детального внимания. Для лучшего понимания взаимосвязи ожирения, дефицита витамина D и нарушений сперматогенеза необходимо рассмотреть метаболизм витамина D и его роль в организме человека более подробно.

эффекты за счет взаимодействия со специфическими рецепторами, локализованными в ядрах клеток многих тканей и органов.

В норме D-гормон в организме здорового человека образуется ежедневно в количестве от 0,3 до 1,0 мкг/сут. Первая реакция гидроксилирования осуществляется преимущественно в печени (до 90%) и около 10% – вне этого органа при участии микросомального фермента 25-гидроксилазы с образованием промежуточной биологически малоактивной транспортной формы – 25(OH)D (кальцидол). Остальные метаболиты витамина D не могут быть использованы в качестве критерия общего количества витамина как поступившего с пищей, так и образованного в коже. Эта форма может депонироваться в мышечной и жировой тканях в качестве «неприкосновенного запаса». Последующая

Таблица. Рекомендуемые дневные нормы потребления для витамина D [36]

Возрастная группа	Рекомендуемая дневная норма потребления	Максимально допустимый уровень потребления
Младенцы 0–6 месяцев	400 ЕД	1000 ЕД
Младенцы 7–12 месяцев	400 ЕД	1500 ЕД
Дети 1–3 лет	600 ЕД	2500 ЕД
Дети 4–8 лет	600 ЕД	3000 ЕД
Дети 9–17 лет	600 ЕД	4000 ЕД
Взрослые 18–70 лет	600 ЕД	4000 ЕД
Взрослые >70 лет	800 ЕД	4000 ЕД
Беременность и лактация	600 ЕД	4000 ЕД

реакция 1а-гидроксилирования 25(OH)D протекает в основном в клетках проксимальных отделов канальцев коры почек при участии фермента 1а-гидроксилазы (25-гидроксивитамин D-1-а-гидроксилаза, CYP27B1).

Витамин D естественным образом присутствует лишь в некоторых продуктах питания (рис. 1). В организме человека он вырабатывается только в определенных условиях, когда ультрафиолетовые лучи солнечного света попадают на кожу. Определенными условиями являются: высота солнцестояния над горизонтом 45°, чистое небо или полупрозрачные облака, достаточная по площади открытая поверхность кожи, подвергаемая инсоляции минимум 2–3 раза в неделю не менее 15 минут. Биологически инертный витамин D, образующийся при пребывании на солнце, получаемый из продуктов питания и в виде добавок к пище, для активации в организме должен пройти два процесса гидроксилирования. Первый происходит в печени и превращает витамин D в 25-гидроксивитамин D [25(OH)D], также известный как кальцидиол – малоактивная форма витамина D (депо). Второе гидроксилирование происходит преимущественно в почках и его результатом является синтез физиологически активного 1,25-дигидроксивитамина D [$1,25(OH)_2D_3$], или кальцитриола.

Из всего вышесказанного складывается неутешительная картина в отношении перспектив улучшения репродуктивной функции мужского населения. А именно, все больше мужчин репродуктивного возраста имеют избыточную массу тела или ожирение; они же, как правило, бóльшую часть времени проводят в закрытых от инсоляции помещениях; кроме того, их принципы питания и физической культуры не способствуют улучшению показателей ИМТ и нормализации уровня андрогенов, что замыкает развившийся порочный круг: ожирение-андрогенный дефицит-уровень витамина D и в итоге – нарушение репродуктивной функции.

Кроме перечисленных патологических состояний, дефицит витамина D связывают еще с массой различного рода синдромов и болезней у представителей обоих полов (рис. 2).

Методы профилактики и коррекции дефицита витамина D до сих пор вызывают не меньше споров, чем оказываемые им эффекты. В таблице представлены общие рекомендации для всех возрастных групп, мужского и женского полов.

Рекомендуя применение препаратов витамина D для коррекции дефицита данного вещества, необходимо отталкиваться от его исходного уровня, наличия или отсутствия нарушений функции органов желудочно-кишечного тракта и почек, уровня метаболизма, выбора между активными метаболитами D_3 или препаратами нативных витаминов D_2 и D_3, водного или масляного растворов. Мнения многих авторов по поводу оптимальных дозировок существенно разнятся. Прием в течение года мужчинами витамина D в количестве 83 мкг (около 3332 МЕ) ежедневно достоверно повышало уровень тестостерона, а значит благоприятно сказывалось на их репродуктивной системе. Надо учитывать тот факт, что наличие ожирения существенно увеличивает потребность в витамине D и назначаемая доза должна быть выше. Как мы уже говорили ранее, важно не только ликвидировать недостаток витамина D, но и не допустить его избытка.

Множество споров вызывает вопрос токсичности препаратов, содержащих различные формы витамина D и его предельно допустимые дозы. По данным ряда авторов, у здоровых взрослых 5 месяцев приема 10 000 МЕ/сут витамина D не приводило ни к гиперкальциемии, ни к увеличению экскреции кальция с мочой, которая является наиболее чувствительным индикатором для выявления потенциального токсического влияния витамина D, что подтверждает рациональность максимально допустимого уровня потребления для взрослых 10 000 МЕ/сут.

На основании всего вышеизложенного, при выявлении нарушения репродуктивной функции, особенно в сочетании с избыточной массой тела или ожирением необходимо определять уровень сывороточной концентрации витамина D и своевременно корректировать его дефицит. Кроме того, стоит помнить, что компенсация только одного дефицита витамина D не сможет решить всего комплекса проблем, который, как правило, имеется у пациентов с нарушенной репродуктивной функцией. К сожалению, изменение пищевого поведения и введение в режим дня физических нагрузок, зачастую не решают полностью проблем с избыточной массой тела и не смогут нивелировать андрогенный дефицит при его наличии. В то же время при несоблюдении принципов правильного питания и отсутствии мышечного «каркаса», медикаментозная терапия будет не вполне эффективной. Своевременно компенсированный дефицит витамина D – залог эффективного лечения ожирения и бесплодия, при условии комплексной терапии всех имеющихся нарушений.

«...»

В нормальных условиях D-гормон в организме здорового человека образуется ежедневно в количестве от 0,3 до 1,0 мкг/сут

Возможности титрования дозы солифенацина при лечении больных гиперактивным мочевым пузырем

Гиперактивный мочевой пузырь (ГМП) – это симптомокомплекс, характеризующийся ургентностью, учащенным мочеиспусканием (более 8 раз в сутки) и ноктурией, что в ряде случаев сопровождается ургентным недержанием мочи. Важной особенностью постановки такого диагноза является отсутствие доказанной инфекции мочеполового тракта или другого явного патологического процесса (эндокринологических, кардиальных заболеваний и т.п.).

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

Е.С. КОРШУНОВА, к.м.н., старший научный сотрудник, ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий

Современные эпидемиологические данные свидетельствуют о большой социальной значимости данного состояния. Так, в американском исследовании NOBEL (The National Overactive BLadder Evaluation, 2003; n=5204) признаки гиперактивного мочевого пузыря (ГМП) определялись у 16% мужчин и 16,9% женщин.

Одно из крупнейших международных исследований EPIC (n=19 165), проводимое в пяти странах Европы, позволило выявить, что симптомы ГМП отмечали 10,8% мужчин и 12,8% женщин.

Известно также, что ГМП оказывает значительное влияние на качество жизни больных, нарушая ритмы сна и бодрствования, приводя к депрессии и социально дезадаптируя их.

Основной медикаментозной линией лечения ГМП являются М-холиноблокаторы (EAU Guidelines, 2014). В ряде многоцентровых рандомизированных плацебо-контролируемых исследований была доказана высокая эффективность применения препаратов данной фармакологической группы. Одним из наиболее частых побочных эффектов этих лекарственных средств признается сухость во рту.

Поэтому предпочтение на сегодняшний день отдается селективным М-холиноблокаторам. В период доклинического изучения солифенацина сукцинат продемонстрировал высокую избирательность в отношении мочевого пузыря по сравнению с мускариновыми рецепторами, расположенными в других органах.

Солифенацина сукцинат (1-азабицикло[2.2.2.]окт-8-ил(1S)-1-фенил-3,4-дигидро-1Н-изоквинолин-2-карбоксилат) является специфическим конкурентным ингибитором мускариновых рецепторов, преимущественно М3 подтипа. Результаты *in vitro* показывают, что солифенацин обладает большей селективностью к мочевому пузырю по сравнению со слюнной железой, чем толтеродин, оксибутинин, дарифенацин и атропин.

Эффективность препарата солифенацин в дозах 5 и 10 мг изучена в нескольких двойных слепых рандомизированных контролируемых клинических испытаниях у мужчин и женщин с синдромом ГМП.

Так, в исследовании F. Haab и соавт. (2005), проведенном на протяжении года с участием 1633 больных ГМП оценивалась эффективность солифенацина 5 и 10 мг по сравнению с плацебо. Результаты показали безопасность и хорошую переносимость обеих доз препарата. Только 4,7% пациентов прекратили лечение в результате побочных эффектов. Улучшение основных симптомов ГМП были отмечены у всех пациентов в течение 52 недель терапии. Удовлетворенность переносимостью и эффективностью солифенацина высказали 85 и 74% больных соответственно (F. Haab и соавт., 2005).

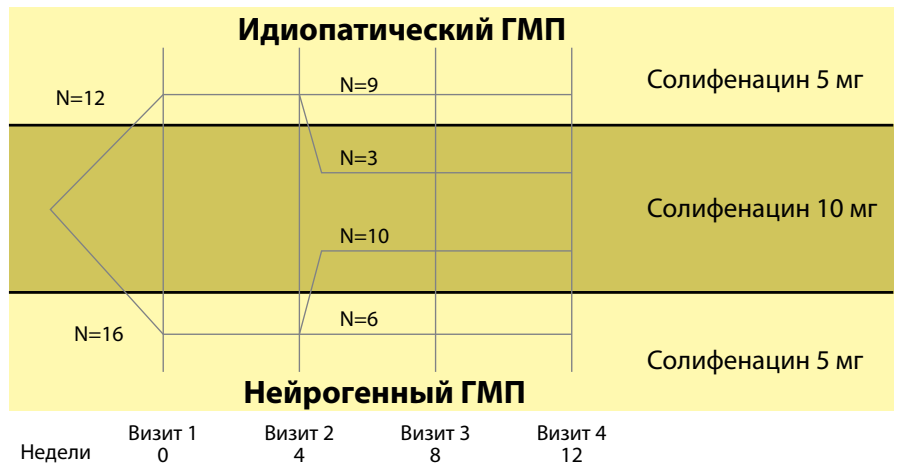


Рисунок. Дизайн исследования

В японском многоцентровом плацебо-контролируемом исследовании (n=634) изучалась эффективность и безопасность 10 мг солифенацина у больных ГМП. Так, у 50% больных, получавших активный препарат, исчезли эпизоды ургентного недержания мочи, а у 40% число мочеиспусканий в сутки не превышало 8 раз. При этом частота возникновения побочных эффектов, таких как сухость во рту и нарушения опорожнения кишечника, была сравнима с таковой в группе плацебо (F.E. Govier и соавт, 2010).

Данные, полученные в ходе многоцентрового проекта L. Cordozo (2013),

Таблица 1. Изменение средних значений числа мочеиспусканий, ургентных позывов, эпизодов ноктурии, балла по ВАШ и среднеэффективного объема мочевого пузыря до (визит 1) и через 4 недели (визит 2) применения солифенацина в дозе 5 мг в I (n=12) и II (n=16) группах

Параметры	До лечения (визит 1)		Через 4 недели (визит 2)		p	
	иГМП	нГМП	иГМП	нГМП	иГМП	нГМП
Число мочеиспусканий	13,3±3,3	14,3±2,8	11,1±2,0	12,3±2,1	p=0,061	p=0,070
Число ургентных позывов	2,3±0,7	2,6±1,0	0,9±0,9	1,3±1,0	p=0,000	p=0,000
Число эпизодов ургентного недержания мочи	1,3±1,0	1,9±0,9	0,3±0,5	1,1±0,9	p=0,008	p=0,022
Число эпизодов ноктурии	1,9±0,9	2,6±0,9	1,3±0,9	1,7±1,0	p=0,117	p=0,015
Балл по ВАШ	8,5±1,3	8,7±1,1	2,6±2,7	4,7±3,3	p=0,000	p=0,000
Среднеэффективный объем мочевого пузыря	114,2±37,3	110,6±31,5	204,2±44,4	175,6±38,5	p=0,000	p=0,000

** – различие достоверно по сравнению с соответствующим показателем до лечения (p<0,05).*
*** – различие достоверно по сравнению с соответствующим показателем до лечения (p<0,01).*

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

показали, что 275 (46,5%) из 591 пациента потребовалось увеличение дозы солифенацина. Данная группа была рандомизирована в две подгруппы: 1-я – 140 человек, которым увеличили дозу до 10 мг, и 2-я – 135 больных, продолживших лечение в прежнем режиме. Снижение симптоматики ГМП было выявлено у всех пациентов, принимавших 10 мг солифенацина. А изменения по индексу ургентности, количеству микций и эпизодов недержания мочи в сутки достигло статистической достоверности. Только 8 (5,7%) человек из 1-й подгруппы и 1 (0,7%) из 2-й сообщили о новых случаях и/или усилении сухости во рту (L. Cardozo и соавт., 2013).

В нашем исследовании приняли участие 28 пациентов (17 женщин и 11 мужчин), средний возраст которых составил 41,3±6,7 года. Больные предъявляли жалобы на учащенное дневное и ночное мочеиспускание, ургентные позывы к мочеиспусканию и эпизоды ургентного недержания мочи.

По данным урофлоуграмм, ни у одного из больных не были выявлены признаки инфравезикальной обструкции. Все пациенты были разделены на две группы: I (n=12) – с идиопатическим и II (n=16) – с нейрогенным ГМП. В течение 4 недель обе группы получали солифенацин по 5 мг/сут ежедневно. В зависимости от полученного эффекта через месяц у некоторых больных доза препарата была увеличена до 10 мг/сут. В данном режиме пациенты применяли препарат на протяжении 4 недель. В течение третьего месяца терапии все больные использовали солифенацин в подобранных дозах. Лечение проводили на протяжении 12 недель (рисунок).

Эффективность терапии оценивали по данным визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) и 3-дневного дневника мочеиспусканий, заполненного накануне. На всех визитах проводили урофлоуметрию с контролем объема остаточной мочи.

Проведенное исследование показало, что применение солифенацина в дозе 5 мг у больных ГМП достоверно уменьшает число ургентных позывов, эпизодов ургентного недержания мочи, увеличивает среднеэффективный объем мочевого пузыря. Увеличение дозы потребовалось 3 (25%) из 12 больных идиопатическим и 10 (62,5%) из 16 человек с нейрогенным ГМП.

Субъективно все больные отметили улучшение своего состояния через 4 недели (2-й визит) приема 5 мг солифенацина. Объективно в I группе через 4 недели лечения среднее число мочеиспусканий в сутки уменьшилось с 13,3±3,3 (9–20) до 11,1±2,0 (8–14), число ургентных позывов в среднем снизилось с 2,3±0,7 (1–4) до 0,9±0,9 (0–2), число эпизодов ургентного недержания мочи – с 1,3±1,0 (1–3) до 0,3±0,5 (0–1). Число эпизодов ноктурии изменилось с 1,9±0,9 (0–3) до 1,3±0,9 (0–2). В среднем ВАШ симптоматика улучшилась с 8,5±1,3 (6–10) до 2,6±2,7 (0–7). Среднеэффективный объем мочевого пузыря увеличился с 114,2±37,3 (60–180) до 204,2±44,4 (140–300) мл.

Во II группе через 4 недели (2-й визит) лечения среднее число мочеиспусканий в сутки уменьшилось с 14,3±2,8 (9–20) до 12,3±2,1 (9–18). Число ургентных позывов в среднем снизилось с 2,6±1,0 (1–5) до 1,3±1,0 (0–3), число эпизодов ургентного недержания мочи – с 1,9±0,9 (0–4) до 1,1±0,9 (0–1). Число эпизодов ноктурии изменилось с 2,6±0,9 (1–4) до 1,7±1,0 (0–3). По средним данным, ВАШ симптоматика улучшилась с 8,7±1,1 (7–10) до 4,7±3,3 (0–10). Среднеэффективный объем мочевого пузыря увеличился с 110,6±31,5 (60–60) до 175,6±38,5 (120–240) мл (табл. 1).

Динамика показателей на 3-м и 4-м визитах по сравнению со 2-м в I группе больных, получавших 10 мг солифенацина, оказалась следующей. Среднее число мочеиспусканий в сутки уменьшилось с 12,0±1,7 (11–14) до 11,3±1,5 (10–13), а затем до 11,0±1,7 (10–13). Число ургентных позывов снизилось с 1,7±0,6 (1–2) до 0,7±0,6 (0–1) на 3-м визите до 0,3±0,6 (0–1) – на 4-м, число эпизодов ургентного недержания мочи – с 0,7±0,6 (0–1) до 0,3±0,6 (0–1) и до 0,3±0,6 (0–1) соответственно. Число эпизодов ноктурии изменилось с 2,0±1,0 (1–3) до 0,7±1,2 (0–2) на 3-м визите и до 0,3±0,6 (0–1) – на 4-м. По средним данным, ВАШ симптоматика улучшилась с 6,7±0,6 (6–7) до 2,3±2,1 (0–4), а затем до 1,0±1,0 (0–2). Среднеэффективный объем мочевого пузыря увеличился с 166,7±23,1 (140–180) до 203,3±35,1 (170–240) мл на 3-м визите и до 213,3±41,6 (180 – 260) – на 4-м (табл. 2).

По сравнению со 2-м визитом динамика показателей на 3-м и 4-м визитах во II группе больных, получавших 10 мг солифенацина, претерпела следующие изменения. Среднее число мочеиспусканий в сутки уменьшилось с 13,1±1,8 (11–17) до 11,4±1,1 (10–13), а затем до 10,6±1,0 (9–12). Число ургентных позывов в среднем снизилось с 1,9±0,6 (1–3) до 1,0±0,8 (0–2) на 3-м визите и до 0,4±0,5 (0–1) – на 4-м, число эпизодов ургентного недержания мочи – с 1,5±0,7 (1–3) до 0,8±0,8 (0–2) и до 0,6±0,7 (0–2) соответственно. Число эпизодов ноктурии изменилось с 1,4±0,7 (1–3) до 0,6±0,7 (0–2) на 3-м визите и до 0,4±0,5 (0–1) – на 4-м. По средним данным, ВАШ улучшилась с 5,6±1,0 (4–7) до 1,6±1,4 (0–4), а затем до 0,3±0,7 (0–2). Среднеэффективный объем мочевого пузыря увеличился с 155,0±29,9 (130–200) до 178,0±23,0 (150–210) мл на 3-м визите и до 184,0±27,2 (150–220) – на 4-м (табл. 3).

При сопоставлении данных оказалось, что пациенты, неудовлетворенные терапией солифенацином в дозе 5 мг/сут, изначально имели более выраженную симптоматику ГМП, что проявлялось в достоверно большем количестве ургентных позывов, эпизодов недержания мочи и ноктурии. Дальнейший анализ выявил, что применение высоких доз солифенацина позволяет увеличить эффективность лечения. Так, статистическая достоверность была достигнута по всем оцениваемым симптомам.

Важно отметить, что лечение ГМП предполагает пожизненную терапию. Обязательным условием для этого является достижение высоких уровней эффективности и адаптации к возможным побочным эффектам препарата. Необходимо учесть, что в ряде случаев на начальном этапе повышение дозы может повлечь усиление побочных эффектов. Так, только 3 (10,7%) из 28 больных отмечали побочные эффекты на фоне приема 5 мг солифенацина, в то время как на фоне увеличенной дозы препарата 6 (46,2%) из 13 больных сообщили о сухости во рту на 3-м визите. Тем не менее при продолжительном применении солифенацина в дозе 10 мг частота побочных эффектов имеет тенденцию к снижению. На 4-м визите только 2 (15,4%) из 13 больных отмечали побочное действие лекарственного средства.

Таким образом, эффективность применения солифенацина в дозе 5 мг/сут может быть достигнута у 75% больных идиопатическим ГМП. И, напротив, 62,5% пациентам с нейрогенным поражением требовались повышенные дозы препарата (10 мг). Солифенацин в дозе 10 мг позволяет увеличить эффективность лечения. Побочные эффекты (сухость во рту) могут усиливаться на фоне повышения дозы препарата, однако в течение месяца терапии они в большинстве случаев нивелируются.

«...»

Применение солифенацина в дозе 5 мг у больных ГМП достоверно уменьшает число ургентных позывов

Таблица 2. Изменение средних значений числа мочеиспусканий, ургентных позывов, эпизодов ноктурии, балла по ВАШ и среднеэффективного объема мочевого пузыря на фоне применения солифенацина в дозе 10 мг в I группе (n=3)

Параметры	До лечения (визит 1)	Через 4 недели (визит 2)	Через 8 недель (визит 3)	Через 12 недель (визит 4)
Число мочеиспусканий	12,0±2,0	12,0±1,7	11,3±1,5	11,0±1,7
Число ургентных позывов	2,3±0,6	1,7±0,6	0,7±0,6	0,3±0,6
Число эпизодов ургентного недержания мочи	1,3±0,6	0,7±0,6	0,3±0,6	0,3±0,6
Число эпизодов ноктурии	2,3±0,6	2,0±1,0	0,7±1,2	0,3±0,6
Балл по ВАШ	8,7±1,2	6,7±0,6	2,3±2,1	1,0±1,0
Среднеэффективный объем мочевого пузыря	113,3±37,9	166,7±23,1	203,3±35,1	213,3±41,6

** – различие достоверно по сравнению с соответствующим показателем до лечения (p<0,05).*
*** – различие достоверно по сравнению с соответствующим показателем до лечения (p<0,01).*

Таблица 3. Изменение средних значений числа мочеиспусканий, ургентных позывов, эпизодов ноктурии, балла по ВАШ и среднеэффективного объема мочевого пузыря на фоне применения солифенацина в дозе 10 мг во II группе (n=10)

Параметры	До лечения (визит 1)	Через 4 недели (визит 2)	Через 8 недель (визит 3)	Через 12 недель (визит 4)
Число мочеиспусканий	14,8±2,3	13,1±1,8	11,4±1,1*	10,6±1,0*
Число ургентных позывов	3,0±0,9	1,9±0,6*	1,0±0,8**	0,4±0,5**
Число эпизодов ургентного недержания мочи	2,3±0,8	1,5±0,7*	0,8±0,8*	0,6±0,7*
Число эпизодов ноктурии	2,8±0,6	1,4±0,7**	0,6±0,7**	0,4±0,5**
Балл по ВАШ	9,1±0,9	5,6±1,0**	1,6±1,4**	0,3±0,7**
Среднеэффективный объем мочевого пузыря	92,0±20,4	155,0±29,9**	178,0±23,0**	184,0±27,2**

** – различие достоверно по сравнению с соответствующим показателем до лечения (p<0,05).*
*** – различие достоверно по сравнению с соответствующим показателем до лечения (p<0,01).*

Возможности силденафила в лечении больных эректильной дисфункцией

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

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

А.М. ТАХИРЗАДЕ, аспирант кафедры урологии и андрологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова

На сегодняшний день силденафила цитрат является наиболее широко изученным препаратом из группы ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5). Более чем 15-летний опыт его клинического применения доказал высокую эффективность и безопасность у различных категорий больных эректильной дисфункцией (ЭД). Но, тем не менее, интерес к этому препарату сохраняется и в настоящее время, что связано с исследованием новых возможностей применения лекарственных средств данной группы в урологической практике.

Ингибиторы ФДЭ-5 в настоящее время являются препаратами первой линии для лечения ЭД. Они характеризуются высокой эффективностью, удобством применения, хорошей переносимостью и безопасностью. Механизм действия ингибиторов ФДЭ-5 опосредован через систему оксид азота (NO)-циклический гуанозинмонофосфат. Угнетение разрушения последнего приводит к резкому росту его концентрации в клетках, в которых основной формой фосфодиэстераз является именно ФДЭ-5. В гладкомышечных клетках сосудов кавернозных артерий это позволяет усиливать приток крови к кавернозным телам, что в результате способствует развитию эрекции. По данным Массачусетского исследования, 52% мужчин в возрасте от 40 до 69 лет страдают ЭД, причем у 5–15% из них ЭД крайне тяжелой степени, а у 25% – умеренной. Это исследование также продемонстрировало, что с возрастом не только растет частота встречаемости ЭД (с 39% в 40 лет до 67% к 70 годам), но и усугубляется степень ее выраженности.

Среди ингибиторов ФДЭ-5 силденафил – наиболее изученное медикаментозное средство лечения ЭД. Так, в базе данных клинических исследований (www.clinicaltrials.gov) по состоянию на 2014 г. зарегистрировано 428 исследований силденафила, 124 исследования тадалафила, 78 исследований варденафила, 29 исследований уденафила и 20 исследований аванафила. В рамках крупных многоцентровых исследований высокая эффективность и безопасность применения силденафила были установлены у разных категорий больных ЭД (с сахарным диабетом, гиперлипидемией, после простатэктомии, артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, находящихся на гемодиализе).

Влияние ингибиторов ФДЭ-5 на эндотелиальную функцию в последние годы было изучено довольно подробно. Причины интереса к данной проблеме очевидны: при эндотелиальной дисфункции имеет место нарушение действия NO, выделяемого эндотелием, а ингибиторы ФДЭ-5 повышают активность биохимического каскада, который как раз NO и запускает. В исследовании влияния на эндотелиальную функцию коронарных и плечевой артерий препарата силденафил в дозах от 25 до 100 мг , проведенном S.D. Katz (J Am Coll Cardiol, 2000) отмечено улучшение системной эндотелиальной функции у пациентов с сердечной недостаточностью, сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца и курящих. Также показана способность силденафила устранять вызванное курением кратковременное ухудшение эндотелиальной функции (M. Kimura, Hypertension, 2003). В исследованиях пациентов с сердечной недостаточностью силденафил, помимо коррекции эндотелиальной дисфункции плечевых и коронарных артерий, также приводил к улучшению легочной гемодинамики и оказывал умеренное антиагрегантное действие (J.P. Halcox, J Am Coll Cardiol, 2002); Сходные результаты получены и в экспериментальных условиях (J.W. Park, Clin Hemorheol Microcirc, 2004). К настоящему времени не вызывает сомнений тот факт, что все доступные ингибиторы ФДЭ-5 улучшают как системную, так и локальную эндотелиальную функцию после однократного приема (В.В. Иремашвили, 2006). Следует отметить, что данное улучшение значительно более выражено у больных артериогенной ЭД. ЭД является широко распространенным сопутствующим заболеванием среди пациентов пожилого возраста, страдающих симптомами нарушения функции нижних мочевых путей (СНМП). По данным Я. Райзмана, 56–82% всех пациентов с СНМП страдают также ЭД, а у 38–63% больных с СНМП обнаружены расстройства эякуляции. Одной из теорий, объясняющей сочетание СНМП и ЭД у пожилых пациентов, является теория атеросклеротического поражения сосудов мочеполовых органов. Хроническая ишемия, эндотелиальная дисфункция и оксидативный стресс приводят к фиброзированию стромального компонента простаты, атрофии шейки мочевого пузыря и снижению сократительной способности гладкомышечного аппарата нижних мочевых путей, что ведет к развитию ЭД и СНМП.

В исследовании, проведенном на базе клиники урологии МГУ и ГКБ №31в 2013 г., было установлено, что на фоне комбинированной терапии СНМП и ЭД силденафилом (Динамико, Teva) тамсулозином (Омник Окас, Astellas Pharma) выявлено значительное уменьшение ирритативной и обструктивной симптоматики, повышение скорости максимального потока мочи и средней скорости в период наблюдения, а также достоверное уменьшение остаточной мочи, более выраженное по сравнению с группами монотерапии. Отмечено выраженное положительное действие на эректильную составляющую и, как следствие, на качество жизни пациентов ингибитора ФДЭ-5 Динамико. Число побочных эффектов на фоне проводимой терапии было минимальным, что в свою очередь сказалось на общей оценке удовлетворенности от проводимой терапии исследуемыми препаратами.

Таким образом, учитывая высокую распространенность СНМП и ЭД, комбинированная терапия этих состояний а1-адреноблокаторами с ингибиторами ФДЭ-5 может считаться перспективным направлением медикаментозной терапии.

Актуальной проблемой остается ЭД у пациентов после радикальной простатэктомии. Так, по данным Mulhall (2009), распространенность заболевания у этой категории больных составляет от 14 до 90%. Установлено, что на способность сохранения эрекции в послеоперационном периоде влияет множество факторов, таких как возраст пациента, качество эректильной функции до операции, методика выполнения операции (одно- или двусторонняя нервосберегающая радикальная простатэктомия) и, конечно, опыт хирурга. Обнадеживающие результаты общей и канцерспецифической выживаемости после простатэктомии при локализованном раке простаты диктуют необходимость сохранения высокого качества жизни в послеоперационном периоде, одним из важных условий которого является наличие эректильной функции.

Возможность улучшения послеоперационной ЭД в группе больных после простатэктомии на фоне ежедневного приема ингибиторов ФДЭ-5 активно исследуется в настоящее время. Механизм действия препаратов в данном случае полностью зависит от присутствия в клетках гладкой мускулатуры артерий и кавернозных тел циклического гуанозинмонофосфата, а также от способности клеток эндотелия продуцировать NO. Основным звеном патогенеза в данном случае является нейропраксия (повреждение кавернозного нерва), поэтому способность выработки NO может быть значительно снижена или полностью утрачена. В 2008 г. Padma-Nathan и соавт. опубликовали данные первого широкомасштабного плацебо-контролируемого исследования применения силденафила у больных после радикальной нервосберегающей простатэктомии. Участники были разделены на 3 группы: 1-я получала силденафил в дозе 50 мг, 2-я – также силденафил, но в дозировке 100 мг, а 3-я – плацебо. Препарат принимался ежедневно на ночь в течение 36 недель. Было отмечено появление спонтанных ночных эрекций у 4% пациентов плацебо-группы и 27% больных, получавших силденафил. Исследователями был сделан вывод о том, что ежедневный прием силденафила после оперативного лечения способствует восстановлению нормальных спонтанных эрекций. Аналогичные результаты были получены и другими авторами.

В последние годы определенный интерес представляет исследование возможности ежедневного применения ингибиторов ФДЭ-5 у пациентов, у которых прием этих препаратов «по требованию» был неэффективным или недостаточно эффективным. Актуальность данного вопроса определяется тем, что доля подобных пациентов достигает 30–40%. Данные проведенных исследований показывают, что такой подход позволяет добиться существенного улучшения эректильной функции у 10–20% пациентов, исходно не отвечавших на лечение ингибиторами ФДЭ-5. Полученные результаты, возможно, указывают на то, что длительный постоянный прием ингибиторов ФДЭ-5 у части больных ЭД может позволить сохранить эректильную функцию и после прекращения приема препаратов за счет восстановления функции эндотелия сосудов. Konstantinopoulos и соавт. (2009) провели оценку влияния ежедневного приема силденафила на уровень молекулярных маркеров состояния эндотелия у пациентов с ЭД. В рамках протокола пациенты получали силденафил 25 мг в течение 4 недель ежедевно. По результатам исследования было отмечено улучшение эректильной функции и уровней маркеров состояния эндотелия. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего исследования отдаленных результатов воздействия ингибиторов ФДЭ-5 на состояние эндотелия сосудов.

Материал подготовлен при информационной поддержке ООО «Тева».

FIRE-DYNuro-ART-121214-MEDIA-1046-111215
ООО «Тева», Россия, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, стр. 2,
тел.: +7 (495) 644-22-34
НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Малоинвазивные методы лечения поздних урологических осложнений после трансплантации почки. Часть 1

Р.Н. ТРУШКИН, к.м.н., заместитель главного внештатного специалиста уролога ДЗ г. Москвы, заведующий отделением урологии ГБУЗ ГКБ №52 ДЗ г. Москвы

А.Е. ЛУБЕННИКОВ, к.м.н., врач-уролог отделения урологии ГБУЗ ГКБ №52 ДЗ г. Москвы

Стриктуры мочеточника

Частота развития стриктуры мочеточника после трансплантации почки, по данным разных источников, колеблется от 3,0 до 12,6 %. Основными причинами являются ишемия и развитие забрюшинного фиброза, а главными факторами риска – возраст донора более 65 лет, длительное время холодовой ишемии, наличие нескольких основных почечных артерий, отсроченная функция трансплантата, выполнение мочеточниково-пузырного анастомоза без стента. Наиболее часто стеноз локализуется в области мочеточниково-пузырного анастомоза или в его дистальной части.

Клиническая картина развивается постепенно, зачастую бессимптомно, и обусловлена нарастающей дисфункцией трансплантата. Базовыми методами диагностики являются ультразвуковое исследование и антеградная пиелоуретерография. Компьютерная томография позволяет оценить состояние парауретральных тканей, точно выявить причину обструкции. Первым этапом показано выполнение чрескожной пункционной нефростомии (ЧПНС). При этом очень важно определить доступ к чашечно-лоханочной системе (ЧЛС) с учетом перспективы дальнейшего эндоскопического вмешательства. Наиболее оптимальным вариантом является установка нефростомы через среднюю или верхнюю чашечку. Помимо этого в выборе хирургического подхода очень важно учитывать данные анамнеза заболевания: течение раннего послеоперационного периода после пересадки почки, какие осложнения были у пациента, каким образом формировался уретеро-везикальный анастомоз. Это помогает предположить степень выраженности забрюшинного фиброза и прогнозировать результат лечения.

При умеренном повышении уровня креатинина, отсутствии признаков острого пиелонефрита целесообразно одномоментное проведение ЧПНС и коррекции стриктуры, т.к. в условиях дренированного трансплантата и спавшегося мочеточника прогрессирование фиброзного периуретерита может привести к облитерации. Исключение составляют пациенты, у которых значительное снижение функции трансплантата наблюдается в течение длительного периода (креатинин более 0,4 ммоль/л). В таких случаях требуется какое-то время для определения функционального резерва почки и необходимости проведения второго этапа. Арсенал эндоскопических вмешательств можно условно разделить на две группы: 1-я группа — операции по расширению просвета мочеточника (бужирование мочеточника, баллонная дилатация); 2-я группа — операции с рассечением стенки мочеточника. Оптимальным вариантом доступа является антеградный, т. к. проведение трансуретральных вмешательств сопряжено с техническими сложностями из-за атипичного расположения устья мочеточника.

«...»

Частота развития стриктуры мочеточника после трансплантации почки колеблется от 3,0 до 12,6%

Баллонная дилатация стриктур мочеточника стала использоваться одной из первых у пациентов с пересаженной почкой. Эффективность метода составляет в среднем 50%. Одним из путей улучшения результатов лечения может быть дренирование трансплантата катетер-стентом не менее 6 месяцев. Вероятно, при длитель-

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

ном нахождении стента в мочевых путях в зоне стриктуры создается естественный каркас из фиброзной ткани, который в дальнейшем препятствует сужению просвета мочеточника, однако наличие стента у ряда больных приводит к ирритативной симптоматике и увеличивает частоту бактериурии.

Более эффективны одномоментная дилатация стриктуры и электроинцизия стенки мочеточника, что возможно при использовании деструктора Acusise. Несмотря на хорошие результаты, этот вариант лечения не нашел широкого применения у реципиентов почечного трансплантата из-за высокого риска кровотечения и повреждения органов брюшной полости по причине того, что разрез мочеточника производится вслепую.

В последнее время наибольшую популярность в лечении стриктур мочеточника у реципиентов почечного трансплантата получила эндоуретеротомия, т.к. этот метод эффективнее баллонной дилатации и безопаснее системы Acucise. Эффективность достигает 80%. Вероятно, более высокий процент успеха от рассечения стенки мочеточника по сравнению с баллонной дилатацией объясняется наличием фиброзного периуретерита, преодолеть который не всегда возможно только одним расширением.

При полной облитерации мочеточника на ограниченном участке до 2 см вариантом выбора является использование пуговчатого электрода (электрода Bugbee) под визуальным контролем или гольмиевого лазера, применение которого позволяет существенно уменьшить термическое воздействие на окружающие ткани и тем самым снизить вероятность рецидива стриктуры.

Несмотря на расширение возможностей чрескожной коррекции обструкций, остается определенная категория больных, требующих открытого оперативного лечения. Показанием к операции является полная облитерация мочеточника на значительном участке или техническая невозможность чрескожного устранения препятствий оттоку мочи. Лучшие результаты наблюдаются при пиелоуретероанастомозе с нативным ипсилатеральным мочеточником. Наличие забрюшинного фиброза, вариабельность топографических соотношений между основными структурами трансплантата и окружающими органами в какой-то степени ограничивали применение лапароскопических технологий. Тем не менее в последние годы в литературе стали появляться публикации, посвященные этому вопросу. В 2006 г. M.A. Orvieto и соавт. впервые сообщили о робот-ассистированной реконструкции мочевого тракта. В 2012 г. Д.В. Перлин и соавт. выполнили лапароскопический пиелоуретероанастомоз «конец в бок» у двух пациентов. С целью предотвращения повреждения магистральных сосудов и для визуализации лоханки авторы использовали лапароскопический ультразвуковой датчик с возможностью допплеровского картирования.

У ряда пациентов не удается восстановить адекватный пассаж мочи из трансплантата с помощью эндоскопических методов и открытого оперативного вмешательства. В этих случаях больные вынуждены жить с нефростомическим дренажом, что часто ведет к злокачественному течению пиелонефрита и преждевременной потере функции трансплантата, а также к социальной дезадаптации. Альтернативой является подкожная имплантация пельвио-везикального силиконового дренажа. Данная методика должна рассматриваться в качестве сальважной терапии. Суть операции заключается в бужировании нефростомического хода, введении в лоханку силиконовой трубки не менее 17F, создании подкожного тоннеля к надлобковой области, проведении дренажа к мочевому пузырю (в подкожной части дренаж покрыт полиэфирным футляром). Затем выполняется цистостомия из мини-доступа и дистальный конец помещается в полость пузыря. В послеоперационном периоде уретральный катетер удаляется не ранее чем через 7 дней.

«...»

Большинство авторов рекомендуют ДЛТ при размере конкремента не более 15 мм

Нефролитиаз

Частота развития конкрементов в мочевых путях после трансплантации почки составляет от 0,2 до 5,7 %, в общей сложности – менее 1 %. Факторы камнеобразования после трансплантации почки во многом отличаются от причин, объясняющих возникновение мочекаменной болезни у обычных пациентов. Одной из вероятных причин считается вторичный, развившийся на фоне хронической почечной недостаточности (ХПН) гиперпаратиреоз и третичный гиперпаратиреоз. Постоянная стероидная терапия способствует росту клиренса фосфатов, а применение многих антацидных препаратов еще более усугубляет гипофосфатемию. Обструктивные осложнения могут играть существенную роль в камнеобразовании, во-первых, в результате нарушения оттока мочи, во-вторых, в связи с развитием мочевой инфекции. Среди обменных нарушений, способствующих камнеобразованию после трансплантации,

Российская общественная организация «Мужское здоровье»

Российское общество урологов

XI конгресс «Мужское здоровье» с международным участием

При поддержке общественных профессиональных медицинских организаций

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.

16+ реклама

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

Сроки проведения:
28–30 апреля 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

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

стоит выделить, прежде всего, канальцевый ацидоз. Это нарушение может развиваться как в раннем (проксимальный почечноканальцевый ацидоз), так и в позднем (дистальный почечноканальцевый ацидоз) послеоперационных периодах. Большое влияние на процесс формирования конкрементов оказывает шовный материал.

Клиническая картина нефролитиаза у больных с трансплантированной почкой имеет свои особенности. В частности, для этой категории пациентов не характерна выраженная боль и почечная колика, т. к. почка и мочеточник денервированы. Наиболее часто встречаются безболезненная тотальная макрогематурия, олигурия, анурия, повышение температуры тела, повышение артериального давления, дизурические явления, а у части больных (до 30 %) наблюдается бессимптомное течение нефролитиаза.

Выбор адекватного метода лечения уролитиаза у пациентов с пересаженной почкой осложнен, прежде всего, полиэтиологичностью заболевания, локализацией трансплантата, сопутствующими изменениями в ткани трансплантата, паранефральной клетчатке, проводимой иммуносупрессивной терапией, состоянием мочеточника, локализацией устья в нетипичном месте. Лечебное воздействие должно предполагать минимальное число побочных эффектов, осложнений, а результат должен стремиться к состоянию stone free (свобода от конкрементов), т. к. наличие резидуальных фрагментов влечет за собой риск развития обструктивных осложнений, последствия которых могут более значимыми, чем у пациентов с собственными почками. В настоящее время в хирургическом лечении пациентов с конкрементами в трансплантированной почке и мочеточнике используются дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДЛТ), чрескожная перкутанная нефролитотрипсия (ЧПНЛ), реже – трансуретральная уретеролитотрипсия и открытые оперативные вмешательства.

Большинство авторов рекомендуют ДЛТ при размере конкремента не более 15 мм. Такие особенности донорской почки и мочеточника, как относительно поверхностное расположение, короткий мочевой тракт, отсутствие дыхательной экскурсии по причине параренального фиброза, создают технические удобства для ДЛТ, которую целесообразно выполнять под ультразвуковым наведением на конкремент. Это позволяет осуществлять постоянный контроль состояния паренхимы почечного трансплантата для предотвращения возможных осложнений, а также вовремя определять полную фрагментацию камня для ограничения числа ударно-волновых импульсов. Однако для полного избавления пациента от камня в большинстве случаев требуется несколько сеансов ДЛТ. Помимо этого у больных без внутреннего стента или нефростомы есть риск обструкции мочеточника во время отхождения фрагментов конкремента.

По сравнению с ДЛТ ретроградная уретеролитотрипсия имеет преимущество, т. к. позволяет удалить фрагменты в полном объеме и произвести стентирование мочеточника, но ретроградный доступ в верхние мочевые пути является технически непростой манипуляцией из-за артифициального расположения устья мочеточника. Однако если у больного ранее была установлена нефростома, то антеградное проведение струны в мочевой пузырь в значительной степени упрощает процедуру. Средняя эффективность ретроградной уретеролитотрипсии составляет 80%.

При размере конкремента более 15 мм методом выбора является ЧПНЛ. Как правило, доступ осуществляется через переднюю среднюю чашечку, что создает удобные условия для последующего стентирования мочеточника в случае необходимости. Процедура выполняется в положении лежа на спине. Компьютерная томография должна быть обязательным методом в предоперационном обследовании, т. к. позволяет оценить взаимоотношение трансплантата с органами брюшной полости для профилактики интраоперационного повреждения последних. Выраженный параренальный фиброз может создать определенные сложности при бужировании хода. Использование минимально инвазивной чрескожной нефролитотрипсии, гольмиевых лазеров, проведение пункции почки и создание доступа под контролем эходопплерографии сводит к минимуму осложнения хирургического лечения нефролитиаза у реципиентов почечного трансплантата, что, по всей видимости, будет способствовать расширению показаний для перкутанных методов, т. к. этот вид лечения позволяет достичь состояния stone free в большинстве случаев за один раз. Ряд исследователей считают возможным динамическое наблюдение за больными, у которых в трансплантате выявлены конкременты до 5 мм, не нарушающие оттока мочи.

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс

По данным различных источников, частота встречаемости пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) после трансплантации почки колеблется от 1,0 до 90%. В центрах трансплантации, где при помощи микционной цистографии и ультрасонографии целенаправленно велось выявление ПМР, он обнаруживался в 50% случаев. При формировании повторного уретероцистоанастомоза без антирефлюксной защиты для ликвидации различных урологических осложнений ПМР наблюдался более чем у 70% больных.

Пожалуй, нет ни одного вопроса, связанного с урологическими осложнениями, по поводу которого мнения специалистов были бы столь противоречивы, как в отношении развития ПМР в трансплантат. Это касается как частоты данного осложнения, зависимости от метода формирования анастомоза, так и влияния рефлюкса на функцию почечного трансплантата.

Причины и факторы, достоверно влияющие на развитие рефлюкса в трансплантат, до настоящего времени окончательно не ясны. По мнению большинства авторов, частота его возникновения практически не зависит от способа формирования анастомоза, т. к. во всех центрах применяются антирефлюксные методики, позволяющие добиться успеха приблизительно у 95% пациентов в общей урологической практике. По некоторым сообщениям, ПМР отмечается реже при применении экстравезикальной техники уретероцистоанастомоза по сравнению с трансвезикальной. С учетом того, что со временем увеличивается частота развития ПМР, вероятно, имеет значение развитие фиброзных изменений в стенке мочевого пузыря, в области формирования анастомоза, а также изначальное состояние детрузора. Принимая во внимание тот факт, что ПМР развивается гораздо чаще после трансплантации по сравнению с общей урологической популяцией при выполнении анастомоза по одной и той же методике, не исключено, что одной из причин является нарушение цистоидной структуры мочеточника по причине его укорочения и денервации.

Мнения о влиянии ПМР на функцию трансплантата и его роли в развитии мочевой инфекции диаметрально противоположны. Одни авторы отрицают негативную роль рефлюкса, другие признают повреждающее воздействия ПМР на трансплантат и его значимую роль в развитии и поддержании инфекции мочевых путей, которая в свою очередь сама приводит к дисфункции трансплантата.

«Лояльное» воздействие ПМР на трансплантат можно объяснить тем, что мочеточник короткий и денервированный, в связи с чем заброс мочи в лоханку во время мочеиспускания длится непродолжительно, а в случае развития пассивного рефлюкса, мочеточник, утративший свое цистоидное строение и вегетативную иннервацию, является своеобразным буфером, уменьшающим давление в чашечно-лоханочной системе. Тем не менее, несмотря на споры в отношении негативного влияния рефлюкса, большинство клиницистов считают, что наличие ПМР в трансплантат в условиях рецидивирующей мочевой инфекции требует хирургического лечения.

При лечении ПМР в трансплантат используются эндоскопические методы и открытые оперативные вмешательства. В начале 1990-х гг. малоинвазивное лечение стало применяться у реципиентов почечного трансплантата. Первоначально, как и в общеурологической педиатрической практике, использовался тефлон. Однако частицы тефлона способны мигрировать в лимфоузлы, почки, селезенку, головной мозг, вызывать гранулематозное воспаление, также не исключается его канцерогенность, в связи с чем препарат был запрещен для использования в США.

В последующем было предложено много объемообразующих средств как на биооснове (кожный бычий коллаген, суспензия аутологичных хондроцитов, аутологичный жир, компоненты крови), которые не нашли широкого применения из-за быстрой биодеградации, так и синтетических препаратов.

На сегодняшний день Deflux, пожалуй, наиболее популярный препарат, используемый в мировой практике. В Европе и России распространен его аналог под коммерческим названием Urodex. Этот препарат состоит из частиц декстраномера и молекул гиалуроновой кислоты неживотного происхождения. В экспериментах на крысах и свиньях доказана биосовместимость препарата, отсутствие миграции частиц и риска формирования гранулем. Декстраномер стимулирует прорастание фибробластов и коллагена между микросферами по мере разложения гиалуроновой кислоты, поэтому размеры импланта остаются относительно стабильными. Хотя декстраномер разлагается организмом с помощью гидролиза, исследования показали, что имплантируемые микросферы сохраняются в организме не менее 3 лет, обеспечивая устойчивый антирефлюксный эффект в течение не менее 5 лет.

Результаты эндоскопического лечения ПМР после трансплантации почки уступают таковым при первичном ПМР. В среднем положительного результата можно ожидать у 50% реципиентов, при этом лучшие результаты наблюдаются при низкой степени рефлюкса. Вероятно, это обусловлено артифициальным расположением устья и коротким интрамуральным тоннелем. При неэффективности малоинвазивного лечения показано открытое оперативное вмешательство. Выполняется пиелоуретероанастомоз, уретеро-уретероанастомоз конец в конец с нативным мочеточником, либо экстравезикальный реуретероцистоанастомоз по антирефлюксной методике.

НЕКРОЛОГ

Светлая память В.В. Литвиненко

5 декабря 2014 г. на 69-м году жизни, скоропостижно скончался наш коллега Василий Васильевич Литвиненко. Человек, отдавший урологии всю свою жизнь, он и умер на рабочем месте, в своем кабинете в филиале №2 ГБУЗ «Городская поликлиника №68 ДЗМ» (бывшая ГП №56).

Трудовой путь Василия Васильевича начался после окончания Крымского мединститута в 1974 г. После обучения в клинической ординатуре по урологии в МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова в 1977–1979 гг. работал урологом в Харькове, Симферополе и Магадане, а затем более 30 лет – в Москве врачом-урологом в поликлинике №56 на Плющихе. Врач высшей квалификационной категории. Его знали и любили многие пациенты и коллеги как доброго, отзывчивого, жизнерадостного человека, всегда занимающего активную жизненную позицию. Светлая Вам Память, дорогой Василий Васильевич!

реклама

Информация для специалистов здравоохранения

RUS/TOC/12.2014/-/ Kash/491

П N013915/01 от 21.05.2008

Омник® 100
капсул

первый оригинальный
альфа-блокатор
в большой упаковке

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

astellas
Свет, ведущий к жизни

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ